

PSΨCHO



Approche affirmative en psychothérapie auprès des personnes LGBTQ+

un guide de pratique

première édition

William Davidson-Urbain, MD
résident en psychiatrie

Dr Alexis Thibault, M.D., M.Sc.,
FRCPC, psychiatre

Dre Thanh-Lan Ngô,
M.D., M.Sc, FRCPC, psychiatre

2
0
2
4

Éditeur: Thanh-Lan Ngô – psychopap



Éditeur: Thanh-Lan Ngô–psychopap
Montréal, QC, Canada
2024
978-2-925053-40-8
Dépôt légal 3 e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du
Québec 2024
Bibliothèque et Archives Canada 2024
1^{re} édition

Table des matières

INTRODUCTION	5
EXPÉRIENCES DÉVELOPPEMENTALES ET ASPECTS PSYCHOLOGIQUES	
PARTICULIERS AUX PERSONNES LGBTQ+.....	6
Santé mentale des personnes LGBTQ+	6
Hétérocissexisme et hétérocisnormativité	7
Intimidation et discrimination.....	7
Le dévoilement (<i>coming out</i>).....	8
Stress minoritaire	9
Identités multiples et intersectionnalité.....	12
CONTEXTES QUÉBÉCOIS ET CANADIEN	12
PERTINENCE D'UNE APPROCHE AFFIRMATIVE	14
Barrières aux soins.....	15
Bénéfices d'une approche affirmative	16
PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'APPROCHE AFFIRMATIVE	17
PRINCIPES GÉNÉRAUX.....	19
Lutter contre les attitudes hétérocisnormatives et affirmer sa propre identité en tant que psychothérapeute qui adopte une approche inclusive	19
Développer des connaissances précises sur les expériences et la diversité des personnes LGBTQ+	23
Intégrer les connaissances spécifiques sur les expériences et la diversité des personnes LGBTQ+ dans les actions thérapeutiques	24
Principes particuliers aux réalités trans et non binaires.....	26
ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS POUVANT SURVENIR EN PSYCHOTHÉRAPIE .	28
Enjeux entourant le <i>coming out</i>	28
Comment interroger l'identité?	29
Dévoilement des psychothérapeutes.....	31
Être un ou une thérapeute hétéro et cis, un problème?	32
APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE COGNITIVOCORPORTEMENTALE (TCC)	
.....	33
Interventions cognitives	34
Interventions comportementales	38
APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE DES SCHÉMAS	41

APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (ACT)	45
APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE (TCD)	47
APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE DE COUPLE COMPORTEMENTALE INTÉGRATIVE	49
Discrimination	51
Normes sexuelles	51
Rôles de genre	52
APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE	52
Ne pas chercher la cause.....	53
Enjeux transférentiels.....	54
Mécanismes de défense.....	54
CONCLUSION	55
RESSOURCES	57
RESSOURCES COMMUNAUTAIRES POUR LES PATIENTES ET PATIENTS	57
RESSOURCES CLINIQUES POUR LES PATIENTES ET PATIENTS	58
RESSOURCES POUR LES THÉRAPEUTES	59
LEXIQUE.....	60
ANNEXES	63
Annexe 1: Exemples de questions pour améliorer l'inclusivité des formulaires d'inscription.....	63
Annexe 2: Modèle de lettre de recommandation pour des soins d'affirmation de genre (exemple de l'hormonothérapie).....	64
Annexe 3: Exemples de microagressions touchant les identités LGBTQ+ en psychothérapie..	65
Annexe 4 : ESTEEM	67
Annexe 5 : AFFIRM	69
RÉFÉRENCES.....	71
LES APPROCHES AFFIRMATIVES EN RÉSUMÉ.....	80

Approche affirmative en psychothérapie auprès des personnes LGBTQ+ : un guide de pratique

William Davidson-Urbain ^a, MD, résident en psychiatrie
Thanh-Lan Ngô ^{a, b}, M.D., M. Sc, FRCP, psychiatre
Alexis Thibault ^{a, b}, M.D., M. Sc, FRCP, psychiatre

^a Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

^b Hôpital en santé mentale Albert-Prévost, Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal

Ce guide a été rédigé en respectant les principes de l'écriture inclusive, selon les recommandations du Guide d'écriture pour toutes et tous du Bureau de valorisation de la langue française et de la Francophonie de l'Université de Montréal¹. L'objectif est de représenter équitablement toutes les personnes, en privilégiant des formulations neutres et des procédés syntaxiques inclusifs.

INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé mentale, l'approche affirmative en psychothérapie auprès des personnes LGBTQ+ est de plus en plus reconnue comme une approche pertinente et nécessaire. Cette approche repose sur des principes fondamentaux de respect, de validation et d'inclusion des identités et des expériences LGBTQ+. Elle répond à un besoin dans un contexte où les personnes LGBTQ+ peuvent être confrontées à la marginalisation et à la discrimination dans leurs parcours de vie, y compris au sein des milieux de soins et de psychothérapie.

La thérapie affirmative repose sur le postulat que chaque individu, indépendamment de son orientation sexuelle ou de son identité de genre, mérite un accompagnement thérapeutique respectueux et inclusif. Elle reconnaît et célèbre la diversité des identités humaines, offrant un contrepoint crucial aux préjugés et aux discriminations qui peuvent entraver le bien-être psychologique des personnes LGBTQ+.

Ce guide de pratique a pour objectif de fournir aux professionnels et professionnelles de la santé mentale les connaissances, les compétences et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une approche affirmative efficace et respectueuse dans leur pratique clinique. En explorant les principes fondamentaux de cette approche, en examinant les défis spécifiques auxquels sont confrontées les personnes LGBTQ+ et en proposant des stratégies cliniques adaptées, ce guide vise à renforcer la capacité des thérapeutes à offrir un soutien significatif et compétent aux populations diverses qu'ils et elles accompagnent.

À travers cette exploration, nous aspirons à promouvoir une pratique thérapeutique inclusive, affirmée et respectueuse, qui reconnaît et valorise la diversité des identités et des expériences humaines. En tant que professionnels et professionnelles de la santé mentale, il est de notre

¹https://francais.umontreal.ca/fileadmin/francophonie/documents/Guide_de_redaction_inclusive/UdeM_Guide-ecriture-inclusive.pdf

responsabilité de créer des espaces thérapeutiques où chacun se sent reconnu, respecté et soutenu dans son cheminement vers le bien-être et l'épanouissement personnel.

EXPÉRIENCES DÉVELOPPEMENTALES ET ASPECTS PSYCHOLOGIQUES PARTICULIERS AUX PERSONNES LGBTQ+

Les personnes issues des diversités sexuelles et de genres sont plus à risque de souffrir de problèmes de santé mentale que celles s'identifiant comme hétérosexuelles et cisgenres. Des expériences d'intolérance, de victimisation et de stress qui sont particulières aux réalités LGBTQ+ peuvent influencer le développement identitaire et favoriser l'émergence de souffrance psychologique.

Santé mentale des personnes LGBTQ+

Les personnes s'identifiant LGB sont plus à risque que celles hétérosexuelles de rapporter des symptômes de troubles dépressifs et anxieux, des idées ou comportements suicidaires, de l'automutilation et des troubles d'usage de substances (Plöderl et Tremblay, 2015; King et al., 2008; di Giacomo et al., 2018; The Trevor Project, 2023). Les populations canadiennes et québécoises n'échappent pas à cette tendance, alors que les études nationales corroborent les constatations observées dans la littérature internationale (Charbonnier et Graziani, 2013; Tjepkema, 2008; Casey, 2019; Peter et al., 2017). Au sein de ces communautés, les personnes déclarant une identité non monosexuelle (telle que la bisexualité, par exemple) semblent plus vulnérables aux difficultés de santé mentale, notamment en raison de facteurs de stress spécifiques, tels que la biphobie ou des niveaux de discrimination et de rejet plus élevés (Martin-Storey et al., 2019; Ebersole et al., 2018). Les individus LGB au Canada sont aussi plus susceptibles que leurs pairs hétérosexuels de rapporter des besoins non comblés en santé mentale et d'utiliser des services en santé mentale (Tjepkema, 2008).

Les personnes trans ou dont le genre n'est pas valorisé socialement sont particulièrement à risque de souffrir de difficultés de santé mentale. Les évidences scientifiques soutiennent qu'elles présentent davantage de difficultés affectives, des symptômes anxio-dépressifs, des symptômes post-traumatiques et des troubles alimentaires que les personnes cisgenres (Clark et al., 2014; Austin et al., 2018; Veale et al., 2017; The Trevor Project, 2023; Connolly et al., 2016; Grossman et al., 2016). Les personnes trans sont aussi surreprésentées lorsqu'il est question d'idées et de comportements suicidaires (Bauer et al., 2013; Austin et al., 2018; The Trevor Project, 2023). L'étude ontarienne de Greta et al. (2013) rapporte que plus du tiers des individus questionnés admettaient avoir eu des idées suicidaires dans la dernière année et que 10% d'entre eux avaient fait une tentative suicidaire. Les risques étaient d'autant plus importants chez les personnes souhaitant entamer un processus de transition médicale, mais qui ne l'avaient pas encore amorcé. Au sein de cette population, les jeunes trans sont les plus vulnérables. Plus de 70% des participants et participantes d'une étude québécoise sur le bien-être des jeunes trans rapportaient de la détresse psychologique et plus de la moitié évoquaient une estime de soi considérablement faible (Raymond et al., 2015). L'étude canadienne de Veale et ses collègues (2017) rapporte que 65%

des répondants trans âgés de 14 à 18 ans avaient eu des idées suicidaires dans la dernière année, que 36,1% avaient fait une tentative suicidaire et que 74,9% avaient présenté des comportements d'automutilation.

Hétérocissexisme et hétérocisnormativité

L'**homophobie** est un terme répandu généralement utilisé pour définir l'intolérance ou les attitudes et les comportements discriminatoires envers les personnes homosexuelles. Cependant, les concepts d'hétérosexisme et d'hétéronormativité sont de plus en plus privilégiés en raison de la portée restreinte de celui d'homophobie, qui renvoie à des enjeux individuels et psychologiques (de peur, de haine, de dégoût ou de rejet), plutôt que systémiques. L'**hétérosexisme** se réfère aux injustices commises à l'endroit des personnes non hétérosexuelles découlant de l'affirmation de l'hétérosexualité comme étant supérieure aux autres orientations sexuelles (Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie, 2023). Le concept dépasse les comportements discriminatoires visibles perpétrés par des individus (comme les actes de violence physique, psychologique ou sexuelle) pour inclure l'éventail des processus sociaux d'infériorisation des personnes non hétérosexuelles. Ces processus peuvent se manifester par l'invisibilisation et la discrimination volontaire ou inconsciente des sexualités non hétérosexuelles dans les relations, mais aussi dans les institutions sociales. Des exemples de l'hétérosexisme s'illustrent dans la **présomption d'hétérosexualité** (tendance inconsciente à s'adresser à une personne en présupposant qu'elle est hétérosexuelle), l'utilisation d'un **langage infériorisant** (p.ex., nommer des partenaires amoureux « amis » lorsqu'ils ne forment pas un couple hétérosexuel) ou les différences dans la **division entre le public et le privé selon l'orientation sexuelle** (p.ex., considérer qu'un geste d'affection public entre deux hommes est dérangeant, provocateur ou sexualisé, alors qu'un geste similaire entre deux personnes de sexe différent serait jugé neutre ou même célébré) (Bastien Charlebois, 2011; McGeorge et Stone Carlson, 2011). Le concept d'**hétéronormativité** se rapporte au postulat que les relations hétérosexuelles représentent la « norme » sociétale. Il insiste aussi sur la binarité et la complémentarité des genres. Ainsi, cette « norme » est qu'un homme assigné garçon à la naissance soit complémentaire à une femme assignée fille à la naissance. Les individus dont les réalités sont extérieures à ces catégories sont considérés comme « inférieurs », sont invisibilisés ou sont amenés à se conformer à la norme (Bastien Charlebois, 2011; McGeorge et Stone Carlson, 2011). Similairement, les concepts de **transphobie**, **cisgenrisme** et **cisnormativité** sont basés sur l'affirmation d'une supériorité des identités cisgenres et utilisés pour décrire les comportements, les actes d'omission et les idéologies ayant pour conséquence de victimiser, disqualifier et invisibiliser les personnes trans et non binaires.

Intimidation et discrimination

La loi québécoise sur l'instruction publique définit l'intimidation ainsi: « tout comportement, parole, acte ou geste délibéré ou non à caractère répétitif, exprimé directement ou indirectement, y compris dans le cyberspace, dans un contexte caractérisé par l'inégalité des rapports de force entre les personnes concernées, ayant pour effet d'engendrer des sentiments de détresse et de léser, blesser, opprimer ou ostraciser ». Au Canada et au Québec, les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre sont plus susceptibles d'être ou d'avoir été victime d'intimidation que celles s'identifiant hétérosexuelles et cisgenres (Prokopenko et Hango, 2022). Plus de 60% des jeunes

de 14 à 22 ans sondés dans une étude québécoise rapportaient avoir été victimes d'au moins un comportement d'intimidation hétérocisnormatif (Blais et al., 2014). Comparés à leurs pairs, les jeunes LGBTQ+ sont aussi plus susceptibles de rapporter des incidents de cyberintimidation, de déclarer être victime d'intimidation se produisant de façon hebdomadaire et quotidienne et de vivre différentes formes d'intimidation simultanément (Prokopenko et Hango, 2022; Blais et al., 2014). Les formes spécifiques d'intimidation hétérocisnormative les plus couramment subies par les jeunes sont les **insultes, les atteintes à la réputation, l'humiliation et l'exclusion d'activités** (Prokopenko et Hango, 2022; Blais et al., 2014). À l'âge adulte, l'intimidation et la discrimination sont surtout vécues dans le milieu de travail (Geoffroy et Chamberland, 2016). 29% des personnes LGBTQ+ sondées dans une enquête canadienne rapportaient avoir été victime de discrimination dans leur milieu de travail, comparativement à 2,9% des personnes s'identifiant comme hétérosexuelles et cisgenres (Sasso et Ellard-Gray, 2015). Une proportion similaire d'entre elles affirmaient avoir été témoins de discrimination hétérocisnormative. Près du tiers des participants et participantes ayant fait l'expérience ou ayant été témoins de discrimination rapportaient que les événements se produisaient au moins quelques fois par mois.

Plusieurs études soutiennent des associations entre les expériences d'intimidation hétérocisnormative et des indicateurs de santé mentale, autant pour les personnes qui en sont victimes que celles qui en témoignent (Geoffroy et Chamberland, 2016; Cénat et al., 2015; Poteat et Espelage, 2007; Duong et Bradshaw, 2014; Fedewa, 2011). Les conséquences de l'intimidation peuvent se manifester par des symptômes anxio-dépressifs ou de la lignée post-traumatique, une baisse de l'estime de soi et de l'optimisme face à la vie, de l'isolement social et des problèmes de consommation. Les résultats d'une enquête canadienne auprès d'adolescents rapportent que les jeunes LGBTQ+ ayant été victimes d'intimidation étaient plus susceptibles de rapporter des idées suicidaires dans la dernière année (27%) que leurs pairs n'ayant pas été intimidé (16%) et que les jeunes cisgenres et hétérosexuels n'ayant pas été intimidé (5%) (Prokopenko et Hango, 2022). En ciblant des dimensions fondamentales de l'identité comme le genre et la sexualité, l'intimidation hétérocisnormative peut perturber les **processus psychologiques d'acceptation et de développement de soi** déjà rendus complexes par l'appartenance à une minorité sexuelle (Lingiardi et al., 2015). Les jeunes LGBTQ+ sont aussi plus susceptibles d'être eux-mêmes auteurs d'intimidation (Eisenberg et al., 2015). L'hostilité envers les personnes de la diversité sexuelle et de genre peut découler d'une défense vis-à-vis d'un préjugé internalisé. Les agresseurs et agresseuses peuvent utiliser l'intimidation pour affirmer leur conformité aux normes hétérocisnormatives et extérioriser leurs conflits internes concernant leurs attirances pour le même sexe (Lingiardi et al., 2015).

Le dévoilement (*coming out*)

Le dévoilement, ou *coming out*, est défini comme l'affirmation de son orientation sexuelle ou de son identité de genre (Gouvernement du Québec, 2023). L'expression est couramment utilisée pour définir **l'annonce volontaire d'une orientation sexuelle ou d'une identité de genre à son entourage**, mais le processus débute d'abord par un dévoilement à soi-même. En raison de la stigmatisation, les sentiments d'attirance pour les personnes de même sexe ou ceux de non-conformité de genre qui émergent peuvent être refoulés au point où ils deviennent inconscients. Le dévoilement à soi-même désigne l'expérience de les questionner, les reconnaître, les valoriser et les intégrer à son identité. Il comprend aussi le processus de désapprentissage des préjugés hétérocisnormatifs. Malgré les progrès réalisés en matière de droits pour les personnes LGBTQ+,

il s'écoule généralement quelques années entre le moment où une personne prend conscience de son orientation sexuelle ou de son identité de genre et celui où elle décide de la révéler à son entourage. Cela signifie que le maintien secret son orientation sexuelle ou son identité de genre pendant un certain temps fait partie intégrante de l'expérience de nombreuses personnes issues de la diversité sexuelle et de genre (Panchakis et Hatzenbuehler, 2013).

Tant que la présomption implicite où l'hétérosexualité et la cisidentité sont considérées comme la norme prédominante, la vie d'une personne LGBTQ+ sera toujours ponctuée d'une série de dévoilements (ou d'occultations) aux personnes de son entourage. Qu'il s'agisse de réponses positives ou négatives, les réactions des autres aux dévoilements passés ne fournissent jamais une certitude quant à la manière dont les prochaines personnes réagiront lors des révélations futures. Cette réalité pousse les individus LGBTQ+ à évaluer en permanence si l'environnement est propice à une divulgation en toute sécurité. Le processus de dévoilement social s'étend bien au-delà d'un simple choix entre révéler ou ne pas révéler son identité. Il comporte de multiples strates, impliquant que l'on puisse être « visible » dans certaines circonstances sociales tout en choisissant de rester discret dans d'autres (par exemple, afficher une expression de genre non conforme au sein d'un groupe d'amis et amies proches, mais pas au travail). De plus, il existe différents degrés de dévoilement, où une personne pourrait partager des détails spécifiques tout en préservant d'autres aspects de son identité. Par exemple, elle pourrait être ouverte quant à son orientation sexuelle, mais choisir de ne pas aborder publiquement sa vie amoureuse (Cerbone, 2020; Chen et al., 2020).

Le processus de dévoilement suscite souvent du stress, mais il est aussi porteur de bénéfices. L'acte de cacher une partie de son identité peut entraîner l'entretien d'un sentiment de honte et de culpabilité, ébranler la construction d'une identité cohérente et perturber l'estime personnelle (Panchakis, 2007). Par exemple, une personne qui refoule une partie d'elle-même pourrait rencontrer des difficultés à s'approprier ses réussites et reconnaître ses forces. Le dévoilement peut réduire la dissociation en favorisant la réintégration de parties de soi autrefois identifiées comme inadmissibles (Drescher et Fadus, 2020). Au niveau relationnel, une personne qui vit dans le secret peut être portée à s'isoler, ce qui fragilise ses facteurs protecteurs de santé mentale (Medico et Pullen-Sansfaçon, 2017). La littérature scientifique recense également que ce processus peut réduire les symptômes dépressifs et anxieux, améliorer le bien-être et la qualité de vie, générer un soulagement et contribuer à une évolution constructive de l'identité sociale (Charbonnier et Graziani, 2013; Medico et Pullen-Sansfaçon, 2017). Toutefois, le choix de ne pas se dévoiler repose parfois sur des motifs raisonnables. Forcer un dévoilement social dans un environnement potentiellement hostile peut entraîner des conséquences graves (expulsion du domicile par les parents, perte d'un emploi, ostracisation ou violences) (Drescher et Fadus, 2020). La période suivant le dévoilement social serait l'un des moments de la vie d'une personne LGBTQ+ où le risque suicidaire est le plus élevé (Charbonnier et al., 2018; D'Augelli et al., 2011).

Stress minoritaire

En 2003, I. H. Meyer a élaboré le modèle théorique du **stress minoritaire** afin d'expliquer pourquoi les personnes homosexuelles et bisexuelles présentent une prévalence plus élevée de problèmes de santé physique et mentale. Depuis, le modèle a également été adapté aux réalités des personnes trans ou dont le genre n'est pas valorisé socialement. Le stress minoritaire désigne la vulnérabilité accrue des individus LGBTQ+ en raison de facteurs de stress additionnels qu'ils

subissent par rapport aux stressseurs généraux rencontrés par les personnes hétérosexuelles et cisgenres. Cette vulnérabilité découle des **préjugés**, de la **stigmatisation**, de la **discrimination** et de la **violence hétéronormative** auxquels les individus issus des minorités sont confrontés. Le concept de stress minoritaire repose sur la prémisse que les sources de stress sont **spécifiques** (non vécues par les populations non stigmatisées), **chroniques** et **socialement ancrées** (dans les sphères privées, culturelles et structurelles) (Alessi, 2014; Alessi et al., 2019; Meyer, 2003; Giammatei, 2015; Chen et al., 2020; Testa et al., 2015).

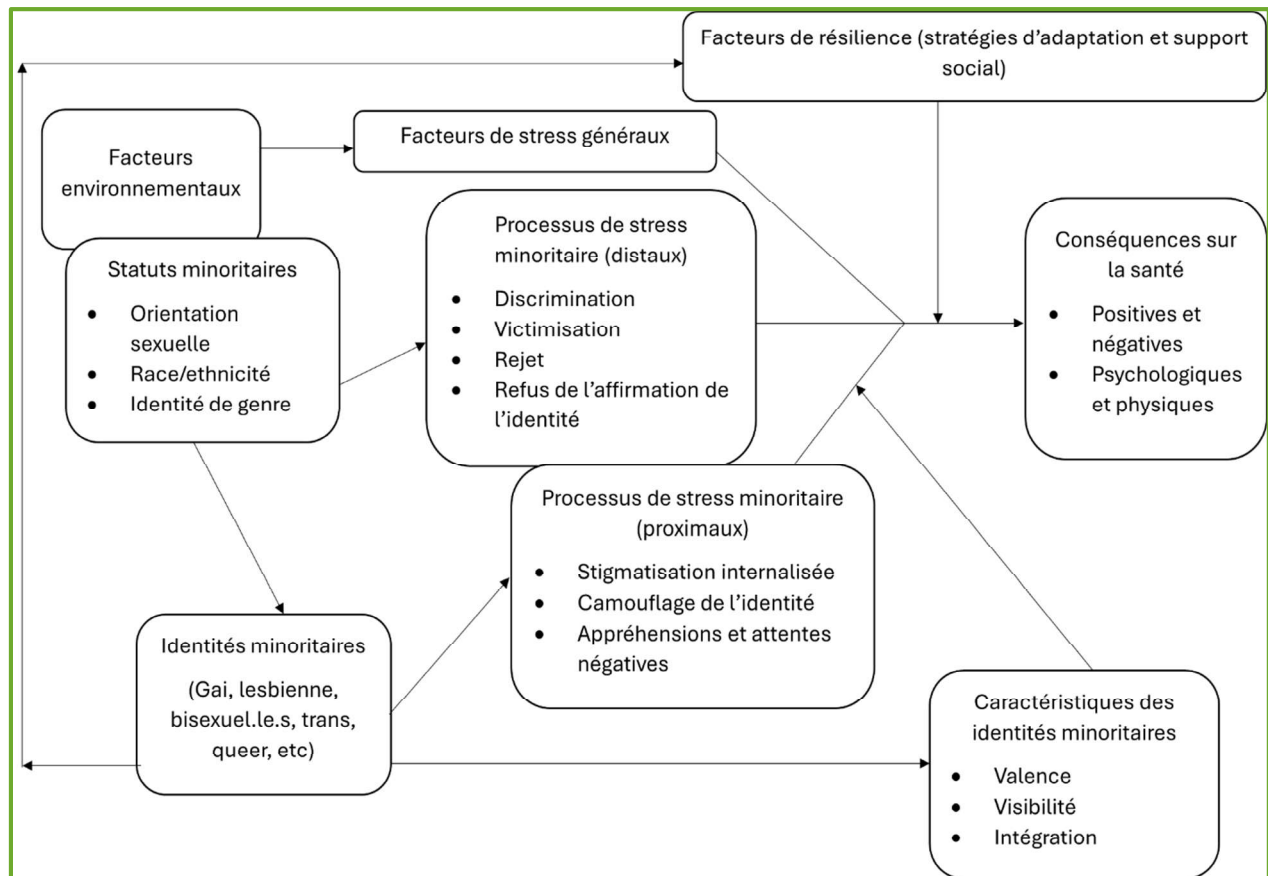


Figure 1. Modèle du stress minoritaire
(Adapté de Lange et al., 2020)

Les facteurs de stress se déclinent en deux catégories: les **stressseurs distaux** et les **stressseurs proximaux**. Les stressseurs distaux font référence aux préjudices externes ou objectivables. Ils peuvent être aigus (comme une attaque physique) ou se manifester de façon plus chronique (comme subir de l'intimidation durant son parcours scolaire ou ne pas recevoir des soins sensibles dans le système de santé). Les **microagressions** sont un type de stressseur distal qui fait référence à des remarques, des comportements ou des attitudes subtils à teneur hétérocisnormative. Ces microagressions peuvent être intentionnelles ou non. Elles peuvent aussi prendre différentes formes telles que des commentaires dégradants, des sous-entendus offensants, des gestes de désapprobation, des comportements d'exclusion ou des traitements différenciés basés sur l'identité sexuelle ou de genre. Il arrive que les personnes à l'origine de ces microagressions ne perçoivent pas leur comportement comme discriminatoire, considérant souvent leurs actions comme innocentes ou bien intentionnées (p. ex., des affirmations cisnormatives comme « Tu es tellement

belle, je n'aurais jamais pensé que tu es trans » qui impliquent que la personne trans doit ressembler étroitement aux normes cisgenres pour être perçue comme belle). Les stresseurs distaux englobent également les aspects qui font défaut, tels que l'absence de politiques de non-discrimination dans une institution ou le manque de modèles de rôle positifs et de soutien dans la communauté ou les médias (Alessi, 2014; Sue et al., 2007; Nadal et al., 2016; Balsam et al., 2019).

Les **stressseurs proximaux** font référence aux expériences internes et aux perceptions subjectives de soi qui résultent de l'impact des stressseurs distaux. L'**homophobie et la transphobie internalisées** désignent les processus par lesquels une personne LGBTQ+ adopte et intègre les attitudes, les croyances et les stéréotypes négatifs associés à son orientation sexuelle ou à son identité de genre en raison de l'expérience précoce et perpétuelle de vivre dans une société hétérocisnormative. L'homophobie ou la transphobie internalisée peut se manifester de différentes manières. Par exemple, une personne peut développer une aversion envers sa propre orientation sexuelle, se sentir honteuse ou coupable d'être trans, ou chercher à nier ou à cacher cette partie de son identité. Elle peut également internaliser des stéréotypes négatifs sur les personnes LGBTQ+ et adopter une vision négative d'elle-même ou d'autres membres de ces communautés. Les personnes stigmatisées qui sont confrontées à l'expérience de devoir constamment discerner ce que les autres pensent ont tendance à se retrouver dans un état chronique d'**anticipation du rejet**, de **vigilance** et d'**adaptation à un environnement social homophobe**. En conséquence, plusieurs individus se retrouvent contraints à **dissimuler** une partie de leur identité pour se protéger (Alessi, 2014).

Les personnes trans et non binaires partagent la plupart des facteurs de stress minoritaires auxquels sont exposées les personnes non hétérosexuelles. Cependant, les études révèlent également des sources de stress spécifiques à ces individus. Un stressseur distal supplémentaire se manifeste dans les moments où le genre d'une personne est nié ou ignoré par autrui (*nonaffirmation* en anglais). Cela se produit, par exemple, lorsque quelqu'un s'adresse à un homme trans en utilisant « madame » ou lorsqu'un parent continue d'utiliser le prénom de naissance de son enfant qui préfère être désigné par un nom choisi. Un stressseur proximal spécifique aux personnes trans et non binaires se manifeste à travers les différences dans leur capacité à contrôler la dissimulation de leur identité marginalisée. Contrairement à l'orientation sexuelle, l'identité de genre d'une personne est souvent présumée en se basant sur des caractéristiques physiques (telles que la taille, la voix, les cheveux et la pilosité) en raison des stéréotypes culturels. Ces caractéristiques dépendent généralement de facteurs sur lesquels les individus ont plus ou moins de contrôle, tels que la génétique, l'expression de genre, l'accès aux procédures médicales et esthétiques, ainsi qu'au stade de leur transition. Par conséquent, il peut être difficile de dissimuler leur identité de genre dans certaines situations. À l'inverse, une personne trans dont les caractéristiques physiques correspondent aux stéréotypes de genre de la société (par exemple une femme trans qui est perçue comme une femme cisgenre) doit constamment réfléchir à la question de si et comment elle doit révéler son sexe assigné à la naissance lorsqu'elle rencontre de nouvelles personnes (Testa et al., 2015).

Hatzenbuehler (2009) développe un modèle explicatif du lien entre la discrimination subie par les personnes LGBTQ+ (c.-à-d. le stress minoritaire) et la santé mentale (particulièrement l'émergence de symptômes anxieux, dépressifs et de troubles de l'usage de substances). Plus spécifiquement, la stigmatisation vécue augmente l'exposition au stress; à son tour, le stress relié à la stigmatisation influe négativement les **processus cognitifs** (p.ex. *pessimisme, développement d'une représentation de soi négative, perte d'espoir*), la **régulation émotionnelle** (p. ex. *présence de ruminations*) et les capacités d'adaptation (p. ex., *consommation de substances*). Le stress

engendré entraîne aussi des **perturbations au niveau social et interpersonnel** qui favorisent l'émergence d'enjeux de santé mentale. Les individus LGBTQ+ peuvent se retirer des autres, ce qui est susceptible d'accroître l'isolement social et fragilise leur lien avec la communauté. Enfin, le stress minoritaire peut entraver le recours à l'aide (autant sur les plans interpersonnels qu'institutionnels) en raison de la peur de la discrimination et des préjugés potentiels (Alessi, 2014; Beard et al., 2017; Cronin, 2020).

Identités multiples et intersectionnalité

La **théorie intersectionnelle** est une approche analytique qui reconnaît que les individus peuvent être simultanément confrontés à plusieurs formes de discrimination et d'oppression, en raison de l'interaction complexe de leur identité de genre, de leur race, de leur classe sociale, de leur sexualité, de leur handicap, etc. Elle examine comment ces différentes dimensions de l'identité s'entrecroisent et se renforcent mutuellement, influençant ainsi l'expérience vécue par chaque individu. Bien qu'elle soit émergente, la littérature centrée sur les aspects intersectionnels et la santé mentale suggère que les individus LGBTQ+ vivent et perçoivent les expériences de stress minoritaire comme étant le résultat de leurs identités marginalisées multiples plutôt que comme des réponses à une seule identité marginalisée (par exemple, leur identité sexuelle ou de genre seule). Ces expériences accentueraient le risque de développer des problèmes de santé mentale tout en ajoutant des barrières d'accès aux soins associées aux différentes catégories (Nadal et al., 2016; Nadal et al., 2015; Bowleg, 2013; Balsam et al., 2019; Crenshaw, 1989).

Exemples: isolation accrue d'un individu en raison de la désapprobation de son identité LGBTQ+ au sein de sa communauté raciale/ethnique ou religieuse, érotisation de la femme racisée lesbienne, microagressions (déssexualisation, invisibilisation, exclusion) basées sur la race et des stéréotypes négatifs dans les cercles LGBTQ+ blancs.

La littérature scientifique montre que les différences observées dans les indicateurs de santé mentale chez les personnes de la diversité sexuelle et de genre ne sont pas inhérentes aux identités LGBTQ+, mais résultent plutôt de l'expérience de vivre dans un environnement marqué par l'hétérocisnormativité.

CONTEXTES QUÉBÉCOIS ET CANADIEN

Le Québec et le Canada sont généralement considérés comme des pionniers dans l'instauration de protections légales et de droits pour les personnes LGBTQ+. Cette avancée se reflète notamment dans l'élaboration de principes et de directives provinciaux pour les soins de santé physique et mentale destinés aux communautés LGBTQ+. Voici un bref historique du cadre légal et des orientations ministérielles au Québec et au Canada (Aide aux Trans du Québec, 2023; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023; Lepage, 2024).

1969: Décriminalisation de l'homosexualité au Canada.

1977: Inclusion de l'orientation sexuelle comme motif de discrimination interdit par la Charte des droits et liberté de la personne au Québec.

1997: Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) adopte les Orientations ministérielles sur l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles.

2002: Le Québec reconnaît la filiation de deux mères ou de deux pères, légalise l'adoption par les couples homosexuels et autorise l'union civile entre personnes de même sexe.

2005: Le Canada devient le premier pays en dehors de l'Europe et le quatrième pays au monde à légaliser le mariage entre personnes de même sexe à l'échelle nationale.

2009: Adoption de la Politique québécoise de lutte contre l'homophobie, recommandant notamment l'adaptation des services publics de santé et des services sociaux pour répondre aux besoins spécifiques des personnes LGBTQ+. La RAMQ commence à couvrir plusieurs chirurgies d'affirmation de genre.

2015: Le Projet de loi 35 est adopté au Québec, permettant à une personne trans de changer la mention de son sexe sans subir une intervention chirurgicale.

2016: Adoption de la Loi visant à renforcer la lutte contre la transphobie au Québec, modifiant notamment la Charte des droits et libertés de la personne pour inclure une protection explicite contre la discrimination liée à l'identité ou à l'expression de genre.

2017: La Loi canadienne sur les droits de la personne est modifiée pour inclure "l'identité de genre" et « l'expression de genre » comme motifs protégés.

2022: Au Québec, la loi permet désormais que les personnes non binaires puissent demander que l'on identifie leur genre comme « X » auprès du directeur de l'état civil, sans obligation d'intervention chirurgicale génitale. Au Canada, les thérapies de conversion sont criminalisées.

2023: Le MSSS publie les Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres. Les principes sont élaborés par une vingtaine d'expertes et d'experts provenant des milieux médicaux, sociaux, communautaires et académiques. Ces lignes directrices ont pour objectif de promouvoir une meilleure inclusivité et sécurité dans la prestation de services de soins et de renforcer les compétences des professionnels et professionnelles de la santé. **L'une des principales mesures consiste à encourager les établissements de santé à adopter des approches affirmatives et transaffirmatives.**

2024: En mars, le gouvernement du Québec a pris une décision concernant la reconnaissance des personnes dont le genre ne correspond pas aux catégories « homme » ou « femme ». Ces individus ont la possibilité de choisir l'option X pour leur carte d'assurance maladie et leur permis de conduire. Ce changement était entendu par la loi depuis 2022, mais les ministères et organismes du gouvernement ne s'étaient toujours pas adaptés jusqu'à ce moment.

L'historique des droits des personnes LGBTQ+ au Québec et au Canada met en lumière le caractère relativement récent de la reconnaissance et de la protection de ces individus. Il est essentiel de noter qu'un nombre significatif de patientes et de patients LGBTQ+ qui consultent en psychothérapie ont vécu à une époque où leur identité était soit illégale, soit considérée comme inférieure aux identités cisgenres et hétérosexuelles, voire tout simplement ignorée en matière de

législation et de protection juridique. De plus, certaines formes de violence à leur égard n'étaient pas explicitement interdites par la loi, notamment en ce qui concerne les pratiques de thérapie de conversion. Malgré les avancées pour ce qui est de la reconnaissance légale et de droits acquis, des inégalités persistent dans leur mise en application, et ces progrès demeurent sujets à contestation.

PERTINENCE D'UNE APPROCHE AFFIRMATIVE

Les disciplines psychologiques et psychiatriques partagent un passé marqué par la pathologisation des individus appartenant à la diversité sexuelle et de genre. Initialement enracinée dans la théorie psychanalytique, la première version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) considérait l'homosexualité comme un trouble mental. Pendant cette période, des méthodes controversées ont été utilisées pour tenter de « guérir » cette orientation sexuelle, notamment au moyen de pratiques telles que la thérapie par aversion, impliquant l'utilisation de décharges électriques ou d'agents émétiques, de l'électroconvulsivothérapie, de l'hormonothérapie et de l'hypnose. Cependant, à la suite de la pression exercée par les mouvements des droits homosexuels à travers les États-Unis et à la remise en question du caractère pathologique des attirances homosexuelles par certaines études scientifiques, l'Association américaine de psychiatrie (APA) a retiré le diagnostic du DSM-II en 1973. Malgré cela, la pathologisation de l'homosexualité a persisté dans le manuel sous la forme de l'entité diagnostique de l'« homosexualité égodystonique » jusqu'à sa suppression en 1987. De son côté, la Classification internationale des maladies (CIM) mentionnait l'homosexualité comme une identité diagnostique jusqu'en 1990, date à laquelle la CIM-10 a été révisée. Cependant, on pouvait encore trouver l'entité de l'orientation sexuelle égodystonique jusqu'à ce qu'elle soit retirée lors de la publication de la CIM-11 en 2022. Malgré que les dernières publications de ces ouvrages théoriques spécifiaient que l'orientation sexuelle en soi ne pouvait pas être considérée comme un trouble de santé mentale, plusieurs chercheurs et chercheuses affirment que le maintien des entités diagnostiques citées plus tôt contribuait au maintien de la stigmatisation des personnes LGBTQ au sein des disciplines psychologiques et à l'endossement de pratiques dangereuses, comme les thérapies de conversion (Smith et al., 2004; Drescher, 2015).

En 1980, le diagnostic de « transsexualisme » a été introduit dans la catégorie des « troubles de l'identité sexuelle » du DSM-III. Le remplacement du diagnostic par le « trouble de l'identité de genre » dans la quatrième version du DSM en 1994 avait pour objectif principal de réduire la stigmatisation associée aux personnes trans. Il visait également à fournir un cadre diagnostique permettant aux cliniciens et cliniciennes de déterminer quels individus répondaient aux critères nécessaires pour accéder aux traitements de réassignation de genre. En 2013, le diagnostic de « trouble de l'identité de genre » a été retiré du DSM pour être remplacé par celui de « dysphorie de genre ». Ce changement était significatif, car il visait à éliminer la pathologisation de l'identité de genre elle-même. La « dysphorie de genre » reconnaît que la souffrance psychologique est associée à la non-concordance entre l'identité de genre d'une personne et les caractéristiques sexuelles et sociales qui lui sont assignées. En d'autres termes, le trouble mental ne réside pas dans l'identité de genre en soi, mais plutôt dans la détresse vécue par certaines personnes trans

(mais pas nécessairement toutes) en raison du décalage entre cette identité et les aspects physiques et sociaux.

Cependant, la question de la place de l'identité de genre dans les classifications psychiatriques reste un sujet de débat complexe. Les communautés scientifiques, les spécialistes en santé mentale et les personnes trans continuent de discuter des avantages et des inconvénients de maintenir une catégorisation liée à l'identité de genre dans les manuels de diagnostics. D'un côté, on soutient qu'elle peut faciliter l'accès aux traitements médicaux et psychologiques essentiels pour les personnes trans, tandis que de l'autre, on fait valoir qu'elle perpétue la stigmatisation en pathologisant une dimension fondamentale de l'identité humaine (Drescher, 2013).

Barrières aux soins

Bien que des progrès aient été réalisés dans la dépathologisation des identités sexuelles et de genre dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie, il reste de nombreux individus qui font état d'expériences de stigmatisation au sein du système de santé et des services psychosociaux, en raison d'attitudes défavorables ou de préjugés à leur égard (Schwab et al., 2022). Des données indiquent que l'identification en tant que membre d'une minorité sexuelle présente un risque accru de mettre fin prématurément à une psychothérapie et que les personnes LGBTQ+ sont plus enclines à percevoir que les services de santé mentale ne répondent pas à leurs besoins spécifiques (Anderson et al., 2019; Tomicic et al., 2020). À cela s'ajoutent des difficultés pour trouver des thérapeutes possédant les compétences nécessaires pour offrir des soins adaptés dans une approche affirmative.

On constate la persistance de **barrières individuelles, professionnelles et systémiques** entravant l'accès à des soins adaptés et sécuritaires pour les populations LGBTQ+.

L'une des barrières les plus importantes réside dans la fragilité de la relation de confiance entre les personnes LGBTQ+ et les professionnels et professionnelles de la santé mentale, en raison de l'historique d'oppression et de pathologisation décrit précédemment (Schwab et al., 2022). Au niveau individuel, la vigilance, la honte, l'internalisation de préjugés ainsi que la perception que les cliniciens et cliniciennes n'ont pas la formation nécessaire pour adopter une approche affirmative contribuent à l'anticipation de la discrimination au sein de la relation thérapeutique. Les antécédents personnels d'expériences négatives dans le système de soins ou les témoignages de pairs perpétuent les réticences de certaines personnes LGBTQ+ à divulguer leur orientation sexuelle ou leur identité de genre à leur psychothérapeute. Il est fréquent qu'elles retardent leur consultation ou évitent d'entamer une thérapie (Cronin et al., 2020; Tomicic et al., 2020). Le fait de ne pas révéler son orientation sexuelle entrave la collecte des informations nécessaires à une évaluation psychologique adéquate et à l'accès à des services sociaux et de santé appropriés (Feugé et al., 2017).

Même avec de bonnes intentions, les intervenants et intervenantes peuvent parfois adopter des attitudes discriminatoires et préjudiciables envers les personnes LGBTQ+, notamment à travers des microagressions (Alessi et al., 2019). Les personnes LGBTQ+ rapportent diverses expériences de microagressions en psychothérapie :

- La supposition que leur identité LGBTQ+ est la principale cause de leurs problèmes de santé mentale.
- Les tentatives exagérées d'identification avec les patients et patientes LGBTQ+.
- L'évitement ou la minimisation de l'exploration de l'identité LGBTQ+.
- Des affirmations stéréotypées concernant les patients et patientes LGBTQ+.
- L'expression de biais hétéronormatifs (par exemple, en supposant que le partenaire d'une personne s'identifiant au genre masculin est une femme).
- L'idée que toutes les personnes LGBTQ+ ont besoin de psychothérapie.
- L'exagération des dangers liés à l'identification ou à l'expression d'une identité LGBTQ+.

L'invisibilisation de l'orientation sexuelle et la discrimination résultant des microagressions répétées en psychothérapie alimentent l'oppression internalisée. Les microagressions dans le cadre thérapeutique peuvent refléter l'idée que les identités sexuelles minoritaires sont anormales ou inférieures à l'hétérosexualité. Elles peuvent également donner l'impression que le ou la thérapeute est mal à l'aise ou qu'il ou elle ne possède pas les compétences culturelles nécessaires pour offrir des soins adaptés (Shelton et Delgado-Romero, 2011).

Des données canadiennes de l'équipe de McIntyre (2012) indiquent des lacunes dans l'offre de soins aux personnes LGBTQ+. On constate l'accès limité à des services psychothérapeutiques spécifiquement adaptés aux personnes LGBTQ+, une tendance à négliger les aspects psychosociaux qui leur sont particuliers, une présomption systématique de l'hétérosexualité et un manque d'accès aux ressources et à la formation encourageant l'adoption de pratiques affirmatives. De plus, les ouvrages et les guides de psychothérapie des principales approches psychologiques ne sont généralement pas adaptés pour aborder les spécificités des personnes LGBTQ+.

Bénéfices d'une approche affirmative

Bien que la recherche scientifique sur l'approche affirmative en psychothérapie soit encore émergente, il existe de plus en plus d'évidences supportant son intégration dans la pratique. Les résultats de revues systématiques, d'essais cliniques randomisés et d'études comparatives mettent en lumière des associations entre la réduction de symptômes connexes au stress minoritaire et des interventions psychothérapeutiques affirmatives. Parmi celles-ci, on retrouve la diminution de symptômes dépressifs et anxieux, de la consommation de substances, des comportements sexuels à risque, des difficultés de régulation émotionnelle, des mécanismes de défense mésadaptés et des préjugés internalisés (O'Shaughnessy et Speir, 2018; Expósito-Campos et al., 2023; Alessi et al., 2019; Budge et al., 2021; Burger et Panchakis, 2024). La pratique affirmative est corrélée à une alliance thérapeutique plus solide, qui est elle-même associée à une amélioration du bien-être psychologique chez la patientèle LGBTQ+ (Alessi et al., 2019; Kelley, 2015).

Les approches affirmatives sont reconnues et leur intégration dans la pratique clinique est encouragée par les associations psychologiques et psychiatriques nord-américaines. Les guides et les énoncés de principes de l'Association américaine de psychologie (APA), de l'Association américaine de psychiatrie (APA) et de l'Association des psychiatres du Canada (APC) sont cités en références (APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons, 2021; American Psychological Association, 2015; Veltman et Chaimowitz, 2014).

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'APPROCHE AFFIRMATIVE

La psychothérapie affirmative LGBTQ+ repose sur un modèle panthéorique, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'une approche indépendante en soi, mais plutôt d'un ensemble de compétences et d'attitudes à intégrer à tout type de psychothérapie dans le but d'améliorer le traitement thérapeutique. Une pratique affirmative n'est pas équivalente à une pratique égalitaire, c'est-à-dire uniquement exempte de discrimination. Un ou une thérapeute qui traite toutes les personnes de la même façon, peu importe leur identité sexuelle ou de genre, est à risque de toutes les traiter comme si elles étaient cisgenres et hétérosexuelles. La psychothérapie affirmative implique l'intégration de connaissances spécifiques quant à l'unicité des aspects développementaux et culturels propres aux individus LGBTQ+ (Alessi et al., 2019). En plus de ne pas pathologiser les identités sexuelles et de genre, les thérapeutes qui pratiquent l'approche affirmative reconnaissent que cette diversité est normale et qu'elle peut représenter une source de richesses. Ils et elles reconnaissent que les personnes LGBTQ+ vivent et se sont développées dans une culture teintée par l'hétérocisnormativité et que les impacts cumulés du stress minoritaire contribuent fort probablement à la souffrance des personnes qui les consultent. Au-delà de l'acceptation et de la tolérance, cette pratique célèbre et valide activement les identités LGBTQ+. Les thérapeutes soutiennent la déconstruction des biais hétérocisnormatifs intégrés et supportent les attitudes et comportements de résilience. De plus, les thérapeutes sont encouragés à jouer un rôle de défenseur des droits (*advocacy*), tant dans le cadre de leur pratique clinique que dans la société en général.

La plupart des spécialistes qualifient la pratique affirmative LGBTQ+ d'approche centrée sur la **compétence culturelle**. La compétence culturelle en soins est la capacité des professionnels et des professionnelles de la santé à comprendre, respecter et répondre efficacement aux besoins de santé des individus issus de diverses cultures. Elle implique la sensibilisation aux différences culturelles, le développement de compétences en communication interculturelle et l'adaptation des pratiques cliniques pour offrir des soins équitables (Kirmayer et al., 2012). La compétence culturelle peut se diviser en trois domaines principaux. D'abord, les thérapeutes doivent s'engager dans un travail d'**introspection** régulier pour se questionner sur leurs **propres identités** et examiner comment elles peuvent interférer avec celles des patients et patientes. On les amène aussi à observer leurs **croyances**, leurs **attitudes** et leurs **biais** envers les individus LGBTQ+. Ensuite, les thérapeutes doivent posséder un minimum de **connaissances générales** sur le **lexique**, le **contexte culturel**, ainsi que les **enjeux de santé mentale** propres aux communautés de la diversité sexuelle et de genre. Enfin, ils et elles doivent se familiariser avec des **compétences pratiques** et des **outils cliniques** afin de fournir des soins sensibles et adaptés à chaque individu (Boroughs et al., 2015; Kirmayer et al., 2012). Étant donné l'absence d'un outil standardisé pour évaluer la compétence culturelle, et compte tenu de l'intersection d'identités plurielles au sein des individus LGBTQ+ qui complique l'identification de critères spécifiques à une telle approche, l'**auto-évaluation** reste le moyen le plus accessible pour interroger ses compétences culturelles. Voici des exemples de questions pour amorcer cette réflexion.

Considérations pour la conduite d'entretiens d'évaluation avec des personnes LGBTQ+

- Ai-je acquis la formation et les connaissances nécessaires pour être compétent ou compétente dans le travail avec des personnes LGBTQ+, et ai-je la conscience des limites de cette formation et de ces connaissances?
- Puis-je bénéficier d'une supervision régulière ou d'une consultation avec une personne experte des questions liées à la communauté LGBTQ+ et aux individus LGBTQ+ si j'accepte cette prise en charge?
- Quelles sont mes motivations pour traiter cet individu? Mes motivations sont-elles en conflit avec les siennes ou les complètent-elles?
- Ai-je examiné mes attitudes et croyances préexistantes à l'égard des personnes qui s'identifient comme LGBTQ+?
- Quel est mon propre niveau de développement quant à mon identité sexuelle et de genre? Dans quelle mesure suis-je capable de réfléchir sur mes réactions de contre-transfert par rapport à ce cas?
- Y a-t-il d'autres psychologues ou psychothérapeutes disponibles et qui détiennent des compétences dans ma région pour traiter cette personne?
- Les personnes LGBTQ+ se sentiront-elles à l'aise en séance dans mon bureau, et les autres membres du personnel les traiteront-elles avec respect?
- Mes documents d'admission et d'évaluation prennent-ils en compte les nombreuses dimensions de la diversité des individus?
- Est-ce que je pose des questions affirmatives et ouvertes sur les relations, la famille, la sexualité et le genre?
- Suis-je familier ou familière avec les recherches concernant la santé mentale des personnes LGBTQ+, et leur application à cette personne?
- Ai-je évalué l'impact du stress et de la discrimination subis par les minorités sur cette personne et en ai-je tenu compte dans l'élaboration de mon cas?

(Adapté de Heck et al., 2013 et Lyons et al., 2010)

L'intégration des principes de l'approche affirmative est indiquée dans le suivi de tous les patients et patientes, et non pas seulement de ceux et celles qui s'identifient comme LGBTQ+. Tout d'abord, il n'est pas toujours possible de connaître l'identité de genre ou l'orientation sexuelle d'un individu lors des premiers contacts. Cela peut être dû au fait que la personne n'a pas encore mentionné ces aspects, qu'elle ne se sent pas prête ou suffisamment en confiance pour les révéler, ou qu'elle est en questionnement. De plus, certaines personnes hétérosexuelles et cisgenres pourraient également bénéficier d'une approche inclusive de ce type. Par exemple, cela pourrait être le cas

pour quelqu'un dont les parents forment un couple de même sexe, ou dont l'enfant est transgenre ou non-binaire.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Lutter contre les attitudes hétérocisnormatives et affirmer sa propre identité en tant que psychothérapeute qui adopte une approche inclusive

1. **Examen de ses propres biais hétérocisnormatifs.** Il est essentiel d'examiner et de remettre en question nos préjugés concernant les identités LGBTQ+. Ces réflexions permettent de minimiser l'occurrence de microagressions dans le cadre thérapeutique. Il est tout à fait normal de porter en soi des présomptions hétérocisnormatives en raison de notre contexte socioculturel. L'exploration de nos propres identités sexuelles et de genre permet d'évaluer les privilèges qui en découlent ainsi que l'impact de nos identités sur celles des personnes traitées en thérapie (McGeorge et Stone Carlson, 2011; Pachankis et Goldfried, 2013; Morrow, 2000; Brewster et al., 2019; Bastien Charlebois, 2011; Moradi et Budge, 2018).

Des exemples de questions introspectives sur les thèmes des biais hétéronormatifs, des privilèges hétérosexuels et de l'identité peuvent guider cette auto-réflexion.

Réflexions personnelles pour explorer les hypothèses hétérocisnormatives

- Que m'a appris ma famille d'origine sur l'orientation sexuelle, les relations non hétérosexuelles et la diversité de genre?
- Est-ce que l'orientation sexuelle et l'identité de genre étaient évoquées dans ma famille? Si oui, quelles valeurs ont été communiquées ? Sinon, que communiquait ce silence?
- Y a-t-il des membres de ma famille qui sont LGBTQ+? Si oui, comment ils et elles parlent de leur identité et comment les autres membres de ma famille les traitent?
- Si cela s'applique, qu'est-ce que ma communauté religieuse ou spirituelle m'a appris sur l'orientation sexuelle et la diversité de genre? Que m'apprennent les textes religieux ou spirituels de ma foi sur l'orientation sexuelle et la diversité de genre?
- Quelles sont mes convictions sur la façon dont une personne « devient » gai, lesbienne, bisexuelle ou trans?
- Quelles sont mes convictions quant aux raisons pour lesquelles je ne suis pas gai, lesbienne, bisexuel ou trans?
- Quels sont mes premiers sentiments et pensées à l'égard des enfants élevés par des parents LGBTQ+?
- Ai-je déjà utilisé ou entendu des expressions telles que « c'est tellement gai » ou « fif »? Quelles valeurs sont associées à ces termes?
- Lorsque je rencontre une personne pour la première fois, à quelle fréquence est-ce que je suppose qu'elle est hétérosexuelle? Quelles valeurs et croyances sous-tendent cette hypothèse?

- Quelle est ma première réaction lorsque je vois un couple non hétérosexuel exprimer de l'affection physique? Quelle est ma première réaction lorsque je vois un couple hétérosexuel exprimer de l'affection physique?
- Si mon enfant faisait son *coming out*, quelle serait ma première réaction?

Réflexions personnelles pour explorer le privilège hétérosexuel et cisgenre

- Comment mon identité cisgenre ou mes relations hétérosexuelles ont-elles été encouragées, récompensées, reconnues et soutenues par mes proches et la société?
- Lorsque j'étais enfant, de quelle façon m'encourageait-on à jouer selon les normes hétérosexuelles ou cisgenres?
- Ai-je déjà eu à remettre en question mon hétérosexualité ou mon identité cisgenre? Un membre de ma famille, un ami ou un collègue a-t-il ou elle déjà remis en question mon hétérosexualité ou mon identité cisgenre?
- Ai-je déjà eu à défendre mon hétérosexualité ou mon identité de genre afin de me faire accepter par mes pairs ou collègues?
- Ai-je déjà craint de perdre mon emploi à cause de mon hétérosexualité ou de mon identité cisgenre?
- Me suis-je déjà demandé pourquoi je suis hétérosexuel/hétérosexuelle ou cisgenre?
- Est-ce qu'on m'a déjà demandé de changer d'orientation sexuelle ou d'identité cisgenre?
- Ai-je déjà craint d'être exclu/exclue d'une organisation spirituelle, religieuse, civile ou sociale en raison de mon hétérosexualité ou de mon identité cisgenre?
- Ai-je déjà craint qu'un ou une professionnel/professionnelle de la santé refuse de me voir en raison de mon hétérosexualité ou de mon identité cisgenre?
- Ai-je déjà craint que si je suivais une psychothérapie, mon thérapeute essaie de changer mon hétérosexualité ou mon identité cisgenre?
- Ai-je déjà eu peur d'être « dénoncé/dénoncée » en tant qu'hétérosexuel/hétérosexuelle ou personne cisgenre?
- Ai-je déjà craint que mes réussites professionnelles soient diminués en raison de mon hétérosexualité ou mon identité cisgenre?
- Ai-je déjà craint de subir des violences physiques uniquement en raison de mon hétérosexualité ou mon identité cisgenre?
- Est-ce qu'on a déjà pensé que des enfants pourraient ne pas être en sécurité en ma présence sur la seule base de mon hétérosexualité ou mon identité cisgenre?

Réflexions personnelles pour explorer l'identité hétérosexuelle

- Comment est-ce que je décris mon identité sexuelle et de genre? Comment est-ce que je m'explique que je m'identifie comme hétérosexuel/hétérosexuelle ou cisgenre?
- Pourquoi est-ce que je m'identifie comme hétérosexuel/hétérosexuelle ou cisgenre?
- Quel rôle mon identité sexuelle et de genre joue-t-elle dans qui je suis en tant que personne?
- Quels facteurs ont été les plus importants ou les plus influents dans le développement de mon identité hétérosexuelle et de genre?

- Quelles croyances ou normes sociétales ont influencé le développement de mon identité hétérosexuelle ou cisgenre?
- Quelles croyances spirituelles ou religieuses ont influencé le développement de mon identité hétérosexuelle ou cisgenre?
- Quelles croyances ou normes familiales ont influencé le développement de mon identité hétérosexuelle ou cisgenre?
- Quand ai-je vécu ma première attirance envers le sexe opposé? Quel sens ai-je attribué à cette attraction? Si je ressentais cette attirance comme naturelle ou normative, d'où viennent ces croyances?
- Ai-je déjà ressenti une attirance envers une personne du même sexe? Si oui, quel sens ai-je donné à ces attractions? Sinon, comment est-ce que je m'explique ne pas avoir ressenti d'attractions pour des personnes du même sexe?
- Est-ce que je considère ma propre orientation sexuelle et mon identité de genre comme un facteur stable de mon identité ou comme fluides et changeantes? Pourquoi?
- Est-ce que je considère mon orientation sexuelle et mon identité de genre comme existant sur un continuum ou de façon binaire (soit je suis hétéro, soit je suis homo, ou soit je m'identifie au genre masculin, soit je m'identifie au genre féminin?) Pourquoi?
- Comment mon identité hétérosexuelle ou cisgenre influence-t-elle la façon dont je perçois une personne qui s'identifie en tant qu'individu LGBTQ+?
- Comment mon identité hétérosexuelle ou cisgenre influence la façon dont je pratique la psychothérapie avec tous les patients et patientes (quelle que soit leur orientation sexuelle ou leur identité de genre)?

(Adaptés de McGeorge et Stone Carlson, 2011)

2. Reconnaître les microagressions en thérapie et favoriser des expériences correctrices.

Même en faisant de son mieux, il est quasiment inévitable que des comportements ou des remarques pouvant constituer des microagressions surviennent pendant la thérapie. Il est également normal que l'on ressente des émotions de honte ou de culpabilité lorsque de telles situations surviennent. Il est essentiel de rappeler que la plupart des microagressions ne sont pas intentionnelles et ne reflètent pas de mauvaises valeurs ou intentions personnelles. Elles résultent souvent de l'influence de forces systémiques qui nous affectent tous (Spengler et al., 2016). Des exemples de microagressions qui peuvent se produire en thérapie sont fournis en annexe. Lorsqu'on repère une microagression, il est essentiel d'opter pour une approche transparente, curieuse et non défensive. Puisqu'elles peuvent sembler non préjudiciables, les microagressions sont souvent suivies d'explications visant à les minimiser, telles que « Ce n'est pas ce que je voulais dire » ou « Vous interprétez mal ce que je viens de dire » (Shelton et Delgado-Romero, 2011). Il est recommandé de prendre l'initiative de nommer les microagressions suspectées, car il est probable que le patient ou la patiente ne les mentionne pas spontanément, par crainte de déplaire ou dans le but de préserver l'alliance thérapeutique. Le rôle des thérapeutes consiste à intervenir pour explorer les émotions qui peuvent surgir dans de telles situations (Spengler et al., 2016). La validation du vécu affectif offre une occasion d'expérience émotionnelle correctrice. Les processus de rupture et de réparations peuvent être bénéfiques tant pour le renforcement de l'alliance thérapeutique que pour la psychothérapie en elle-même (Safran et al., 2011). Ils permettent aussi d'établir des liens entre les situations vécues à l'extérieur de la thérapie et celles qui se produisent dans la relation thérapeutique. Voici un exemple d'amorce d'intervention.

« Nous avons évoqué les microagressions survenant dans le monde extérieur. Je me demande si j'ai pu moi-même agir ou dire des choses qui pourraient être considérées comme des microagressions. J'aimerais explorer cette possibilité avec vous. » (Spengler et al., 2016)

3. **Adopter un langage affirmatif.** En thérapie, il est crucial d'adopter un langage inclusif pour respecter les identités sexuelles et de genre de chaque personne. Lorsque ces identités nous sont méconnues, il est préférable d'utiliser autant que possible un vocabulaire non genré (p.ex., « êtes-vous en couple ? » plutôt qu'« avez-vous une conjointe ? », ou « êtes-vous une personne généreuse ? » plutôt qu'« êtes-vous généreux ? ».) L'utilisation d'un langage neutre est recommandée même lorsque l'identité de genre ou l'orientation sexuelle peut paraître évidente. La présentation ou l'expression du genre peut parfois être différente de l'identité de genre. Il est possible qu'une personne qui s'habille de manière traditionnellement associée à une expression féminine utilise des pronoms masculins ou neutres. Une femme en couple avec une autre femme ne se déclare pas automatiquement lesbienne ; elle pourrait soit s'identifier comme bisexuelle ou pansexuelle, par exemple. L'une des méthodes les plus efficaces pour réduire les risques d'erreurs consiste à adopter le vocabulaire employé par l'individu lui-même. Il est également conseillé de poser directement des questions à la personne concernant son prénom, ses pronoms et les accords de genre qu'elle utilise. Bien qu'il soit attendu que des erreurs surviennent durant le suivi, il est important de garder en tête que le mégenrage (utilisation incorrecte du genre) et l'utilisation du morinom (*deadname* en anglais, soit le prénom donné à la naissance, mais dont la personne ne souhaite plus utiliser pour se désigner) sont des erreurs cliniques. Il est souhaitable de les reconnaître et de s'y intéresser lorsqu'elles surviennent (Heck et al., 2012; Pachankis et Goldfried, 2013; Feugé et al., 2018; Moradi et Budge, 2018).

Voici un exemple d'intervention pouvant être utilisée en séance:

« Je tiens à vous assurer que je ferai de mon mieux pour respecter vos préférences d'appellation. Si elles évoluent au cours de notre travail ensemble, n'hésitez pas à m'en informer. Parfois, je peux faire des erreurs, et si cela se produit, j'espère que nous pourrions utiliser cette situation comme sujet de discussion. » (Heck et al., 2013).

4. **Créer un environnement affirmatif.** En plus de favoriser des attitudes et des comportements inclusifs en thérapie, il est conseillé que l'environnement physique où se déroule la psychothérapie témoigne d'une ouverture envers la diversité des identités de genre et des orientations sexuelles, et qu'il manifeste des signes d'ouverture et de célébration de cette

diversité (Heck et al., 2013; McGeorge et Stone Carlson, 2011; Berke et al., 2016; Moradi et Budge, 2018; Austin et al., 2018; Brewster et al., 2019). Voici des exemples:

- Affichage de matériel de sensibilisation LGBTQ+: affiches, autocollants, dépliants d'informations ou cartes d'organismes communautaires locaux, etc. Certains organismes offrent d'ailleurs gratuitement du matériel de sensibilisation disponible sur leur site internet (p.ex., Fondation Émergence et Interligne).
- Ajout dans la bibliothèque de livres traitant de la psychothérapie affirmative ou d'autres aspects des réalités LGBTQ+.
- Indications sur le site internet de la clinique ou du milieu de soins que l'on adopte une approche inclusive.
- Indication des pronoms des professionnels et professionnelles et des autres membres du personnel sur les cartes d'identité, les signatures de courriel, les porte-noms, etc.
- Adaptation du matériel clinique (questionnaires, outils, modules de thérapie de groupe, etc.) et administratif (dossiers) pour inclure les réalités LGBTQ+. Les questionnaires doivent être révisés afin de ne pas inclure de questions hétérocisnormatives. Des exemples de questions inclusives à inclure dans un formulaire d'inscription se trouvent en annexe.
- Lorsque les installations le permettent, il est fortement recommandé d'offrir un espace de toilettes non genrées.

Développer des connaissances précises sur les expériences et la diversité des personnes LGBTQ+

1. Recherche active de circonstances opportunes visant à enrichir la compréhension des expériences LGBTQ+. Il n'est pas impératif de détenir une connaissance exhaustive de la diversité sexuelle et des multiples identités de genre pour être en mesure d'offrir des soins psychothérapeutiques adéquats auprès des personnes LGBTQ+. Toutefois, il est important d'être minimalement informé de certains aspects phares des contextes culturels et psychologiques les concernant. La recherche de connaissances doit être dynamique et s'actualiser ponctuellement puisque les enjeux LGBTQ+ sont en constante mouvance (Berke et al., 2016; Rider et al., 2019).

- Il est également important d'avoir une compréhension de l'historique local de marginalisation des personnes LGBTQ+ dans le domaine de la psychothérapie. Une connaissance des problématiques actuelles, qu'elles soient législatives, sociétales ou liées aux politiques en vigueur, est essentielle pour évaluer de manière plus précise les influences environnementales qui peuvent impacter la vie des patients et patientes (Puckett et Levitt, 2016; Moradi et Budge, 2018).
- Il est recommandé de développer une aisance avec le vocabulaire de base utilisé pour décrire les identités sexuelles et de genre, ainsi que de maîtriser le langage inclusif. Bien qu'il soit approprié de demander des clarifications sur certains termes en thérapie, il est préférable de ne pas toujours compter sur les patients et les patientes pour fournir des explications sur le lexique (Heck et al., 2013).
- Se familiariser avec les ressources locales de la communauté et les services cliniques spécialisés dans les domaines de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Ces

spécialistes, intervenants et intervenantes peuvent être des partenaires précieux, que ce soit pour obtenir des conseils en cas de doutes ou pour orienter les personnes vers les ressources appropriées (Brewster et al., 2019; Rider et al., 2019; Dickey et Singh, 2020). Certaines de ces ressources sont fournies à la fin de ce guide.

- Rechercher des formations ou des congrès spécifiques aux approches affirmatives en psychothérapie auprès des personnes LGBTQ+.

Des associations positives sont rapportées entre le sentiment d'auto-efficacité des thérapeutes et le nombre d'heures de formation, le nombre de cours sur les questions LGBTQ+ ainsi que le nombre d'individus LGBTQ+ pris en charge en traitement (Dillon et Worthington, 2003; O'Shaughnessy et Spokane, 2012; Alessi et al., 2015). Des études qualitatives supportent également le niveau de connaissance des thérapeutes est une qualité recherchée par les personnes LGBTQ+, tout comme la perception d'un niveau de confort et la capacité à aborder ces sujets de manière flexible (Burckell et Goldfried, 2006; Pixton, 2003; Quiñones et al., 2015).

2. **Rechercher des occasions d'être en contact avec des personnes appartenant aux diversités sexuelles et de genres.** La littérature sur les biais hétérocisnormatifs soutient que le développement de relations personnelles avec des individus LGBTQ+ est essentiel (Ellis et al., 2020; Burckell et Goldfried, 2006). Les thérapeutes pratiquant l'approche affirmative cherchent activement à développer leurs relations en dehors de leur cadre professionnel, que ce soit avec des mentors, des amis, des membres de la famille ou des collègues. L'humanisation des réalités LGBTQ+ contribue à améliorer la compétence culturelle. Plus précisément, les individus hétérosexuels qui entretiennent des relations avec des personnes LGBTQ+ tendent à adopter des attitudes plus favorables à leur égard (Herek et Glunt, 1993). Les expériences personnelles avec des personnes trans et non binaires semblent être un meilleur prédicteur de la compétence culturelle que le niveau de formation spécifique axé sur la diversité de genre (O'Hara et al., 2013).

Intégrer les connaissances spécifiques sur les expériences et la diversité des personnes LGBTQ+ dans les actions thérapeutiques

1. **Intégrer une évaluation et des interventions touchant le stress minoritaire.** Les thérapeutes affirmatifs doivent reconnaître que les symptômes présentés par les patients et patientes LGBTQ+ sont susceptibles d'être influencés par des expériences de discrimination, de stigmatisation et d'internalisation de biais hétérocisnormatifs. Il est souvent recommandé d'intégrer des hypothèses concernant le rôle du stress minoritaire dans la formulation clinique. Lorsque l'on suspecte ces influences, il est important de les aborder ouvertement avec la personne traitée. Certains de ces effets peuvent être subtils et ne pas immédiatement sembler liés au statut de minorité, mais il est recommandé de procéder à une évaluation spécifique de l'expérience de chaque personne qui consulte.

De plus, il est important de normaliser les effets du stress minoritaire sur la santé mentale, tels que les sentiments diffus de honte, de culpabilité, la crainte du jugement négatif et l'auto-silencement. Les interventions directes visant les expériences de stress minoritaire sont généralement bien accueillies. Il est également crucial de ne pas présumer que l'homophobie est une préoccupation majeure dans la vie de tous les individus LGBTQ+. Plutôt que de demander de manière abstraite des expériences d'homophobie ou d'hétérosexisme, il est plus efficace de poser des questions concrètes sur les éventuelles conséquences, telles que :

« Est-ce que des expériences d'homophobie ont déjà eu un impact sur votre vie, votre estime de vous-même ou vos relations avec les autres ? »

Cela permet de cibler spécifiquement les répercussions de telles expériences (Tomicic et al., 2020; Quiñones et al., 2015; Bastien Charlebois, 2011; Proujansky et Pachankis, 2014; Budge et al., 2021).

2. **Soutenir la résilience.** La thérapie affirmative va au-delà de la simple identification des facteurs de stress minoritaire. Il est essentiel d'éviter d'adopter une approche qui renforcerait un rôle passif ou de victime des sources de stress. Au contraire, cette approche vise à mettre en lumière les forces et l'autonomie, dans un esprit de renforcement du pouvoir d'agir. Les thérapeutes supportent le développement de compétences de communication affirmative, notamment la capacité à exprimer ses besoins et ses désirs et à revendiquer ses droits. La construction d'une identité positive n'est pas un but thérapeutique différent du travail avec les individus hétérosexuels ou cisgenres. Cependant, la thérapie avec des personnes LGBTQ+ implique souvent un processus de transition de l'acceptation de l'identité LGBTQ+ vers une affirmation active de cette identité en tant qu'éléments sains et gratifiants de leur identité globale. Cela peut se traduire concrètement par la promotion de l'engagement social, de la créativité et du sentiment de fierté (Berke et al., 2016; Moradi et Budge, 2018; Proujansky et Pachankis, 2014; Tomicic et al., 2020).
3. **Développer des stratégies de régulation affective.** Les recherches sur le stress minoritaire suggèrent que les personnes LGBTQ+ sont susceptibles de développer des stratégies de régulation émotionnelle insuffisantes, voire préjudiciables. Comme précédemment mentionnée, la difficulté à réguler les émotions est un médiateur potentiel entre les expériences de stress minoritaire et les symptômes de dépression et d'anxiété. En thérapie, une attention particulière devrait être accordée aux interventions visant à améliorer la capacité à reconnaître et exprimer les émotions (alexithymie), à faire face aux émotions (évitement affectif) et à accroître la tolérance émotionnelle (Proujansky et Pachankis, 2014).
4. **Soutenir l'acquisition de compétences de base en relations interpersonnelles.** Les relations de soutien, qu'elles proviennent des parents ou des pairs, peuvent jouer un rôle crucial en atténuant les effets néfastes sur la santé mentale liés au stress minoritaire (Proujansky et Pachankis, 2014). La facilitation en thérapie de l'engagement et de l'enrichissement de ce type de relations permet que les gains thérapeutiques se poursuivent en dehors de la thérapie, mais se maintiennent aussi une fois qu'elle se termine. Dans le cas où la personne ne bénéficie pas déjà d'un réseau de soutien accueillant, il est possible de lui

suggérer des organismes ou des groupes qui lui permettront de se connecter avec des membres de sa communauté (Berke et al., 2016; Moradi et Budge, 2018).

5. **Ne pas présumer que tous les enjeux de santé mentale sont associés à l'identité sexuelle ou de genre.** Bien que l'appartenance à un groupe socioculturel exerce une influence significative sur la vie des personnes LGBTQ+, il est important de reconnaître qu'ils sont des individus uniques avec des expériences qui leur sont propres. Une approche holistique consiste à prendre en compte l'exploration d'autres aspects de leur identité, de leurs affiliations sociales et de leurs systèmes de valeurs, en comprenant comment ces éléments interagissent de manière distinctive pour quiconque. Il est inapproprié de considérer l'identité sexuelle ou de genre d'une personne comme une pathologie, de présumer que tous les symptômes sont exclusivement liés à cette identité, ou de supposer qu'une personne ne recherche que des soins psychologiques axés sur les aspects LGBTQ+ (Berke et al., 2016; Pixton, 2003; Quiñones et al., 2015; Heck et al., 2013; Puckett et Levitt, 2015; Pachankis et Goldfried, 2013; Moradi et Budge, 2018; dickey et Singh, 2020).

Principes particuliers aux réalités trans et non binaires

1. **Reconnaître le rôle de *gatekeeper* attribué aux cliniciens et cliniciennes et s'efforcer activement de s'en affranchir.** Le rôle des psychologues, psychiatres et médecins en tant que *gatekeepers* dans le processus de transition est largement documenté et persiste au Canada. Historiquement, il était soutenu que les spécialistes de la santé mentale étaient mieux qualifiés que les patients et patientes pour déterminer leur identité de genre et pour décider qui était « suffisamment » trans pour recevoir des soins affirmatifs. Les standards de soins actuels insistent sur la reconnaissance de l'autodétermination des patients et patientes. Le rôle des thérapeutes est davantage de fournir un soutien, une orientation et une assistance pour permettre la prise une décision éclairée, tout préparant adéquatement au processus de transition si cette voie est choisie. Même en adoptant une approche affirmative, les psychothérapeutes portent sur leurs épaules le lège du rôle de *gatekeeper* et doivent être conscients et conscientes de la dynamique de pouvoir qui peut se créer en thérapie. Pour renforcer l'alliance thérapeutique, on conseille aux thérapeutes de reconnaître ouvertement cette réalité avec les patients et patientes et de les inviter à partager leurs expériences et leurs perceptions concernant cette question (Budge, 2015; Banks, 2021; Coleman et al., 2022).
2. **Adopter un rôle de défense des droits (*advocacy*).** Les personnes trans ou celles dont le genre n'est pas socialement valorisé font souvent face à l'invalidation et à la discrimination dans divers contextes tels que l'école, le travail, les milieux de soins et la famille. Il est souhaitable que les thérapeutes deviennent des alliés ou des porte-paroles pour défendre leurs droits lorsque cela est nécessaire. Cela peut inclure la communication avec les professionnels et professionnelles de la santé, celle avec les compagnies d'assurance pour obtenir une couverture des soins liés à l'affirmation de genre, ou encore l'éducation des proches de la personne sur les enjeux de la diversité des genres.

Cependant, il est important de souligner que toute communication concernant l'identité de genre avec des tiers doit être expressément autorisée par la personne traitée, et que vous

devez protéger la confidentialité de ces informations (McCullough et al., 2017; Brewster et al., 2019).

3. **Reconnaître et valider la pluralité des expériences trans.** Il faut éviter de concevoir le parcours trans comme une progression linéaire partant de la confusion de genre ou de la dysphorie et se concluant par une transition médicale. Alors que de nombreuses personnes trans aspirent à entreprendre des changements physiques pour harmoniser leur identité de genre avec leur expression, d'autres n'en ressentent pas le besoin. Le rôle des thérapeutes consiste à collaborer avec les patients et patientes pour comprendre leurs besoins et leurs intentions. Les thérapeutes devraient également prendre connaissance des options et des démarches non médicales d'affirmation de genre, telles que le changement légal de nom ou l'utilisation de pronoms choisis, afin de soutenir la personne traitée dans son processus de transition sociale (Brewster et al., 2019; Bradford et al., 2018).
4. **Utilisation de microaffirmations.** À l'inverse des microagressions, les microaffirmations se manifestent dans les interactions sous la forme de commentaires ou de gestes qui reconnaissent et soutiennent les identités trans. Il existe un modèle théorique soutenu par la recherche qui identifie quatre postures de microaffirmations que peuvent adopter les psychothérapeutes. Il est important de noter que ces postures ne sont pas mutuellement exclusives, qu'elles ne sont pas fixes et qu'elles peuvent coexister en même temps que des microagressions (Anzani et al., 2019).
 - A. **Éviter les microagressions.** La simple absence de microagression peut apporter du réconfort à des individus qui sont souvent l'objet de perceptions négatives, dont l'identité est fréquemment remise en question, ou qui ont vécu des traitements abusifs ou des rejets de la part du système de soins.
 - B. **Reconnaître la cisnormativité.** Il s'agit de reconnaître et valider les expériences de stigmatisation et de stress minoritaire spécifiques à la personne traitée. Par exemple, il peut s'agir de reconnaître les normes rigides et binaires imposées par la société concernant les comportements et l'apparence des hommes et des femmes, admettre et s'excuser de l'utilisation du nom légal dans la documentation tout en s'engageant à utiliser correctement le prénom préféré lors des interactions, comprendre que le processus de *coming out* est un processus continu plutôt qu'un événement ponctuel, et surtout, reconnaître la résilience développée par la personne ayant fait face à la stigmatisation liée à l'identité de genre (Applegarth et Nuttall, 2016; Rider et al., 2019; Morin et al., 2020).
 - C. **Ébranler (*disrupt*) la cisnormativité.** Les psychothérapeutes assument un rôle plus actif en posant des gestes, parfois simples, mais qui défient les normes de genre cisnormatives. Cela peut comprendre des actions de défense des droits (*advocacy*) auprès d'autres professionnels et professionnels, des autres tiers impliqués et des proches. On encourage les thérapeutes à exprimer des émotions positives lors de l'atteinte des étapes importantes de la transition. Les thérapeutes peuvent aussi soutenir les patients et patientes dans l'affirmation de leur identité de genre (utilisation de pronoms et du prénom choisis, habillement, etc.) dans des environnements sécuritaires et solidaires.

D. **Accueillir l'authenticité de l'identité de genre.** Le regard positif inconditionnel constitue la pierre angulaire de l'approche affirmative auprès des personnes trans (Austin et al., 2018; Morin et al., 2020). Les thérapeutes ne remettent pas en question l'identité de genre de la personne. Ils et elles utilisent correctement les pronoms et le prénom choisis. Les thérapeutes s'efforcent de recevoir leurs patients et patientes trans en tant qu'individus entiers et normaux, qui ne se réduisent pas exclusivement à leur identité de genre. Les thérapeutes abandonnent toute perspective pathologique de l'identité de genre (par exemple, en évitant l'idée d'être « né dans le mauvais corps »). De plus, ils et elles doivent maintenir une humilité culturelle. Les thérapeutes ne présument pas « comprendre » entièrement l'expérience d'être une personne trans; ils et elles reconnaissent que la personne traitée possède une expertise expérientielle qui dépassera toujours la leur. Il ne faut jamais supposer que le parcours de toutes les personnes trans est identique. Il est recommandé d'adopter une attitude curieuse envers les personnes trans, tout en évitant les questions intrusives (par exemple, des questions sur la chirurgie de réassignation sexuelle). Si des questions plus spécifiques sont nécessaires, elles doivent être accompagnées d'explications sur leur pertinence du point de vue clinique (dickey et Singh, 2020; Banks, 2021).

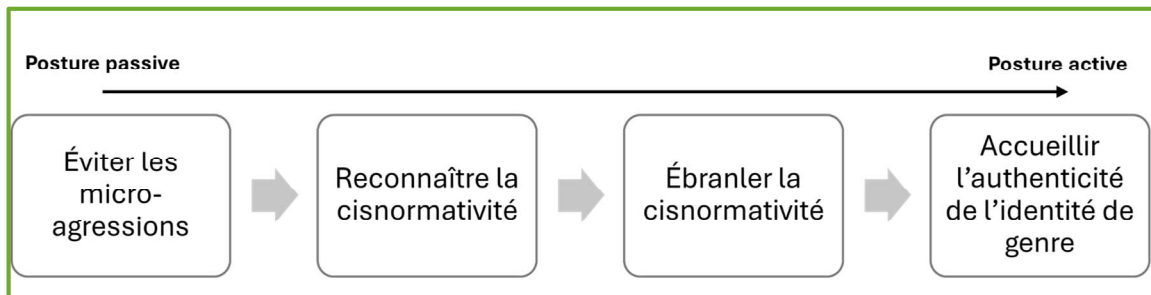


Figure 2. Continuum des microaffirmations
(Adapté de Anzani et al., 2019)

ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS POUVANT SURVENIR EN PSYCHOTHÉRAPIE

Enjeux entourant le *coming out*

Le *coming out* a généralement un impact positif sur la santé mentale et l'estime de soi, mais les conséquences peuvent être graves en l'absence de soutien ou dans un environnement hostile. Les psychothérapeutes ne doivent pas encourager le *coming out* sans évaluer avec la personne les facteurs qui influencent les motivations et les conséquences de cette démarche (Geoffroy et Chamberland, 2015; Ali et Barder, 2015; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023).

A. Exploration des motivations

- Comment la personne définit-elle son identité LGBTQ+? Quel est son niveau de confiance par rapport à cette identité?
- Quelle signification accorde-t-elle à ce dévoilement?
- Pourquoi choisir de se dévoiler à cette personne en particulier?
- Existe-t-il un élément déclencheur? Le désir de dévoilement découle-t-il d'une pression externe?

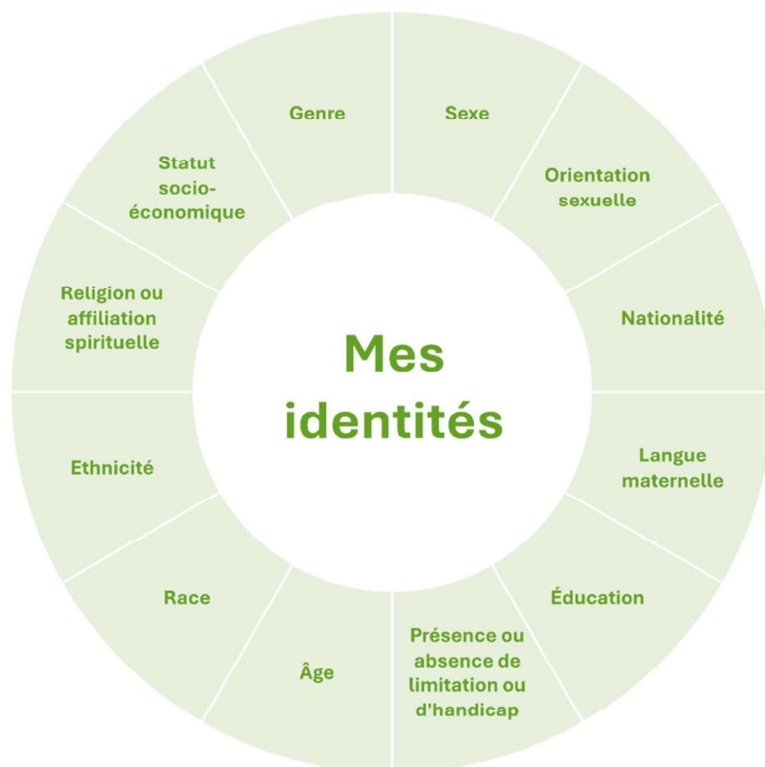
B. Exploration des conséquences

- Est-ce que la personne a déjà dévoilé son identité LGBTQ+ par le passé? Si oui, quelle a été l'expérience lors de ces précédentes révélations?
- Quelle serait la meilleure façon de faire ce dévoilement?
- Quels sont les avantages anticipés au dévoilement?
- Quelles pourraient être les conséquences négatives au dévoilement?
- Quel est le niveau d'ouverture général de l'environnement où le *coming out* aura lieu?
- Quelles sont les ressources de soutien dont la personne peut bénéficier au besoin?

Lorsque le *coming out* est abordé en thérapie, les psychothérapeutes doivent porter attention à leur propre contre-transfert, car une personne qui n'est pas prête à révéler son identité pourrait se sentir obligée de le faire pour plaire à son ou sa thérapeute (Alessi, 2014). La réaction des thérapeutes au dévoilement en thérapie est aussi déterminante. Il est conseillé de soutenir et de reconnaître le courage d'en avoir parlé. Il est important de fournir un modèle de réponse au *coming out* qui ne soit pas marqué par l'inconfort, un conflit ou de la souffrance, en particulier pour ceux et celles qui ont vécu des expériences invalidantes ou qui n'ont pas révélé leur identité dans leur vie quotidienne (Cerbone, 2020; Lingiardi et al., 2015).

Comment interroger l'identité?

Afin de solliciter les autodescriptions, il est préférable d'utiliser des questionnements ouverts. Une question comme « quels sont les aspects les plus importants de qui vous êtes » peut amorcer une conversation sur leur identité. Une fois que l'on a donné l'occasion à la personne traitée de s'exprimer sur ce sujet, nous pouvons ensuite poser des questions plus ciblées si nécessaire, comme « Avez-vous des préférences concernant les termes ou les identités que vous aimeriez utiliser pour décrire votre orientation sexuelle ou romantique? » Certains individus peuvent également choisir de ne pas s'identifier avec des termes spécifiques, ce qui représente également une forme d'autodétermination en matière d'identité (Moradi et Budge, 2018). Si la modalité psychothérapeutique s'y prête, l'utilisation d'outils pratiques peut aussi faciliter les réflexions du patient concernant son identité. L'exercice de la roue des identités (*cultural identity wheel*) permet au patient ou à la patiente de mettre sur papier les franges de son identité qui le ou la définissent. Les questions spécifiques permettent d'ouvrir sur des réflexions en psychothérapie. En questionnant quelles identités ont le plus d'impact sur les perceptions de soi, les thérapeutes peuvent identifier s'il y a des signes d'homophobie ou de transphobie internalisée ou ouvrir sur des expériences antérieures de stigmatisation (Martell, 2022).



1. À quels aspects de votre identité pensez-vous le plus souvent?	
2. À quels aspects de votre identité pensez-vous le moins souvent?	
3. Quels aspects de votre identité souhaiteriez-vous mieux connaître?	
4. Quels aspects de votre identité ont le plus d'impact sur la façon dont vous vous percevez?	
5. Quels aspects de votre identité ont le plus grand impact sur la façon dont les autres vous perçoivent?	

Figure 3. Roue des identités
(Adapté de Martell, 2022)

Dévoilement des psychothérapeutes

La plupart des grandes modalités psychothérapeutiques recommandent aux psychothérapeutes de restreindre la divulgation d'informations personnelles aux patients et patientes. Le dévoilement est un sujet délicat et peu étudié de manière empirique en ce qui concerne ses impacts sur le processus thérapeutique. (Henretty et Levitt, 2010)

Dans le cadre de l'approche affirmative, certains théoriciens et théoriciennes estiment que les psychothérapeutes devraient révéler leur orientation sexuelle ou leur identité de genre en début de thérapie si elle est centrée sur des enjeux associés. Ceux et celles qui défendent cette approche argumentent que cela est indispensable pour instaurer une véritable relation thérapeutique et renforcer l'alliance. Plusieurs soutiennent que le fait de ne pas dévoiler son orientation sexuelle ou son identité de genre pourrait être dommageable chez les patients et patientes. Il serait erroné de présumer que les thérapeutes n'émettent aucun signe révélateur de leur vie personnelle, même sans divulgation explicite. Parfois, des signes subtils peuvent éveiller des interrogations chez la personne traitée. La combinaison d'indices implicites et de dissimulation peut provoquer une dissonance cognitive chez elle, qui peut se demander pourquoi son ou sa thérapeute l'encourage à affirmer son identité et à se libérer des biais hétérocisnormatifs tout en cachant une partie de la sienne. Dans le même ordre d'idées, un dévoilement trop tardif durant la thérapie pourrait être perçu comme un bris de confiance (Manian, 2021; Alessi et al., 2019; Drescher et Fadus, 2020; Lingardi et Nardelli, 2019; Tomicic et al., 2020).

Certaines études soutiennent que les thérapeutes qui dévoilent leurs identités sexuelles ou de genre sont perçus plus positivement, développent une meilleure alliance thérapeute et paraissent plus dignes de confiance auprès des personnes qu'ils et elles accompagnent. Les conclusions sont en général cohérentes, quelle que soit l'orientation sexuelle des individus traités. Il conviendrait de s'interroger si les bénéfices rapportés émanent spécifiquement de la révélation de l'identité sexuelle ou de genre, ou s'ils découlent plutôt de l'humanisation de la relation thérapeutique par le partage d'informations personnelles. Les patients et patientes pourraient aussi être à la recherche de confirmer si leur thérapeute détient un minimum de compétence culturelle (Kronner, 2012; Manian, 2021; Quiñones et al., 2015).

Les guides de pratique plus nuancés recommandent que la décision de dévoiler une partie de son identité repose sur une réflexion et un jugement clinique de la part des thérapeutes (Heck et al., 2013). Lorsqu'il est envisagé, il est important de s'interroger sur l'objectif thérapeutique d'un tel dévoilement. Cette divulgation peut-elle être favorable pour l'alliance ou appartient-elle à un besoin qui nous appartient? Il convient également de se questionner sur les raisons qui motivent le choix de ne pas divulguer cette information. Pourraient-elles en partie reposer sur des biais hétérocisnormatifs, des enjeux non résolus de honte, une peur du jugement ou un besoin d'autoprotection (Lingardi et Nardelli, 2019; Moore et Jenkins, 2012)?

Il est pertinent de se préparer au cas où un patient ou une patiente pourrait poser directement des questions concernant notre identité sexuelle ou de genre. Il peut arriver que ces questions surviennent au premier contact, même avant la première séance. Alors que certaines personnes préfèrent avoir un ou une thérapeute appartenant à la communauté LGBTQ+, d'autres posent cette question pour s'assurer que leur thérapeute est authentique et capable d'ouverture. Si le ou la psychothérapeute choisit de ne pas révéler son identité à ce moment-là, une réponse potentielle pourrait être la suivante :

« En général, je ne partage pas d'informations sur mon orientation sexuelle avec les clients potentiels par téléphone, mais il est important de noter que je soutiens et célèbre toutes les formes de diversité, y compris celles de la communauté LGBTQ+. Nous pourrions en discuter lors de notre première séance si vous le souhaitez, ou je serais également heureux de vous orienter vers d'autres thérapeutes si cela vous convient. » (Heck et al., 2013)

Être un ou une thérapeute hétéro et cis, un problème?

Les études soutiennent qu'il est possible de pratiquer l'approche affirmative de façon tout aussi efficace, peu importe l'identité du ou de la psychothérapeute. L'authenticité, la sensibilité, l'empathie et la capacité d'engager une alliance thérapeutique forte demeurent des facteurs centraux pour la perception des patients et patientes et le maintien de la thérapie (Kelley, 2015; Burckell et Goldfried, 2006; Pixton, 2003; Alessi et al., 2019). Les résultats de certaines études suggèrent que les individus LGBTQ+ évaluent parfois les thérapeutes appartenant aux minorités sexuelles et de genre comme plus aidants et aidantes, mais qu'il ne s'agit pas d'un critère nécessaire pour l'alliance ou le travail psychothérapeutique (Kelley, 2015; Quiñones, 2015). D'un côté, un ou une thérapeute LGBTQ+ pourrait être utile en offrant un modèle de rôle positif à une personne également LGBTQ+. De l'autre, il peut être réparateur pour une personne LGBTQ+ de faire l'expérience d'une relation significative et affirmative avec un individu appartenant au groupe majoritaire (Pixton, 2003). Les thérapeutes dont les identités sexuelles ou de genre sont valorisées socialement doivent toutefois garder en tête que le décalage de pouvoir dans la relation thérapeutique soit encore plus prononcé dans une dyade impliquant un patient ou une patiente LGBTQ+ (Bastien Charlebois, 2011).

APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE COGNITIVOCORPORTEMENTALE (TCC)

La recherche en psychothérapie cognitivocomportementale affirmative permet de définir des interventions thérapeutiques concrètes, qui s'ajoutent aux principes généraux. Les adaptations de la TCC permettent d'aborder et de travailler directement les composantes cognitives, affectives et comportementales associées au stress minoritaire. Les techniques comme la restructuration cognitive, l'activation comportementale, l'exposition et les stratégies de régulation affective contribuent à renforcer la résilience et à améliorer les compétences de gestion du stress.

Selon Goldblum et al (2017), la thérapie cognitivocomportementale est particulièrement utile pour travailler avec les populations LGBTQ+, car :

1. La TCC est reconnue efficace pour le traitement des troubles mentaux prévalents chez ces populations (dépression, troubles anxieux, trouble d'usage de substances, état de stress post-traumatique).
2. Elle met l'accent sur la collaboration entre les patients, les patientes et les thérapeutes et requiert la participation active de la personne traitée pour l'établissement et l'atteinte des objectifs ce qui favorise l'*empowerment*.
3. Elle est appropriée pour des contextes multiculturels, car elle inclut le contexte social et environnemental dans la conceptualisation du cas.
4. Les approches cognitives peuvent cibler l'homophobie internalisée et modifier les schémas négatifs en schémas affirmatifs et les approches comportementales incluent l'instruction directe et la pratique de stratégies d'adaptation qui peuvent aider à faire face aux préjugés sociaux et à la stigmatisation.
5. Il s'agit d'une approche sans jugement qui est appropriée pour le travail avec cette population victime de stigmatisation.

Selon Burger et Pachankis (2024), elle permet d'identifier la source de détresse dans les structures sociales plutôt que les défauts personnels ce qui est approprié à l'attitude affirmative requise pour la thérapie avec les individus des minorités sexuelles et de genre.

Des modèles protocolisés de TCC affirmative ont aussi été développés dans les dernières années. Le modèle ESTEEM (Effective Skills to Empower Effective Men) est l'un de ces protocoles de traitement les plus étudiés. Il est conçu sur la base des principes du « Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders » (Farchione et al., 2012), soit un protocole de thérapie cognitivocomportementale transdiagnostique ciblant les symptômes liés au stress en intégrant diverses techniques telles que l'entretien motivationnel, la pleine conscience, l'exposition intéroceptive et situationnelle, etc. Le modèle ESTEEM s'adressait initialement aux hommes homosexuels ou bisexuels et visait la réduction de la souffrance et des stratégies d'adaptation inadéquates résultant du stress minoritaire. Depuis sa création, des variantes du modèle ont été conçues pour permettre son utilisation auprès d'une population plus diversifiée (p.ex, femmes, personnes trans ou non binaires). Les données empiriques actuelles suggèrent que cette approche thérapeutique pourrait contribuer à la réduction des symptômes anxieux et dépressifs, de la consommation de substances, de certains facteurs de stress minoritaire, ainsi que des comportements sexuels à risque (Pachankis et al., 2015; Pachankis et al., 2022; Pachankis et al., 2020).

AFFIRM est une intervention conçue pour les jeunes LGBTQ+. C'est un groupe de 8 séances de TCC affirmative manualisée. Le protocole met l'accent sur les principes de la TCC tout en répondant aux besoins spécifiques de développement des jeunes gais et lesbiennes qui doivent faire face à un stress quotidien lié à leur appartenance à une minorité. AFFIRM permet aux jeunes LGBTQ+ d'être plus conscients, d'aborder et de modifier les pensées (auto-observation, identification des risques), les émotions (reconnaissance du lien entre les pensées et les émotions) et le comportement (identification des forces et des stratégies d'adaptation). Les jeunes apprennent à mieux comprendre les sources de stress liées à leur appartenance à une minorité (par exemple, les messages véhiculés par les médias, le rejet de la famille, l'intimidation à l'école) et apprennent une variété de stratégies cognitives et comportementales pour désapprendre, réévaluer les messages et les croyances stigmatisants. Dans une étude clinique avec un groupe contrôle (liste d'attente), on note, chez les individus qui complètent le groupe AFFIRM, une diminution significative des symptômes dépressifs, une augmentation de l'espoir et de stratégies d'adaptation par l'utilisation de soutien émotionnel, instrumental et par la réflexion, le recadrage positif, l'humour, la planification, la diminution du stress perçu comme une menace et l'augmentation du stress perçu comme un défi, de l'impression d'avoir les ressources pour gérer le stress (Craig et al., 2021).

Actuellement, de nombreux autres adaptations et protocoles de la thérapie cognitivocomportementale affirmative sont en développement et font l'objet d'études. Il est fort probable que ces approches deviennent plus largement reconnues et appuyées par des données empiriques au cours des prochaines années (Craig et al., 2021; Craig et al., 2021; Lange, 2020; Rutherford et al., 2012). Les principes suivants s'inspirent des modèles ESTEEM et AFFIRM, mais également de ces autres adaptations.

Interventions cognitives

Éducation psychologique. Les thérapeutes assument un rôle essentiel d'éducation psychologique, notamment en début de thérapie, conformément à la plupart des protocoles de la TCC. Outre l'enseignement des principes théoriques sous-tendant les approches cognitivocomportementales et les techniques qui en découlent, ils et elles doivent également guider leur patientèle dans l'acquisition de connaissances relatives aux aspects psychologiques spécifiques liés à l'expérience de stress minoritaire. Les thérapeutes sont amenés à expliquer que l'expérience de la stigmatisation facilite l'apparition d'opérations de sécurité préjudiciables, qui mettent les personnes LGBTQ+ à risque de développer des symptômes de troubles mentaux. On doit insister sur le fait que l'identité LGBTQ+ en soi n'est pas pathologique, mais que le fait de vivre dans un contexte culturel teinté par l'hétérocissexisme peut générer de la souffrance. Les thérapeutes abordent aussi les concepts de microagressions et de préjugés internalisés. Finalement, on veille à susciter chez la personne traitée un désir de s'activer et son pouvoir d'action sur sa situation et ses symptômes, pour éviter une position de passivité ou de résignation (Austin et al., 2018; Burton et al., 2019).

Restructuration cognitive. L'objectif est de diminuer l'intensité des croyances fondamentales négatives et de les remplacer par de nouvelles croyances plus adaptées. Les techniques de restructuration cognitive demeurent les mêmes qu'en TCC classique (questionnement socratique, flèche descendante, balance des probabilités, expériences comportementales, etc.). Cependant, l'application de la restructuration cognitive en thérapie affirmative présente certaines spécificités.

Les cognitions négatives sont souvent profondément enracinées dans des expériences de stress minoritaire qui ont débuté tôt dans le développement et qui perdurent. Lorsque l'on met en œuvre ces techniques de restructuration cognitive, il peut être difficile d'amener le patient ou la patiente à explorer et identifier des preuves contraires aux pensées négatives, en particulier lorsque le climat social véhicule des messages discriminatoires ou haineux. Cela est particulièrement vrai pour les personnes trans et non binaires.

Il est essentiel de reconnaître que les biais cognitifs avaient une utilité adaptative lorsqu'ils sont apparus, mais qu'ils peuvent désormais causer de la souffrance. En outre, il faut reconnaître que certains biais cognitifs peuvent encore avoir une utilité dans certaines situations. Par exemple, l'hypervigilance peut aider à se protéger dans un environnement hostile au travail ou au sein de la famille. Il est important d'aborder ces sujets en thérapie, de les reconnaître et de nommer l'injustice plutôt que d'encourager des comportements qui pourraient mettre la personne traitée en danger de discrimination ou de violence. Parfois, les patients et les patientes rapportent des expériences de discrimination bien réelles. Dans de tels cas, il est important d'éviter l'utilisation de techniques visant à minimiser ou à universaliser ces expériences, ou à rechercher des explications alternatives. Il est préférable d'attribuer les comportements stigmatisants à l'autre personne et à son ignorance, de reconnaître et de valider les émotions, d'offrir un soutien et de mettre en lumière les forces (Austin et al., 2018; Burton et al., 2019; Martell, 2022).

Tableau d'enregistrement des pensées automatiques et alternatives

Situation	Pensée	Faits qui soutiennent la pensée automatique	Faits qui contredisent la pensée automatique	Pensée alternative
J'ai vu un politicien à la télévision condamnant les homosexuels (Burton et al., 2019)	Je dois travailler encore plus dur pour montrer aux homophobes que je suis aussi bon qu'eux, sinon meilleur.	Certaines personnes ont des préjugés contre les homosexuels et pourraient me juger injustement.	Beaucoup de gens ne partagent pas ces préjugés et m'apprécient pour ce que je suis.	Même si certaines personnes ne m'acceptent pas parce que je suis homosexuel, d'autres m'acceptent tel que je suis.

Mon rendez-vous de ce soir a été reporté	Il ne m'aime pas parce que je lui ai dit que j'étais bisexuel lors de notre dernier rendez-vous.	Il semblait un peu distant après que j'ai mentionné ma bisexualité.	Il pourrait avoir des raisons légitimes de reporter, comme des engagements professionnels. Il a accepté de reprogrammer, ce qui signifie qu'il est toujours intéressé.	Il est possible qu'il ait dû reporter pour des raisons sans rapport avec moi, et il est toujours intéressé puisqu'il a accepté un autre rendez-vous.
Un collègue « extravagant » parle de son week-end (Burton et al., 2019)	Il est tellement flamboyant, féminin et agaçant. Les gens vont penser que je suis comme ça aussi. Les gens détestent les homosexuels à cause des gars flamboyants.	Certaines personnes jugent tous les homosexuels en se basant sur le comportement de certains individus.	Tout le monde ne partage pas ces comportements. Beaucoup de gens comprennent et acceptent la diversité au sein de la communauté LGBTQ+. Mon propre comportement et caractère définissent la façon dont les autres me perçoivent, pas celui des autres.	Il exprime simplement qui il est. Je veux aussi être accepté pour ce que je suis. Les autres ont le droit de s'exprimer comme ils le souhaitent, et cela n'affecte pas la façon dont les gens me voient.

« Il n'y a pas de place pour les personnes non binaires dans ce monde »; « Je ne serai jamais une "vraie" femme »; « Être trans a fait de moi une déception pour tout le monde dans ma vie » (Austin et al., 2018)	Je suis une déception pour ma famille et mes amis à cause de mon identité.	Certaines personnes peuvent ne pas comprendre ou accepter les personnes non binaires et trans.	Dans l'organisme communautaire que je fréquente, mon point de vue est valorisé et sollicité, car il est unique. Mon partenaire me trouve belle telle que je suis. Mon meilleur ami et ma sœur sont incroyablement fiers de ma force et de mon courage.	J'ai des endroits où je suis valorisé et aimé pour ce que je suis. Mon identité est valide et il y a des personnes qui voient ma force et mon courage. Être fidèle à moi-même est important et apprécié par ceux qui comptent pour moi.
---	---	---	---	--

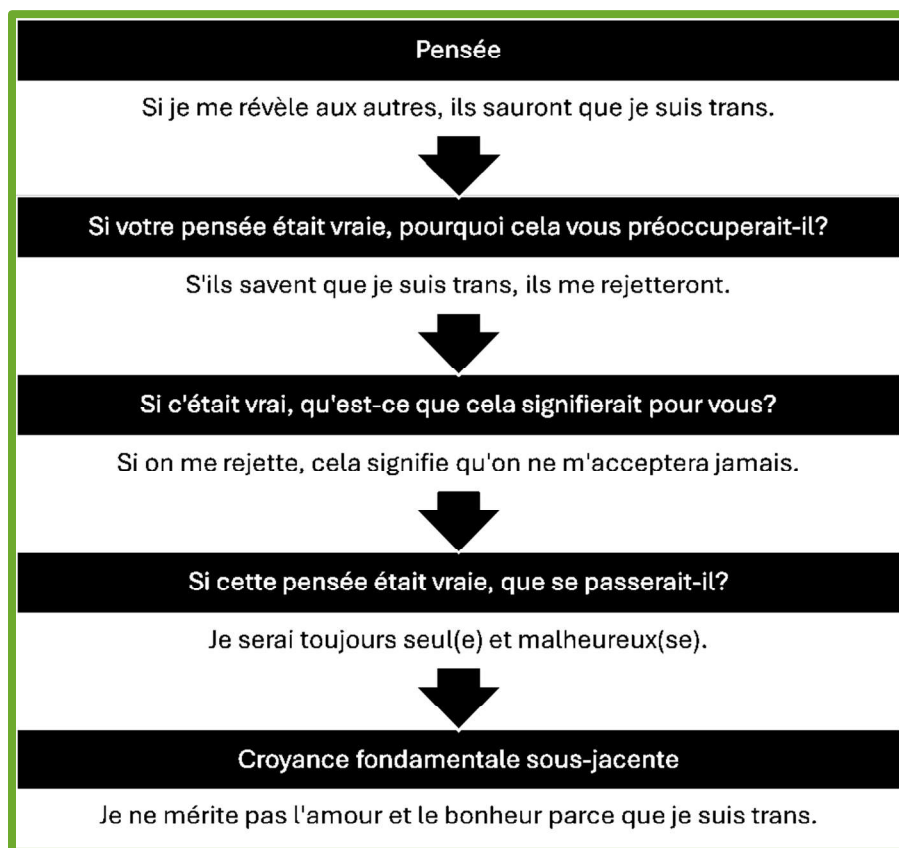


Figure 4. Exemple de la flèche descendante

(Adapté de Austin et al, 2017)

Répondre positivement à la discrimination à l'égard de personnes trans		
Exemples de situations	Stratégies de réponse à éviter	Stratégies de réponse à adopter
Un patient rapporte que les gens le regardaient et riaient au magasin.	Universaliser les expériences de discrimination: « Il arrive à tout le monde d'être parfois dévisagé »	Reconnaître et valider les émotions : « Ça doit être difficile d'être l'objet de regards moqueurs alors que vous essayez simplement de faire vos achats »
Une patiente rapporte qu'une fois qu'elle a commencé à s'affirmer en tant que femme au travail, on lui a dit d'utiliser les toilettes privées des ressources humaines (dans un bâtiment séparé) plutôt que celles pour femmes avec plusieurs cabines dans son propre immeuble de bureaux.	Minimiser les conséquences d'un comportement discriminatoire : « C'est peut-être une bonne chose, car vous pouvez utiliser des toilettes plus propres et plus privées »	Reconnaître et prendre en compte les répercussions émotionnelles d'un traitement discriminatoire : « Je peux imaginer à quel point vous vous sentez isolée et mise à l'écart en étant la seule à ne pas pouvoir utiliser les toilettes dans votre propre bâtiment. Comment avez-vous géré cette situation? »

(Adapté de Austin et al, 2017)

Interventions comportementales

La réduction de l'évitement est fréquemment proposée comme l'un des objectifs thérapeutiques prioritaires avec des individus LGBTQ+. L'évitement est une réponse adaptative pouvant se manifester chez les personnes vivant de la stigmatisation, pour se protéger des expériences potentiellement menaçantes et souffrantes, comme le rejet, la discrimination ou la violence. Cette protection peut se présenter sous différentes formes, notamment l'évitement des relations amoureuses ou des interactions avec des personnes hétérosexuelles ou cisgenres, la réticence émotionnelle ou le détachement affectif, ainsi que la tendance à éviter d'aborder les préoccupations et les enjeux liés à l'identité LGBTQ+. De plus, elle peut se traduire par des comportements visant à obtenir l'approbation des autres pour éviter le rejet, tels que le perfectionnisme ou la réticence à s'exprimer. L'exposition et l'activation comportementale sont des techniques classiques de la TCC qui peuvent être utilisées en psychothérapie affirmative. Une considération importante est de veiller à ne pas pousser la personne à s'exposer à des situations potentiellement préjudiciables, comme révéler ouvertement son orientation sexuelle dans un environnement hostile.

Activation comportementale. Les techniques d'activation comportementale visent à réduire les comportements d'évitement qui génèrent la souffrance en sollicitant l'engagement actif dans des activités positives et gratifiantes. En thérapie affirmative, l'activation comportementale met particulièrement l'accent sur des activités favorisant l'affirmation de l'identité minoritaire, le développement d'un réseau social de soutien et l'établissement de liens au sein de la communauté. On encourage les thérapeutes à collaborer avec leur patientèle dans l'élaboration d'une liste d'activités affirmatives à intégrer dans leur emploi du temps hebdomadaire. La connaissance des ressources locales ou des organisations peut faciliter cette démarche (voir la section Ressources à la fin du guide). Il est également important d'explorer les appréhensions liées à ces activités (p.ex., avoir honte d'aller dans une activité publique et d'être identifié comme LGBTQ+) (Austin et al., 2018; Craig et al., 2021).

Liste d'activités transaffirmatives	
Activités transaffirmatives	Exemples
Planifier du temps avec des personnes dont l'attitude est transaffirmative	<i>Facetime</i> avec un ami trans Prendre un café avec une personne alliée qui vous supporte Appel téléphonique avec un membre de la famille qui reconnaît et affirme votre identité
Visiter des lieux transaffirmatifs	Participer à un groupe de soutien trans local Passer du temps dans des quartiers qui soutiennent la communauté LGBT Visiter un centre communautaire trans ou LGBTQ+ local
Planifier des activités qui favorisent l'affirmation de votre identité	Passer du temps à parcourir des pages Facebook, des blogs et des chaînes YouTube animés par des personnes trans Lire des livres ou regarder des films ou des documentaires qui valident et affirment les identités trans Assister à des conférences ou des ateliers locaux spécifiques aux personnes trans
Participer à des initiatives de développement communautaire transspécifiques	S'engager dans un groupe local ou régional pour l'égalité des personnes trans Prendre part aux événements de fierté et de visibilité des personnes trans

(Adapté de Austin et al., 2017)

Solutions de remplacement aux comportements dommageables. Le stress minoritaire peut engendrer le développement de stratégies de sécurité ou de compensation visant à prévenir ou atténuer les émotions négatives. Ces mécanismes peuvent inclure l'isolement social, la recherche de validation à travers des comportements sexuels à risque, la réticence à exprimer ses besoins ou la consommation de substances. Il est essentiel de comprendre que ces stratégies ont été initialement adoptées comme des mécanismes de protection face aux effets du stress minoritaire. Cependant, à long terme, elles peuvent s'avérer préjudiciables pour la personne. Le rôle du thérapeute est d'accompagner le patient dans l'identification des origines de ces comportements en lien avec leur vécu du stress minoritaire (par exemple, la peur du rejet, l'homophobie internalisée ou les expériences de victimisation). En parallèle, il est crucial d'explorer et de promouvoir des alternatives comportementales plus saines pour mieux gérer ce stress. Un outil thérapeutique efficace à cet égard est la création d'un tableau illustrant ces comportements alternatifs, afin de les mettre en pratique de manière constructive (Burton et al., 2019).

Comportement dommageable	Source possible en considérant l'expérience de stress minoritaire	Comportement alternatif
Évitement des relations romantiques avec d'autres hommes	Homophobie internalisée	Créer un profil sur une application de rencontres et aller à un rendez-vous
Comportements perfectionnistes à la maison ou au travail	Expériences précoces ou actuelles de rejet réel ou redouté, estime de soi fragilisée	Laisser les choses en désordre ou inachevées
Évitement des hommes hétérosexuels	Expériences précoces ou actuelle rejet réel ou dissimulé, dissimulation d'une partie de son identité	Demander à un collègue hétérosexuel de dîner avec lui
Quitter les événements sociaux	Peur du rejet, dissimulation d'une partie de son identité	Rester dans une situation et aller vers les gens
Ne pas affirmer ses besoins, ses opinions et ses préférences	Peur du rejet, expérience de victimisation	Énoncer avec assurance ses besoins, ses opinions et ses préférences
Consommation de substances durant les relations sexuelles	Peur du rejet, homophobie internalisée	Avoir des relations sexuelles sobres
Retrait social	Peur du rejet, dissimulation d'une partie de son identité, expérience de victimisation	Activation comportementale
Hostilité interpersonnelle	Expériences passées de rejet ou de victimisation	Se retirer d'une situation ou pratique des exercices de relaxation

Hypervigilance	Peur du rejet, dissimulation d'une partie de son identité, expérience de victimisation	Concentrer son attention sur une tâche spécifique à accomplir, méditation, relaxation
Relations sexuelles non protégées ou évitement des traitements préventifs (p.ex. PrEP)	Peur du rejet, homophobie internalisée	Utilisation de préservatif, recourir à des pratiques sexuelles plus sécuritaires, avoir une conversation avec son partenaire sur la séropositivité

(Adapté de Burton et al., 2019)

Affirmation de soi. Les expériences de stigmatisation peuvent entraver le développement des compétences en communication essentielles à une affirmation de soi saine. Un manque d'assertivité peut fragiliser la confiance en soi, engendrer des relations insatisfaisantes et pousser à adopter des comportements nuisibles par crainte de refuser (par exemple, céder à la consommation de substances ou renoncer à l'utilisation d'un préservatif contre ses intentions initiales). Pour soutenir leurs patients, les thérapeutes doivent encourager l'apprentissage de la communication assertive en intégrant différentes approches thérapeutiques. Cela peut inclure l'enseignement des compétences sociales, des jeux de rôle pour s'exercer à s'exprimer, la réduction des attentes de perfection en acceptant et tolérant les imperfections, ainsi que l'exposition graduelle in vivo (Burton et al., 2019; Proujansky et Pachankis, 2014; Martell, 2022).

APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE DES SCHÉMAS

La thérapie des schémas (ST), développée par Young et ses collègues (Young, 1990 ; Young et al., 2003), a été conçue pour étendre les indications de la thérapie cognitivo-comportementale traditionnelle. Initialement élaborée pour traiter les troubles de la personnalité (Young, 1990 ; Young et Behary, 1998), la thérapie des schémas s'est révélée pertinente pour une large gamme de problèmes cliniques, incluant d'autres troubles mentaux, des difficultés conjugales, ainsi que des problématiques concernant les enfants et les adolescents.

Selon ce modèle théorique, les schémas inadaptés précoces (SIP) sont définis comme des « schémas émotionnels et cognitifs autodestructeurs, qui émergent tôt dans notre développement et persistent tout au long de la vie ». Ces schémas se forment lorsque les besoins émotionnels fondamentaux d'une personne ne sont pas satisfaits pendant son développement. Certains chercheurs suggèrent que ces schémas présentent un avantage évolutif en préparant l'individu à faire face aux menaces. Trois styles d'adaptation sont mis en avant pour gérer ces menaces : lutter contre le schéma par surcompensation, éviter les sensations qui l'activent (évitement) ou se soumettre à la situation (capitulation).

Les « modes » représentent l'activation simultanée d'un ensemble de schémas, d'états émotionnels caractéristiques, de sensations corporelles et de styles d'adaptation, déclenchés par

des situations spécifiques. Le travail sur les modes est une stratégie centrale en thérapie des schémas, car il permet de cibler diverses composantes de la personnalité d'un individu, favorisant ainsi l'engagement des patients dans le processus thérapeutique. Cette approche améliore les résultats cliniques, en particulier chez les personnes ayant eu des réponses thérapeutiques insatisfaisantes ou de courte durée (Rafaeli et al., 2015).

Cardoso et al. (2023) proposent un modèle et des stratégies d'intervention basés sur la thérapie des schémas, destinés à aider les individus LGBTQ+ à faire face aux conséquences du stress minoritaire. Lorsque les besoins émotionnels fondamentaux ne sont pas comblés, cela active des schémas et des modes, menant à une rigidité dans la gestion émotionnelle, ce qui affecte tant la santé mentale que physique. Le tableau ci-dessous résume le lien entre les besoins fondamentaux et les situations adverses auxquelles font face les individus LGBTQ+.

Besoins de base	Situations adverses
Connexions sécuritaires avec les autres (sécurité, stabilité, acceptation)	Connexions instables, refus d'accepter l'identité de genre et/ou l'orientation sexuelle, environnement non sécuritaire
Liberté d'expression, validation des émotions et des besoins	Limites de l'expression émotionnelle, restriction et invalidation émotionnelle
Autonomie, compétence, identité	Identité floue, affirmation fragile de l'identité, renforcer identité du soi incompetent
Spontanéité et loisirs	Expression limitée de loisir et de spontanéité
Limites réalistes et contrôle de soi	Emphase excessive du contrôle de soi pour cacher l'identité de genre ou l'orientation sexuelle
Cohérence de l'identité	Environnement qui empêche l'affirmation de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle qui amène une vision de soi confuse et qui ne fait pas partie du monde/contexte
Justice	Expériences qui renforcent les injustices, violence systématique

Les schémas suivants sont couramment observés chez les individus LGBTQ+, et certaines émotions tendent à prédominer dans un environnement invalidant : rejet, tristesse, honte, anxiété, angoisse, colère, sentiment d'inadéquation, et larmes.

Schémas	Définitions, exemples et contextes
Abandon	Définition : on m'abandonnera, car je suis une personne LGBTQ+ et je n'aurai pas de connexions stables Exemple : mes parents ne veulent plus de moi à cause de qui je suis et d'autres m'abandonneront Contexte : lorsque les enfants n'agissent pas selon les normes de genre, ils/elles peuvent se faire rejeter par l'environnement

Imperfection / honte	Définition : je suis défectueux/défectueuse, car je suis une personne LGBTQ+ Exemple : je suis une erreur, une anomalie Contexte : les identités LGBTQ+ étaient considérées comme un trouble mental. Pour certaines religions, les relations homosexuelles sont une aberration
Carence affective	Définition : on ne me comprendra pas et que personne ne pourra m'aimer, car je suis une personne LGBTQ+ Exemple : je n'ai personne qui m'aime, qui me comprenne et qui m'accepte Contexte : la carence correspond à ce qui est vécu par les patients/patientes ce qui rend ce schéma difficile à changer
Inhibition émotionnelle	Définition : si j'exprime mes émotions ou j'en parle à une personne du même sexe ce ne sera pas acceptable Exemple : c'est mal de dire que j'aime une personne du même sexe Contexte : dès l'enfance, l'individu comprend que d'exprimer l'amour pour une personne du même sexe aura des conséquences négatives
Isolement social	Définition : je suis différent/différente des autres à cause de mon orientation sexuelle ou identité de genre Exemple : je suis différent/différente, je n'appartiens pas au groupe Contexte : il s'agit d'un sentiment fréquent dans un environnement anti-diversité
Recherche d'approbation	Définition : je dois obtenir l'approbation des autres pour avoir une expérience correcte de mon identité de sexuelle/de genre Exemple : les autres doivent approuver mon orientation sexuelle/de genre Contexte : besoin d'approbation sociale fait partie des droits humains de base

Vulnérabilité au danger	Définition : une catastrophe va survenir à cause de mon orientation sexuelle/identité de genre Exemple : on va me blesser si j'exprime de l'affection Contexte : meurtres d'individus LGBTQ+ dans le monde
Punition	Définition : je dois être puni/punie si je commets des erreurs Exemple : j'irai en enfer, je suis une erreur Contexte : croyance commune dans certaines religions

Le mode critique interne représente un ensemble de schémas internalisés provenant de l'environnement, d'états émotionnels, et de stratégies d'adaptation. Ces schémas rigides influencent les pensées, les émotions et les comportements lorsque les besoins fondamentaux ne sont pas comblés. Il s'agit de l'internalisation de préjugés et de stigmatisations, ainsi que d'émotions spécifiques et de comportements adoptés pour gérer certains stress.

Cardoso propose plusieurs stratégies d'intervention :

- **Travail avec les modes enfant vulnérable** (solitude, injustice, rejet, abus, confusion) et **enfant externalisant** (relations sexuelles impulsives pour contrer le mode critique interne et rechercher amour et reconnaissance) : comprendre et valider les besoins non satisfaits de l'enfant et offrir un rematernage limité à travers l'imagerie (ex. le thérapeute défend la personne dans une scène d'intimidation vécue dans l'enfance) ; identifier et confronter avec empathie les stratégies d'adaptation inadaptées (la passivité et la soumission étaient fonctionnelles dans le passé, mais une attitude plus affirmée est désormais nécessaire pour répondre aux besoins émotionnels) ; confronter le mode parent punitif.
- **Confrontation du mode critique interne** : identifier les affirmations internalisées de l'environnement, séparer l'individu de ce mode pour permettre l'expression de ressentiment et de colère ; représenter les modes internalisés par un dessin ou une peinture pour créer une distance émotionnelle ; placer ce mode sur une chaise vide ; reformuler les déclarations négatives et rechercher des preuves contraires ; exprimer ses besoins.
- **Renforcer le mode adulte sain** : reconnaître et encourager sa présence pour protéger la santé mentale, car lorsqu'il est activé, il permet l'acceptation et la spontanéité sans jugement négatif.
- **Rematernage limité centré sur l'affirmation** : créer un environnement bienveillant et affirmatif pour permettre l'expression authentique de soi, à la fois in vivo et par l'imagination.
- **Lettre à la société** : écrire une lettre exprimant les besoins de reconnaissance liés à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle, ainsi que la colère et la tristesse ressenties.

- **Travail avec les chaises** : instaurer un dialogue entre le critique interne et l'adulte sain, le patient occupant la chaise correspondant à l'adulte sain.

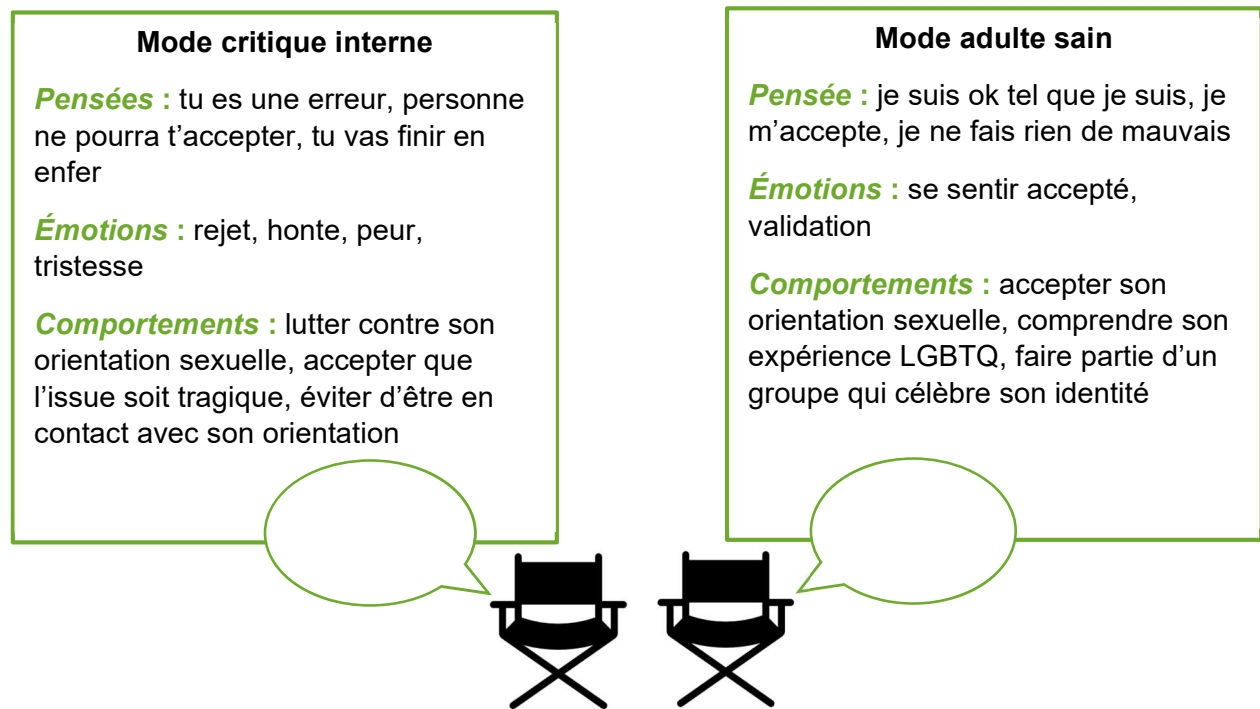


Figure 5. Modes critique interne et adulte sain
(Adapté de Cardoso et al., 2023)

APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (ACT)

L'ACT est un cadre thérapeutique transdiagnostique apparu au début des années 2000 en tant que thérapie cognitivo-comportementale de la « troisième vague » (Hayes, Strosahl et Wilson, 2011). Cette approche a été largement étudiée pour traiter divers troubles tels que la dépression, l'anxiété, le trouble obsessionnel compulsif, la douleur chronique, ainsi que pour réduire la stigmatisation et améliorer le soutien social. L'ACT repose sur la promotion de la flexibilité psychologique (FP), qui se définit comme la capacité à être pleinement présent et ouvert aux expériences tout en agissant de manière consciente, guidé par ses valeurs personnelles (Harris, 2019 ; Hayes et al., 2013).

La flexibilité psychologique est développée à travers six processus fondamentaux : (a) l'acceptation, (b) la défusion cognitive, (c) la pleine conscience du moment présent, (d) le contexte de soi, (e) la clarté des valeurs, et (f) l'action engagée.

Selon Fowler (2022), les recherches se sont jusqu'à présent principalement concentrées sur l'ensemble de ces processus fondamentaux, mais des études récentes s'intéressent de plus en plus à leur impact individuel sur l'amélioration de la santé mentale (Chase et al., 2013 ; Petersen

et al., 2019 ; Villatte et al., 2016 ; Viskovich et al., 2021). La flexibilité psychologique a montré qu'elle :

- Modère la relation entre le stress des minorités et l'abus de substances, tout en ayant un effet direct positif sur le risque suicidaire chez les adolescents issus de minorités sexuelles (Weeks et al., 2020).
- Joue un rôle crucial dans la gestion des sources proximales de stigmatisation et de détresse :
 - Elle est associée à des niveaux plus faibles d'homophobie internalisée et à la réduction de la dissimulation de l'orientation sexuelle, tout en entretenant une relation potentiellement bidirectionnelle avec la révélation de l'identité et la flexibilité psychologique (Hrehorciuc-Caragea et White, 2017).
 - Elle joue un rôle de médiateur positif significatif entre les expériences de honte et la dépression chez un échantillon d'hommes homosexuels (Matos et al., 2017).
 - Elle modère la relation entre la transphobie internalisée et la révélation de l'identité sur la satisfaction de vie (Flynn et Bhambhani, 2021).
- Est également essentielle pour surmonter les sources distales de stress minoritaire, car elle agit comme :
 - Un médiateur significatif entre le stress au travail et le bien-être chez les personnes appartenant à une minorité sexuelle (Singh et O'Brien, 2020).
 - Un médiateur dans la relation entre le racisme sexuel et la détresse psychologique (Bhambhani et al., 2020).
 - Un facteur modérateur entre la discrimination liée au genre et la dépression, l'anxiété, et le stress (Lloyd et al., 2019).

La flexibilité psychologique est ainsi reconnue comme un processus clé dans l'atténuation des effets du stress minoritaire chez les personnes LGBTQ+. Des études ont montré que, bien que l'ACT vise principalement le développement de la flexibilité psychologique plutôt que la réduction symptomatique, elle a significativement amélioré la qualité de vie, réduit la dépression, l'épuisement professionnel et l'homophobie internalisée chez de nombreux individus LGBTQ+.

Parmi les adaptations de l'ACT pour les populations LGBTQ+, on retrouve :

- L'intégration explicite de l'identité LGBTQ+ dans les protocoles.
- La prise en compte des sources distales et proximales de stress minoritaire (stigmatisation, honte).
- La sensibilisation aux problématiques spécifiques aux identités LGBTQ+.
- L'utilisation d'un inventaire des pertes liées au stress minoritaire.
- Des exercices autour de la honte en lien avec des expériences d'hétérosexisme.
- La gestion de la honte liée au statut VIH, en favorisant l'acceptation de cette identité pour un engagement plus flexible dans le moment présent, tout en remplaçant les comportements néfastes par des actions guidées par les valeurs.

- Une discussion sur l'idéalisation de l'apparence physique et la stigmatisation interne concernant l'orientation sexuelle (ex. défusion de l'autostigmatisation).

Une intervention de deux séances, fondée sur le modèle ACT, a également été examinée. Les auteurs de cette approche adaptée aux populations LGBTQ+ suggèrent que l'apprentissage de compétences favorisant l'acceptation des défis de la vie, tout en agissant pour atteindre des objectifs alignés sur les valeurs personnelles, aide à mieux gérer l'isolement et la solitude liés à la pandémie, ainsi que les expériences de stress minoritaire, en encourageant la recherche de soutien (Moitra et al., 2023).

APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE (TCD)

La thérapie comportementale dialectique (TCD) a été initialement développée pour des individus souffrant d'idéations suicidaires chroniques et a prouvé son efficacité en réduisant la fréquence des comportements autodestructeurs. Ce traitement vise à atténuer la vulnérabilité émotionnelle exacerbée dans des environnements invalidants. Bien qu'à l'origine conçue pour les personnes présentant un trouble de la personnalité borderline, la TCD s'est ensuite révélée utile dans le traitement des troubles liés à l'usage de substances, des troubles alimentaires, des troubles de l'humeur et du stress post-traumatique. Chang et Cohen (2022) considèrent qu'elle est particulièrement pertinente pour les populations LGBTQ+, souvent à risque de pensées et de comportements autodestructeurs et soumises à un stress minoritaire. La TCD est une approche transdiagnostique qui permet d'aborder les facteurs de risque communs à plusieurs troubles, tels que le stress minoritaire. On observe d'ailleurs une surreprésentation des minorités sexuelles dans les études portant sur la TCD.

Chang et Cohen (2022) formulent plusieurs recommandations pour adapter le travail thérapeutique à la patientèle LGBTQ+ :

1. **Prendre en compte le stress minoritaire** : Reconnaître ce dernier comme un élément de l'environnement invalidant et déplacer l'attention des défauts individuels vers le poids du stress minoritaire. Utiliser des compétences telles que "vérifier les faits" pour réévaluer le risque de rejet, et "comme si vous y étiez" pour préparer des conversations difficiles avec les proches, ainsi que la résolution de problèmes.
2. **Renforcer la résilience** : Encourager la création d'un réseau de soutien et la recherche de connexions communautaires (par exemple, en participant à des activités agréables ou à un groupe de compétences TCD). Cultiver la fierté personnelle grâce à l'action opposée (ex. faire son coming-out à des personnes susceptibles d'être ouvertes, ou célébrer les événements liés à la fierté).
3. **Être sensible aux expériences LGBTQ+** : Ne pas présumer de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre. Éviter de pathologiser des émotions légitimes comme la peur de la discrimination. Encourager le patient à se concentrer sur ses propres valeurs plutôt que sur celles de la culture dominante, et analyser la fonction des comportements sans jugement (par exemple, avoir plusieurs partenaires sexuels).

4. **Adopter un rôle d'advocacy** : Lorsqu'un environnement est trop oppressant, offrir une validation fonctionnelle en utilisant son privilège pour lutter contre l'injustice, sans pour autant fragiliser la personne (ex. militer pour des toilettes neutres).
5. **Reconnaître ses propres biais** : Être conscient de ses préjugés et du risque de contribuer aux structures d'oppression. En cas d'erreur, s'excuser et s'engager à mieux agir (ex. utiliser les prénoms choisis par la personne) tout en demandant des retours sans se montrer sur la défensive (ex. en cas de microagression). Il est également recommandé de lire de la littérature anti-oppressive.

Cohen et al. (2021) ont mis en place un groupe de formation aux compétences pour les vétérans LGBTQ+, proposant des stratégies affirmatives de TCD pour faire face au stress minoritaire.

Stress minoritaire	Compétences à utiliser
Sensibilité au rejet : craindre et s'attendre au rejet dû à son orientation sexuelle	Vérifier les faits Résolution de problèmes
Auto-stigmatisation (homophobie internalisée) : croire que les stéréotypes sont vrais, attitude négative envers les individus LGBTQ	Validation
Dissimulation de l'orientation sexuelle : cacher son identité sexuelle, tenter de paraître hétérosexuel/hétérosexuelle, dire qu'on est hétérosexuel/hétérosexuelle	Agir selon ses valeurs Agir à l'opposé

Et on propose des adaptations au module de régulation des émotions dans la TCD affirmative :

Thème de la séance	Compétence enseignée
Stress minoritaire/esprit sage	Présenter le stress minoritaire comme faisant partie de l'environnement social invalidant
Pleine conscience : Quoi et Comment	Pratiquer le non-jugement et l'efficacité pour composer avec les microagressions, l'homophobie
Modèle des émotions	Mettre en valeur le lien entre des facteurs déclencheurs fréquemment rencontrés dans l'expérience LGBTQ+ et des émotions négatives (ex. colère si traité de façon différente au travail, honte si rejetée par les membres de la famille après dévoilement de l'identité)
Vérifier les faits	Noter que les catastrophes anticipées peuvent comprendre rejet, isolement, discrimination, violence physique

Agir à l'opposé	Dévoiler son identité sexuelle à des gens compréhensifs pour contrer la honte
Résolution de problème	Résolution de problème pour composer avec la discrimination
Accumuler les émotions positives à court terme	Activités avec les communautés LGBTQ+ pour favoriser les connexions sociales
Accumuler les émotions positives à long terme	Clarification des valeurs dans des contextes difficiles (ex. valeur d'authenticité dans un contexte religieux)
PLEASE : prendre soin de son esprit et son corps	Modérer l'exercice/musculation/focus excessif sur l'apparence physique Cibler l'usage de substance comme façon de gérer le stress
Pleine conscience de l'émotion actuelle	Volonté d'être en contact avec ses propres émotions et la réaction des autres dans le contexte du dévoilement de l'orientation sexuelle

APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE DE COUPLE COMPORTEMENTALE INTÉGRATIVE

Martell (2020) présente des idées sur la façon d'aborder la diversité dans les relations de couple en utilisant l'approche de la thérapie comportementale intégrative pour couples (IBCT). Selon la théorie de l'IBCT, conceptualisée par Christensen et Jacobson (Christensen et Doss, 2017), les couples se débattent souvent avec un ou deux grands thèmes dans leur relation, tels que la lutte entre le degré d'interdépendance ou d'indépendance des membres du couple. Il est important de noter que : a) l'essence des relations réside dans l'interaction entre les partenaires, et b) trois facteurs principaux influencent cette interaction : les caractéristiques que chaque partenaire apporte à l'interaction et le contexte dans lequel cette interaction se déroule.

Analyse DEEP des Problèmes Relationnels

Christensen et Doss proposent un moyen mnémotechnique simple pour comprendre la détresse dans les relations : l'analyse DEEP.

- **D pour Différences Essentielles** : Les divergences fondamentales entre les partenaires en ce qui concerne la personnalité, les intérêts, les objectifs, etc. Par exemple, Sophia pourrait vouloir une relation plus proche et plus interdépendante que Marie, qui préfère une plus grande indépendance. Cette différence peut être problématique si Sophia se sent négligée lorsque Marie n'est pas suffisamment proche, ou si Marie se sent contrôlée ou coupable des efforts pour être plus proche de Sophia.

- **E pour Sensibilités Émotionnelles** : Les vulnérabilités que chaque partenaire apporte à la relation, rendant les différences plus problématiques. Par exemple, si Sophia se sent négligée par Marie, cela peut aggraver la détresse, tandis que Marie peut se sentir coupable et contrôlée lorsqu'elle perçoit les efforts pour se rapprocher comme une contrainte.
- **E pour Circonstances Externes** : Les facteurs externes, en particulier les circonstances stressantes, qui peuvent exacerber les problèmes créés par les différences et les sensibilités émotionnelles. Par exemple, un emploi exigeant de Marie ou une distance géographique par rapport à la famille de Sophia peuvent rendre les différences entre elles plus problématiques.
- **P pour Mode d'Interaction** : Les modèles d'interaction adoptés par les partenaires lorsqu'ils tentent de résoudre les problèmes créés par les différences et les sensibilités émotionnelles. Par exemple, si Sophia se plaint fréquemment de leur déconnexion tandis que Marie défend son besoin de travailler, cela peut aggraver le problème. Marie pourrait se retirer davantage en réponse aux plaintes de Sophia, ce qui ne fait qu'intensifier les conflits.

Approche d'Intervention de l'IBCT

La théorie d'intervention IBCT repose sur l'idée que tous les problèmes relationnels résultent de la combinaison d'une action déclenchante et d'une réaction sensible. Les problèmes relationnels peuvent être résolus en modifiant l'action déclenchante ou en modifiant la réaction vulnérable, mais une combinaison des deux est généralement préférable. Contrairement à la thérapie comportementale traditionnelle (TBCT), qui se concentre sur le changement des actions ou inactions déclenchantes, l'IBCT met également l'accent sur le changement de la réaction émotionnelle (c'est-à-dire l'acceptation émotionnelle). La plupart des problèmes relationnels sont liés à cette combinaison, et les actions ou inactions gênantes ne sont pas toujours flagrantes comme la violence ou les abus verbaux.

Un deuxième élément clé de la théorie d'intervention IBCT est que la modification des événements déclencheurs et des réactions émotionnelles est plus efficacement réalisée par des « processus façonnés par la contingence » que par des processus « régis par des règles ». Ce concept repose sur les travaux originaux de Skinner et est appliqué à la thérapie. Le changement régi par des règles est un processus délibéré, résultant d'instructions ou de formations spécifiques fournies par les thérapeutes. Par exemple, dans le cadre de la thérapie comportementale traditionnelle (TBCT), les couples sont encouragés à adopter des comportements plus positifs envers l'autre et sont formés à des stratégies de communication et de résolution de problèmes.

En revanche, le changement façonné par les contingences se produit de manière plus spontanée, en réponse à un changement dans le contexte et aux réactions émotionnelles et cognitives qui en découlent. Par exemple, un partenaire peut devenir moins accusateur et plus solidaire lorsqu'il observe que l'autre souffre émotionnellement ou réalise qu'ils sont tous deux pris dans un cercle vicieux d'interactions. Ce type de changement est souvent plus durable, car il découle d'une prise de conscience et d'une adaptation naturelle aux nouvelles circonstances, plutôt que d'une application rigide de règles établies.

Bien que l'IBCT utilise à la fois des stratégies façonnées par la contingence et des stratégies régies par des règles, elle privilégie la première approche. Cette préférence repose sur l'idée que le

changement façonné par les contingences tend à conduire à des modifications plus profondes et plus durables des dynamiques relationnelles.

Selon Martell (2020), les couples de même sexe fonctionnent généralement de manière similaire aux couples hétérosexuels, et présentent des niveaux comparables en termes de mesures standardisées d'amour, de satisfaction et d'adaptation relationnelle. Par conséquent, l'IBCT aborde les problèmes relationnels de manière similaire pour les couples homosexuels et hétérosexuels. Cependant, il est crucial de rester ouvert à la possibilité que les difficultés relationnelles ne soient pas exclusivement dues à l'identité LGBTQ+. Néanmoins, il est important de prendre en compte les aspects suivants :

Discrimination

La discrimination dont un couple est victime peut avoir des répercussions significatives sur leur vie quotidienne. Elle peut entraîner un manque de soutien de la part des proches, ainsi qu'une acceptation limitée au sein de la communauté, du cercle social et sur le lieu de travail. Les thérapeutes sont encouragés à adopter une posture d'acceptation et à offrir un soutien constant au couple, sauf dans les cas où les traditions ou les comportements sont manifestement destructeurs, tels que l'usage problématique d'alcool ou de drogues, ou les punitions physiques infligées aux enfants.

Il est essentiel que les thérapeutes se sentent à l'aise avec la diversité des relations amoureuses et sexuelles, y compris celles entre personnes du même sexe. Ils doivent éviter de présumer que toutes les relations sont hétérosexuelles ; par exemple, il ne faut pas supposer qu'une femme cherchant une thérapie de couple a nécessairement un partenaire masculin.

Les thérapeutes doivent rester vigilants face aux facteurs de stress externes (le deuxième E) liés à la discrimination, comme les attitudes négatives de l'entourage ou le soutien limité du réseau social. Il est également crucial d'être attentif à l'homophobie internalisée (le premier E), qui peut amener les partenaires à se questionner excessivement ou à se blâmer dans des contextes de discrimination.

Lors de la séance de rétroaction, les thérapeutes doivent fournir une conceptualisation qui reconnaît que le couple fait face à des défis spécifiques dans un environnement hétérosexiste. Pendant la phase active de la thérapie, les stratégies d'union empathique et de détachement unifié doivent être utilisées pour aider les membres du couple à gérer les facteurs de stress. Il peut également être nécessaire de réévaluer et éventuellement de modifier le réseau de soutien du couple.

Un aspect à examiner pourrait être le degré de confort des partenaires à dévoiler leur orientation sexuelle dans divers contextes, tels que le milieu professionnel, les médias sociaux, ou dans leur vie quotidienne (par exemple, se tenir la main ou s'embrasser en public). Les stratégies employées pour aborder ces questions incluent l'union empathique, le détachement unifié, la tolérance à la détresse, et le changement délibéré pour aborder et résoudre ces problèmes spécifiques.

Normes sexuelles

Concernant les frontières sexuelles, il est essentiel de reconnaître que la monogamie n'est pas une norme universelle ni nécessairement recherchée par tous les couples. Une étude sur les accords de monogamie chez les couples masculins de même sexe (Whitton et al., 2015, citée dans Martell, 2020) montre que, parmi les hommes en couple avec d'autres hommes, la monogamie n'est pas systématiquement associée à la santé ou à la satisfaction relationnelle. Toutefois, si les

partenaires n'ont pas une compréhension commune des frontières sexuelles, si celles-ci sont définies de manière floue, ou si leur respect est incohérent, cela peut générer des conflits et des tensions. Il est donc crucial d'engager des discussions ouvertes sur les limites sexuelles souhaitées et de les clarifier afin d'éviter des malentendus.

Il est également important de noter que la non-monogamie peut parfois refléter et influencer la dynamique de la relation. Par exemple, un partenaire peut rechercher plusieurs relations sexuelles pour confirmer son désir ou par crainte de l'échec de la relation principale. Dans ce contexte, il est vital de créer un espace sécurisé et sans jugement où les partenaires peuvent explorer et exprimer leurs désirs et sentiments. Avec une approche empathique et un détachement constructif après ces discussions, les partenaires peuvent soit redéfinir leurs frontières sexuelles, soit renforcer le respect des accords établis de manière plus affirmée.

Rôles de genre

Dans les relations homosexuelles, il est possible de dépasser les rôles de genre traditionnels et rigides, ce qui permet souvent une répartition plus égalitaire des tâches. Cependant, il est également fréquent que les partenaires adoptent des rôles de genre conventionnels. Par exemple, dans une relation entre deux femmes, il peut y avoir une tendance à se concentrer sur le plaisir de l'autre, parfois au détriment de leurs propres besoins ou en éprouvant des difficultés à initier les relations sexuelles. De même, dans une relation entre deux hommes, on peut observer une tendance à initier les relations sexuelles ou à rivaliser dans le domaine professionnel, tout en ayant du mal à se soutenir mutuellement. Ces comportements reflètent des modèles de rôles de genre souvent véhiculés socialement, mais il est important de noter qu'ils ne constituent pas une norme universelle pour toutes les relations. Les couples peuvent devoir expérimenter pour trouver une répartition des tâches qui leur convient, sans se conformer à un modèle préétabli.

Lorsque les partenaires souhaitent avoir des enfants, ils peuvent choisir l'adoption ou, dans environ 68 % des cas aux États-Unis, avoir des enfants biologiques (Goldberg et Conron, 2018, cité dans Martell, 2020). En 2016, le Québec comptait environ 2 175 familles homoparentales, représentant 0,2 % des familles biparentales, avec une augmentation de 123 % depuis 2006. Parmi ces familles, 84 % sont constituées de deux mères. Environ 10 % des couples de même sexe ont au moins un enfant vivant avec eux, les couples féminins étant plus nombreux à avoir des enfants (19 %) que les couples masculins (3 %) (Ministère de la Famille, 2020). Le processus de parentalité peut s'avérer plus complexe pour ces couples, impliquant souvent des recours à la procréation assistée, comme le don de sperme ou la maternité de substitution. Les enjeux potentiels incluent le choix du parent biologique, les difficultés liées à l'adoption en tant que couple homosexuel, et la décision d'avoir ou non des enfants.

APPROCHE AFFIRMATIVE EN THÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE

L'histoire de certaines théories psychodynamiques et psychanalytiques est teintée par la discrimination, l'oppression et l'exclusion des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre. Des théories avaient tendance à pathologiser ces individus, incitant ainsi les cliniciens et cliniciennes à rechercher des causes à ce qui était considéré comme des « conflits » ou des « perversions » et à tenter de les guérir ou de les convertir vers ce qui était perçu comme une orientation sexuelle ou une identité de genre « normale ». Les théories psychodynamiques et

psychanalytiques contemporaines ont depuis évolué et s'affranchissent de la pathologisation des identités LGBTQ+. Bien qu'il n'existe pas de thérapie standardisée pour une approche affirmative psychodynamique, des chercheurs et chercheuses ont identifié des situations cliniques spécifiques, des aspects transférentiels et des orientations pour les interventions afin de guider les thérapeutes de cette modalité.

Ne pas chercher la cause

Il est possible qu'une personne en psychothérapie cherche à répondre à des questions du genre « **pourquoi ne suis-je pas hétérosexuel** » ou « **pourquoi suis-je trans** ». L'approche affirmative déconseille la recherche d'une cause, d'une interprétation ou d'une formulation psychodynamique pour expliquer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre de la personne traitée. Les psychothérapeutes devraient plutôt porter attention à ce qui se dissimule derrière ce genre de questionnement. Pourrait-elle plutôt se questionner inconsciemment sur **pourquoi se sent-elle différente des autres**? Devant un tel cas de figure, on pourrait accompagner l'individu dans l'exploration des expériences développementales qui sont susceptibles d'avoir généré ce sentiment d'être différent:

- Exploration des premiers signes d'attraction pour les personnes du même sexe ou les premières expériences de non-conformité de genre.
- Exploration des stimuli internes, comme l'intégration de préjugés internalisés, la congruence ou l'incongruence de l'homosexualité/transidentité avec les autres parties de l'identité.
- Exploration des stimuli externes comme les réactions de l'entourage au dévoilement ou les expériences de discrimination.

(Full, 2021; Gates et Kelly, 2017)

Il ne devrait pas appartenir aux cliniciens de catégoriser la personne traitée. Les psychothérapeutes doivent s'assurer d'offrir un espace sécuritaire, empreint d'ouverture et de curiosité où l'individu peut développer son autonomie en explorant ses identités, ses désirs et ses conflits (Lingiardi et al., 2015). Pour certaines personnes qui consultent, l'espace thérapeutique pourrait être le seul endroit où les barrières hétérocisnormatives du monde extérieur sont suffisamment abaissées pour permettre cette exploration.

À la lumière de cette exploration, le ou la psychothérapeute et la personne traitée peuvent s'intéresser aux aspects conflictuels de ces expériences ainsi qu'à leurs impacts sur la construction de l'estime personnelle et des défenses. L'objectif des psychothérapeutes devrait être de favoriser le développement d'un moi plus authentique et d'un sens de l'identité plus cohérent (Lingiardi et al., 2015). En d'autres mots, le processus thérapeutique devrait aider l'individu à apprendre à comment « **être** » LGBTQ+, plutôt que de focaliser sur la recherche des origines de cette partie de son identité (Drescher et Fadus, 2020).

La psychothérapie ne devrait jamais tenter de changer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne. Non seulement parce que les évidences empiriques sont insuffisantes pour supporter la capacité d'une thérapie de procéder à de tel changement, parce que les thérapies de

conversion sont associées à des effets néfastes sur la santé mentale (honte, culpabilité, symptômes dépressifs et suicidalité), mais aussi parce qu'il est illégal de le faire au Québec et au Canada (Full, 2021; Ministère de la Justice, 2021; Veltman et Chaimowitz, 2014; Société canadienne de psychologie).

Enjeux transférentiels

Le contretransfert est un aspect central souvent évoqué par les thérapeutes, car il colore de manière importante le travail psychothérapeutique avec la patientèle. En thérapie affirmative, il est impératif pour les thérapeutes de s'engager dans un travail d'introspection rigoureux afin d'identifier leurs potentiels angles morts concernant les phénomènes de transfert et de contretransfert. Cette introspection porte non seulement sur la vision de soi, mais aussi sur la perception des identités sexuelles et de genre.

Pour les thérapeutes qui ne s'identifient pas comme LGBTQ+, une anxiété peut surgir, attribuable à la crainte de ne pas être la meilleure personne pour comprendre ou aider le patient ou la patiente en raison des différences d'orientation sexuelle ou d'identité de genre. Les thérapeutes peuvent également ressentir une inquiétude quant à leur manque de connaissances sur les expériences vécues par les personnes LGBTQ+. Une partie essentielle du travail est d'apprendre à empathiser avec les expériences LGBTQ+, qui sont différentes de celles des thérapeutes non LGBTQ+. Ce processus d'empathie peut nécessiter de la supervision ou une thérapie personnelle pour mieux comprendre les défis uniques auxquels fait face la patientèle LGBTQ+ et pour reconnaître leurs propres réactions émotionnelles et biais potentiels.

Pour les thérapeutes LGBTQ+, il est crucial de développer une compréhension approfondie de leur propre expérience et de la manière dont elle pourrait différer de celle d'autres personnes non hétérosexuelles ou trans. Cela inclut la reconnaissance de la pluralité des manières dont ils et elles expriment leur identité, leur vécu personnel, et les préjugés internalisés. Un travail conscient sur le contretransfert permet de diminuer les risques de projection inconsciente de ses propres expériences ou de généralisation sur leur patientèle. L'objectif est de maintenir une différenciation claire entre l'expérience personnelle des thérapeutes et celle de la personne traitée.

Une vision négative sur la diversité sexuelle et de genre chez un ou une thérapeute risque de conduire à un contretransfert négatif, ce qui nuit à la relation thérapeutique. Pour adopter une approche thérapeutique positive, on doit être capable de se décentrer, c'est-à-dire de se mettre à la place de l'individu traité et d'imaginer comment celui-ci vit son expérience (soit d'être attiré par une personne du même sexe que soi ou de s'identifier à un genre différent de celui assigné à la naissance). Si cet exercice est trop difficile, ou s'il évoque un sentiment de répulsion, il est peu probable que l'on puisse pratiquer efficacement la psychothérapie affirmative. En revanche, une vision positive de la diversité sexuelle et de genre permet cet exercice de décentration et d'empathie, accroît l'engagement des thérapeutes et renforce l'alliance thérapeutique (Milton et al., 2015).

Mécanismes de défense

Les mécanismes de défense sont des stratégies inconscientes utilisées par les individus pour éviter l'anxiété générée par des représentations menaçantes. Chez les personnes LGBTQ+, ces

mécanismes se développent souvent en réponse aux expériences de stress minoritaire et de discrimination. En psychothérapie, l'identification des mécanismes de défense permet de préciser les conflits et de travailler à les résoudre. Bien que des études aient identifié certains mécanismes de défense courants chez les personnes LGBTQ+, il est important de souligner que ces observations ne sont pas généralisables à l'ensemble de ces populations. Chaque individu a un parcours unique, influencé par des facteurs comme l'ethnicité, le niveau socio-économique, la culture, la religion et le niveau d'éducation. De plus, la majorité des études disponibles se concentrent sur des hommes blancs homosexuels, limitant ainsi leur portée.

La dissociation. Dans des environnements invalidants ou oppressifs, les personnes LGBTQ+ peuvent ressentir de la honte ou être contraintes de cacher une partie de leur identité pour se protéger des conséquences négatives. Cela peut mener à une dissociation, où elles compartimentent leur identité en un « bon soi » non LGBTQ+ et un « mauvais soi » LGBTQ+. Bien que ce mécanisme puisse être adaptatif à court terme, il risque de perpétuer la détresse et le sentiment de honte à long terme.

La répression des affects. La dissociation et la compartimentation du soi peuvent également entraîner un éloignement des vécus affectifs, notamment des sentiments de colère. Pour une personne LGBTQ+, réprimer cette colère envers un environnement ou des figures d'attachement hétérocissexistes peut sembler plus sécuritaire, car exprimer cette colère pourrait entraîner des dangers ou la perte de relations significatives.

L'humour. Certaines personnes LGBTQ+ développent un humour pour désamorcer des situations relationnelles à risque d'hétérocissexisme et pour se réapproprier leur expérience. L'humour peut ainsi rendre un rejet potentiel moins menaçant et renforcer l'estime personnelle. Cependant, une utilisation excessive de l'humour autodépréciatif peut nuire à l'estime de soi et au bien-être psychologique, surtout si ce mécanisme est perçu comme nécessaire pour maintenir des relations interpersonnelles.

Enfin, bien qu'ils ne soient pas des mécanismes de défense à proprement parler, les **traits narcissiques** peuvent influencer l'expérience psychologique interne et les schémas relationnels des personnes LGBTQ+. Ces traits impliquent une surestimation de l'estime de soi pour se défendre contre des sentiments de honte ou d'insécurité, souvent en externalisant les problèmes et en blâmant les autres. Cette externalisation des problèmes peut servir de protection contre les sentiments de honte et de faible estime de soi, mais elle peut également mener à une dissociation plus profonde et à des difficultés dans les relations interpersonnelles (Collins et Levitt, 2021).

CONCLUSION

La thérapie affirmative LGBTQ+ est une approche psychothérapeutique qui soutient et valide les identités et les expériences des personnes LGBTQ+. Elle vise à offrir un environnement sûr et accueillant, où les patientes et patients peuvent explorer librement leur orientation sexuelle, leur identité de genre et les défis spécifiques qu'ils rencontrent. Les principes de la thérapie affirmative LGBTQ+ peuvent s'intégrer à différentes modalités psychothérapeutiques. Cette approche n'est pas limitée à un seul cadre théorique, mais peut être adaptée à diverses orientations

thérapeutiques, telles que la thérapie cognitivocomportementale, la thérapie psychodynamique, la thérapie familiale, etc.

La psychothérapie affirmative LGBTQ+ repose sur plusieurs piliers essentiels. Elle reconnaît d'abord le stress minoritaire, c'est-à-dire les pressions supplémentaires auxquelles les personnes LGBTQ+ sont exposées en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Elle vise également à une compréhension approfondie des concepts d'hétérocissexisme et d'hétérocisnormativité, qui renvoient à des normes sociales dominantes et à leurs effets potentiels sur le bien-être psychologique des personnes LGBTQ+.

Cette approche thérapeutique demande une compréhension des expériences développementales et psychologiques spécifiques aux personnes LGBT, ainsi qu'une connaissance de leurs contextes sociaux, politiques et historiques. On encourage également les thérapeutes à se livrer à une autoréflexion constante pour identifier et surmonter leurs propres biais, ce qui leur permet de mieux accompagner leur patientèle.

La thérapie affirmative va au-delà du cadre individuel en plaidant activement pour des changements structurels dans les milieux de soins, visant à créer des environnements plus inclusifs et respectueux. Enfin, elle reconnaît l'humilité et l'imperfection inhérentes à toute pratique thérapeutique, encourageant ainsi les thérapeutes à reconnaître leurs erreurs, à en discuter ouvertement avec leurs patientes et patients et à chercher en permanence à s'améliorer à travers la formation continue et la supervision.

RESSOURCES

RESSOURCES COMMUNAUTAIRES POUR LES PATIENTES ET PATIENTS

Veuillez noter que cette liste de ressources et d'organismes n'est pas exhaustive et ne peut pas couvrir l'ensemble des services disponibles pour les communautés LGBTQ+ au Québec ou au Canada. Cependant, une ressource précieuse à consulter est le **Répertoire** de l'organisme Interligne, qui recense des lieux et des services sécuritaires et dédiés aux personnes LGBTQ+ à travers le Canada. (<https://interligne.co/repertoire/>)

Action Santé Travesti(e)s et Transsexuel(le)s du Québec (ASTT(e)Q)

Organisme dont la mission est de favoriser la santé et le bien-être des personnes trans par l'intermédiaire du soutien par les paires/pairs et de la militance, de l'éducation et de la sensibilisation, de l'autonomisation et de la mobilisation. Propose aussi des formations pour les professionnels de la santé. (<https://cactusmontreal.org/programmes/astteg/>)

Aide aux Trans du Québec (ATQ)

Organisme a comme mission d'aider et de briser l'isolement des personnes issues de la pluralité de genres. Offre des services d'aide psychosociale individuelle ou familiale, des groupes de soutien, des activités d'échange, des ateliers de sensibilisation et une ligne d'écoute. (<https://aideauxtrans.com/fr>)

AlterHéros

Organisme dont la mission est de favoriser l'épanouissement des individus par rapport à leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leur expression de genre et leur sexualité. Services principalement axés vers les jeunes de 14 à 30 ans et développés pour elleux, mais qui sont tout de même offerts à l'ensemble de la population. Offre notamment un service de communication avec une équipe interdisciplinaire de professionnels en santé physique, mentale et psychologique spécialisée dans le domaine de l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'expression de genre et la santé sexuelle. (<https://alterheros.com/>)

Centre communautaire LGBTQ+ de Montréal

Espace de vie qui offre des services récréatifs, socioculturels et humanitaires, qui favorisent le bien-être et améliorent la condition de vie des personnes issues des communautés de la diversité de genre et de sexualité. L'organisme est aussi l'initiateur de la **Boussole LGBTQ+**, programme de services pour les personnes migrantes et demanderesse d'asile établies dans la province de Québec. (<https://ccglm.org/>)

Coalition des familles LGBT+

Organisme communautaire de défense de droits qui vise la reconnaissance sociale et légale des familles issues de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres. (<https://familieslgbt.org/>)

Diversgenres

Diversgenres est un organisme communautaire féministe intersectionnel, par et pour les personnes trans binaires et non binaires, qui oeuvre sur le territoire de la Capitale-Nationale. Offre un service d'écoute et de référence, des activités variées par et pour les personnes trans, des formations et un service de mentorat professionnel pour les intervenant.e.s communautaires, les professionnel.le.s de la santé et des services sociaux et le personnel scolaire. (<https://divergenres.org/>)

FEMTL

Organisme qui favorise l'*empowerment* des femmes trans et des personnes transféminines grâce au soutien, aux événements sociaux et à l'entraide. (<https://femtl.ca/>)

Fondation Émergence

Organisme qui lutte contre l'homophobie et la transphobie à travers différentes actions, notamment avec la mise sur pied de programmes comme la Journée internationale contre l'homophobie et la transphobie, un programme de sensibilisation

des milieux aînés, un programme de sensibilisation en milieu de travail, un programme de sensibilisation aux réalités des personnes proches aidant.e.s LGBTQ+ et un programme de sensibilisation aux pratiques de conversion (<https://www.fondationemergence.org>)

Helem Montréal

Organisme dédié à l'ensemble des communautés LGBTQ+ arabophones de Montréal. (<https://www.montrealhelem.org>)

Interligne

Organisme de première ligne qui offre des services d'écoute, d'intervention, juridiques et de sensibilisation dédiés aux bien-être des personnes concernées par la diversité sexuelle et la pluralité des genres. (<https://interligne.co/>)

Jeunesse Lambda

Organisme communautaire créé par et pour les jeunes lesbiennes, gais, bisexuel·les, trans et queers ou en questionnement de 14 à 30 ans qui tient des soirées de discussions et d'activités visant une socialisation saine à travers l'exploration de thèmes variés approchant de près ou de loin les différentes réalités de la communauté qu'il dessert. (<https://www.jeunesselambda.com/>)

RÉZO

Organisme communautaire qui offre des services d'éducation et de prévention du VIH et des autres ITSS dans un contexte de promotion de la santé globale, notamment sexuelle, mentale, physique et sociale auprès des hommes GBQ, des autres hommes, et des personnes trans ayant des relations sexuelles avec des hommes. (<https://www.rezosante.org>)

Transitionner en contexte québécois

Projet conjoint de TransEstrie et du Conseil québécois LGBTQ+ qui proposent deux guides sur les démarches de transition médicale et de transition légale en contexte québécois. (<https://transitionner.info/>)

RESSOURCES CLINIQUES POUR LES PATIENTES ET PATIENTS

Centre d'identité sexuelle de l'Université McGill (MUSIC)

Prodigue des soins de santé mentale aux personnes, aux familles et aux couples qui sont aux prises avec des difficultés liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Les services aux patients sont tous couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et toute autre assurance privée ou provinciale. (<https://cusm.ca/sante-mentale/music>)

Centre de santé Meraki

Le programme de la variance de genre (PVG) est divisé en composantes pédiatrique et adulte. Le PVG pédiatrique offre des soins de santé et du soutien pour des jeunes avec variance de genre et leurs familles. Le PVG adulte offre des soins médicaux et psychologiques aux individus 19+. (<https://centremeraki.com/fr/programmes/programme-variance-de-genre/>)

Clinique de diversité de genre du CHU Sainte-Justine

Prend en charge des jeunes de 8 à 16 ans (inclusivement) qui désirent entreprendre une démarche d'affirmation de genre (transition) au niveau médical. Elle offre un suivi jusqu'à l'âge de 18 ans. (<https://www.chusj.org/fr/Soins-services/D/Diversite-de-genre>)

Clinique médicale 1851

Offre un service de clinique transgenre. Depuis 2017, la clinique transgenre offre un suivi basé sur le consentement éclairé à toute la communauté LGBTQ2+, en accompagnant les personnes transgenres et non binaires tout au long de leur transition, incluant l'investigation, le suivi, la référence en psychologie, l'hormonothérapie et la chirurgie. (<https://cliniquemedicale1851.com/services>)

Clinique médicale La licorne

Clinique favorisant une approche multidisciplinaire avec une équipe de soins infirmiers, d'un sexologue et d'une psychologue. Service d'accompagnement en réassignation de l'identité de genre. (<https://cliniquemedicalelalicorne.com/>)

Clinique médicale Quorum

Clinique qui offre des services en matière de santé sexuelle pour tous et toutes, y compris la communauté LGBTQ2A+. Offre également le suivi et la prise en charge globale des personnes trans et non-conformes dans le genre incluant l'hormonothérapie (transition hormonale). (<https://cliniquequorum.com/>)

GrS Montréal - Centre Métropolitain de Chirurgie

Centre hospitalier privé où sont pratiquées principalement des chirurgies esthétiques et de réassignation de genre. (<https://www.grsmontreal.com/>)

RESSOURCES POUR LES THÉRAPEUTES

APA Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons

Lignes directrices de l'American Psychology Association pour la pratique de thérapie auprès de personnes de la diversité sexuelle. (<https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>)

APA Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People

Lignes directrices de l'American Psychology Association pour la pratique de thérapie auprès de personnes trans et dont le genre n'est pas valorisé socialement. (<https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>)

Chaire de recherche du Canada sur les enfants trans et leurs familles

La Chaire et son équipe se consacrent à produire des données probantes, bilingues et adaptées aux réalités vécues par les personnes trans et non binaires, tant au niveau provincial que national. Leurs travaux sont ancrés dans une perspective transaffirmative, qui adopte une conception non binaire du genre et s'éloignant de toute approche pathologisante. L'accent est mis sur l'accompagnement, le respect de l'autodétermination et la reconnaissance de l'expertise des personnes sur leur propre vie. (<https://jeunestransyouth.ca/fr/>)

Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres

Chaire de recherche associant des partenaires gouvernementaux, communautaires et universitaires souhaitant contribuer à la reconnaissance des réalités des minorités sexuelles et de genre par l'approfondissement des connaissances et la mobilisation des connaissances acquises dans l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de programmes et de mesures de lutte contre les discriminations et les différentes formes d'exclusion, de dévalorisation et d'infériorisation de ces personnes. (<https://chairedspg.ugam.ca/>)

Je m'engage : Un manuel pour les professionnels en santé et services sociaux qui travaillent avec des personnes trans

Se veut un outil efficace pour les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les intervenants de première ligne, et utile à les habiliter à mieux répondre aux besoins des personnes trans dans les divers réseaux et systèmes actuels. (<https://aideauxtrans.com/fr/guides/je-m-engage-un-manuel-pour-les-professionnels-en-sante-et-les-services-sociaux-qui-travaillent-avec-des-personnes-trans>)

Les minorités sexuelles : concepts, prémisses et structure d'une approche clinique adaptée

Article rédigé par les psychiatres Karine J. Igartua et Richard Montoro qui propose un cadre théorique, des outils d'évaluation et des pistes thérapeutiques pour accompagner une personne issue d'une minorité sexuelle qui consulte un professionnel en santé mentale. (<https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2015-v40-n3-smq02336/1034909ar/>)

Lignes directrices du Gouvernement du Québec sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres

Visent à soutenir les professionnelles et professionnels pour mieux répondre aux besoins d'adaptation des soins de santé et de services sociaux aux réalités des personnes de la diversité sexuelle et des genres. (<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-302-01W.pdf>)

World Professional Association for Transgender Health (WPATH)

Lignes directrices pour les soins aux personnes trans. (<https://www.wpath.org/>)

LEXIQUE

Ce guide inclut un lexique qui propose des définitions pour aider à comprendre les termes couramment utilisés pour parler des personnes LGBTQ+. Ces définitions sont directement extraites du Lexique sur la diversité sexuelle et de genre, publié en 2023 par le Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie du Gouvernement du Québec, et reposent sur diverses sources fiables. Il est essentiel de noter que les définitions peuvent varier selon les sources, être sujettes à nuances et représentent des réalités complexes souvent difficiles à résumer en quelques mots. Les termes doivent être considérés comme des auto-identifications, c'est-à-dire qu'il revient à chaque individu de s'identifier et non aux autres de leur attribuer ces termes. Ce lexique n'est pas exhaustif, et nous vous encourageons à consulter des ressources plus complètes, telles que le glossaire du Comité Orientations et identités sexuelles de la FNEEQ-CSN² ou le Lexique de la Fondation Émergence³.

Asexualité: Terme parapluie qui inclut une diversité de degrés, allant d'une absence à une rareté d'attrance émotionnelle ou physique envers d'autres personnes.

Bisexualité: Orientation sexuelle d'une personne qui ressent de l'affection et de l'attrance, tant émotionnelle que physique, envers les personnes du même sexe ou genre que le sien ainsi qu'envers celles d'un autre sexe ou genre que le sien.

Bispiritualité: Terme utilisé en français pour traduire la réalité vécue dans nombreuses communautés autochtones d'Amérique du Nord chez lesquelles la culture traditionnelle n'établit pas de lien fondamental entre le corps d'une personne et son genre. La définition, qui peut varier dans les diverses communautés autochtones, désigne les Autochtones qui assument des rôles, des attributs, des vêtements et des attitudes de genres multiples pour des raisons personnelles, spirituelles, culturelles, cérémoniales ou sociales. Le terme peut référer à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre ou à l'expression de genre. Les personnes autochtones de la diversité sexuelle et de genre ne s'identifient pas toutes en tant que personnes bispituelles.

Cisgenre: Personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance.

Expression de genre: Manière dont une personne exprime ouvertement son genre. Cela peut inclure ses comportements et son apparence, comme ses choix vestimentaires, sa coiffure, le port de maquillage, son langage corporel et sa voix. L'expression de genre est indépendante du sexe assigné à la naissance et n'est pas nécessairement liée à l'identité de genre telle que vécue personnellement et intimement.

Gai: Personne qui ressent de l'affection ou de l'attrance, émotionnelle ou physique, pour des personnes de son sexe ou de son genre. Le terme « gai » désigne habituellement des personnes qui s'identifient au genre masculin, mais ne s'y limite pas.

² Glossaire du Comité Orientations et identités sexuelles de la FNEEQ-CSN. <https://fneeq.gc.ca/wp-content/uploads/Glossaire-2017-08-14-corr.pdf>

³ Lexique de la Fondation Émergence. <https://www.fondationemergence.org/lexique>

Hétérosexualité: Orientation sexuelle d'une personne qui ressent de l'affection ou de l'attirance, émotionnelle ou physique, envers les personnes d'un autre sexe ou genre que le sien.

Homosexualité: Orientation sexuelle d'une personne qui ressent de l'affection ou de l'attirance, émotionnelle ou physique, envers les personnes du même sexe ou genre que le sien.

Identité de genre: Expérience intime et personnelle de son genre, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance. Une personne peut ainsi s'identifier au genre masculin, au genre féminin ou encore se situer entre ou à l'extérieur de ces deux pôles, et ce, indépendamment de son sexe assigné à la naissance.

Intersexuation: Les personnes intersexes naissent avec des caractéristiques sexuelles (chromosomiques, gonadiques, hormonales ou génitales) qui ne correspondent pas aux critères médicaux binaires des corps masculins ou féminins. Les personnes intersexes sont souvent soumises dès leur plus jeune âge à des interventions non consenties, irréversibles et non cruciales au maintien de leur santé, afin que leur corps se conforme aux attentes médicales envers les hommes et les femmes. L'intersexuation ne détermine ni l'orientation sexuelle ni l'identité de genre de la personne.

Lesbienne: Personne qui s'identifie au genre féminin et qui ressent de l'affection et de l'attirance, tant émotionnelle que physique, pour les femmes.

LGBTQ+: Le sigle LGBTQ+ est composé de la lettre initiale des termes : lesbienne, gai, bisexuel, trans et queer. Le « + » permet de référer aux autres réalités non représentées par les lettres composant le sigle. Cet acronyme peut prendre des formes diverses selon les identités que l'on souhaite inclure. D'autres lettres ou caractères sont souvent ajoutés à ce sigle pour inclure différentes réalités des personnes de la diversité sexuelle et de genre.

Minorités sexuelles et de genre: Expression qui inclut les divers groupes minoritaires définis sur la base de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre. Les principaux groupes sont les lesbiennes, les gais, les personnes bisexuelles et pansexuelles, ainsi que les personnes trans, non binaires, queer et bispirituelles.

Non binaire: Personne dont l'identité de genre se situe en dehors de la binarité homme/femme. Elle peut s'identifier à la fois comme homme et femme, ni comme homme ni comme femme ou partiellement à un seul genre.

Orientation sexuelle: Attirance émotionnelle ou physique pour une personne du même sexe ou du même genre, d'un autre sexe ou d'un autre genre, ou pour les personnes qui sortent du cadre binaire des genres. Les orientations sexuelles les plus communes sont notamment l'hétérosexualité, l'homosexualité, la bisexualité, la pansexualité et l'asexualité.

Pansexualité: Orientation sexuelle d'une personne qui ressent de l'affection et de l'attirance, tant émotionnelle que physique, envers une personne sans égard à son genre ni à son sexe.

Queer: Terme d'origine anglo-saxonne réapproprié par les personnes des communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans de manière à en faire un symbole d'autodétermination et de libération plutôt qu'une insulte. Désigne les personnes qui ne s'identifient pas à l'organisation binaire et rigide des sexes (homme/femme) et des genres (masculin/féminin) et dont l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'expression de genre est fluide (changeante ou inclassable).

Sexe assigné à la naissance: Le sexe est habituellement assigné à la naissance après évaluation médicale de l'appareil génital. Certaines caractéristiques sexuelles (p. ex., chromosomiques, gonadiques et hormonales) pouvant être évaluées pour établir le sexe d'une personne sont visibles à la naissance ou apparaissent à la puberté, tandis que d'autres ne peuvent être évaluées que par des moyens médicaux.

Trans: Terme parapluie servant à désigner de façon neutre les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance.

- Une femme trans est une femme pour qui la ou le médecin a coché M (sexe masculin) sur son acte de naissance.
- Un homme trans est un homme pour qui la ou le médecin a coché F (sexe féminin) sur son acte de naissance.⁴

Transgenre: Personne dont l'identité de genre ne correspond pas, en partie ou en totalité, au sexe qui lui a été assigné à la naissance.

⁴ Glossaire du Comité Orientations et identités sexuelles de la FNEEQ-CSN. <https://fneeq.qc.ca/wp-content/uploads/Glossaire-2017-08-14-corr.pdf>

ANNEXES

Annexe 1: Exemples de questions pour améliorer l'inclusivité des formulaires d'inscription.

*Lorsque vous demandez à quelqu'un son nom préféré et ses pronoms, assurez-vous de les utiliser dans toutes les interactions et lors de l'appel en salle d'attente. Évitez d'inclure des titres tels que M./Mlle/Mme dans les formulaires, car cela peut être complexe pour certaines personnes, particulièrement celles dont le genre n'est pas toujours reconnu socialement. Utilisez le nom complet sans titre dans les communications écrites, et demandez à chaque personne comment elle préfère être appelée (par exemple, par son prénom, Madame, Monsieur, etc.). Les exemples de questions proviennent des recommandations de la Société Canadienne du sida: <https://www.cdnaids.ca/wp-content/uploads/L'inclusion-des-personnes-trans-dans-divers-formulaires.pdf>

Exemple d'énoncé en début de formulaire: *Ce formulaire est facultatif et conçu pour nous aider à vous offrir des soins adaptés et respectueux. Vous avez le droit de ne pas répondre à certaines questions si vous préférez ne pas le faire. Toutes les informations fournies seront traitées de manière confidentielle. Seules les personnes autorisées auront accès à votre dossier. Vos réponses permettront à notre équipe de fournir un service de meilleure qualité.*

1. **Nom:**
2. **Prénom:**
3. **Préférence de nom/surnom (facultatif)*:**
4. **Quels pronoms utilisez-vous?***
 - Il/lui
 - Elle
 - Genre neutre (veuillez préciser):
5. **Quel est votre sexe ou genre actuel? (cochez toutes les réponses applicables)**
 - Masculin
 - Féminin
 - Trans masculin / Homme trans
 - Trans féminine / Femme trans
 - Genderqueer
 - Catégorie additionnelle (veuillez préciser):
 - Je refuse de répondre
6. **Quel sexe vous a-t-on assigné à la naissance?**
 - Masculin
 - Féminin
 - Je refuse de répondre
7. **Orientation sexuelle**
 - Hétérosexuel(le)
 - Gai
 - Lesbienne
 - Bisexuel(le)
 - Bispirituel(le)
 - Queer
 - Pansexuel(le)
 - Catégorie additionnelle (veuillez préciser):
 - Préfère ne pas répondre
 - Ne sais pas
 - Ne s'applique pas

Annexe 2: Modèle de lettre de recommandation pour des soins d'affirmation de genre (exemple de l'hormonothérapie).

Les standards de soin de l'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (WPATH) sont la référence actuellement utilisée au Québec pour déterminer l'accès aux soins d'affirmation de genre (hormonothérapie, chirurgies, procédures paramédicales, etc.) Ils établissent des critères pour l'accès à l'hormonothérapie et aux chirurgies.

Les méthodes d'accès à l'hormonothérapie varient au Québec : certains médecins requièrent une lettre de référence d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé mentale, tandis que d'autres acceptent le consentement éclairé pour débiter le traitement. Ce processus respecte l'autonomie des personnes en évaluant leurs attentes et connaissances des effets médicaux et psychosociaux, sans jugement sur leur identité de genre ou leur niveau de dysphorie. Les intervenants de la santé mentale accompagnent les personnes vers une décision éclairée sans poser de diagnostic de dysphorie de genre ni juger la légitimité de la transition.

Nous vous référons au Guide de transition médicale, un projet conjoint de TransEstrie et du Conseil québécois LGBT, afin d'approfondir et de démystifier les démarches de soins de d'affirmation de genre au Québec. Le guide peut être utilisé comme source d'informations pour les patientes et patients et comme référence pour les intervenants souhaitant jouer un rôle actif et affirmatif dans la transition médicale de leur patientèle. La lettre ci-dessous provient directement du guide. <https://transitionner.info/introduction-medicale/>

[Votre Ville], [Date]

Objet: Lettre de recommandation professionnelle - Hormonothérapie féminisante/masculinisante

Cher Docteur,

Cette lettre a comme but de référer [Prénom] (né [Prénom légal] [Nom], date de naissance: XX mois XXXX) pour l'hormonothérapie afin d'amorcer sa transition médicale. J'ai procédé à l'évaluation psychosociale de [Prénom] les dates/J'évalue [Prénom] dans le cadre de ma pratique depuis [durée].

[Prénom] a eu le sexe féminin/masculin assigné à la naissance, mais s'identifie comme une femme/un homme/une personne non-binaire. Il/elle/iel a pris conscience de sa transidentité en [année] et a émis le désir de débiter un processus d'hormonothérapie afin que son corps corresponde davantage à son identité de genre. [Prénom] pourra compter sur le soutien de ami.e.s/membres de sa famille/organismes communautaires/professionnel.le.s durant sa transition.

[Prénom] démontre qu'il/elle/iel est bien renseigné.e au sujet de l'hormonothérapie féminisante/masculinisante. Il/elle/iel a des attentes réalistes par rapport aux effets qui seront déclenchés par ce traitement, et en comprend les limites.

L'évaluation psychosociale de [Prénom] n'a décelé aucune barrière sociale ou psychologique qui l'empêcherait de fournir son consentement éclairé aux soins sollicités. Je recommande donc que [Prénom] puisse entreprendre un traitement hormonal lui permettant de vivre de façon plus épanouie.

Je demeure à votre disposition si vous désirez obtenir plus d'informations au sujet de cette lettre.

Bien à vous,

[Signature]

[Coordonnées]

Numéro de permis: [Numéro de permis]

Annexe 3: Exemples de microagressions touchant les identités LGBTQ+ en psychothérapie.

Thème	Exemple de microagression	Message sous-jacent
Supposition que l'orientation sexuelle/l'identité de genre est la cause de tous les problèmes présentés.	Un thérapeute dit à sa patiente « je crois que le problème est que vous êtes trans » Lorsqu'un client discute d'enjeux académiques, sa thérapeute questionne quels pourraient être les liens entre les enjeux discutés et son orientation sexuelle	Votre orientation sexuelle/identité de genre est le problème Votre orientation sexuelle/identité de genre doit être traitée
Évitement et minimisation de l'orientation sexuelle/identité de genre	Une thérapeute évite d'utiliser le vocabulaire LGBTQ+ Une thérapeute dit à une patiente « Vous n'avez pas à vous préoccuper de votre homosexualité, explorons autre chose ». Lorsqu'un patient trans fait accidentellement son <i>coming out</i> en séance, le thérapeute lui répond « Bon! Enfin! ».	Les enjeux qui sont associés à votre orientation sexuelle/identité de genre ne sont pas suffisamment importants pour être abordés Il est inconfortable de discuter de l'orientation sexuelle/identité de genre Vous me rendez inconfortable Faire son <i>coming out</i> n'est pas si difficile/significatif
Tentatives d'identification exagérées avec les patients/patientes LGBTQ+	Un thérapeute fait fréquemment référence à des membres de sa famille éloignée qui sont LGBTQ+ Un thérapeute est davantage familier avec ses patients/patientes LGBTQ+ Une thérapeute change sa façon de parler ou sa posture avec les patients/patientes LGBTQ+ pour avoir l'air plus « confortable »	Je comprends bien vos enjeux parce que je connais quelqu'un de LGBTQ+ Je ne suis pas homophobe/transphobe parce que je connais quelqu'un de LGBTQ+ Vous êtes particulier et je suis « cool » parce que je travaille avec vous
Déclarations stéréotypées sur les personnes LGBTQ+	Un thérapeute s'étonne que son patient homosexuel fasse lui-même des travaux de rénovation dans sa maison	Toutes les personnes LGBTQ+ sont semblables

	Une thérapeute sous-entend que sa patiente « n'a pas l'air lesbienne »	Je n'ai pas besoin de faire d'effort pour vous connaître en tant qu'individu complet
Exprimer des biais hétéronormatifs	Une patiente remarque qu'il n'y a que des livres/pamphlets/matériels référant à l'hétérosexualité/l'identité cisgenre dans le bureau de son thérapeute	Vous n'êtes pas « normal » Vous devez changer/vous conformer
Supposition que toutes les personnes LGBTQ+ ont besoin de psychothérapie	Un thérapeute insiste pour que son patient reste en thérapie même si celui-ci demande la terminaison du suivi Une thérapeute qui réfère un patient à un collègue lui dit « peu importe qui vous prend en charge, l'important c'est que vous voyez quelqu'un »	Une identité non hétérosexuelle/cisgenre est pathologique et nécessite un traitement Vous êtes « défectueux »
Avertissements des dangers touchant les personnes LGBTQ+	Une thérapeute demande à sa patiente « Êtes vous certains que vous désirez suivre ce mode de vie » ou « Avez-vous bien réfléchi à cette décision ? » Quand un patient discute des expériences de discrimination, son thérapeute lui dit « Ce mode de vie entraîne certaines problèmes »	Vous avez de la difficulté à prendre des décisions rationnelles Tous les problèmes que vous rencontrez sont votre faute pour avoir choisi une identité LGBTQ+

(Shelton et Delgado-Romero, 2011).

Annexe 4 : ESTEEM

ESTEEM (Effective Skills to Empower Effective Men) est une intervention en 10 séances basée sur le protocole universel pour le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels (Barlow et al., 2010), un traitement cognitivocomportemental individuel efficace pour réduire les troubles mentaux affectés par le stress (par exemple, la dépression, l'anxiété) en améliorant les compétences de régulation des émotions, en réduisant les schémas d'évitement cognitifs, affectifs et comportementaux inadaptés et en améliorant la motivation et l'efficacité personnelle pour mettre en œuvre les changements comportementaux.

Le protocole universel favorise ces changements grâce à des modules qui se concentrent sur l'amélioration de la motivation, l'exposition interoceptive et situationnelle, la restructuration cognitive, la pleine conscience et les techniques d'auto-observation fondées sur des théories cognitives et comportementales établies et des techniques de modification comportementales pour les problèmes et les troubles psychosociaux. Le protocole a été adapté pour permettre aux hommes gais et bisexuels de composer avec la stigmatisation en réduisant les processus de stress minoritaires. Par exemple, les modules ont été adaptés pour aider les participants à identifier les expériences de stress minoritaire ; observer les réactions cognitives, affectives et comportementales au stress minoritaire, en mettant l'accent sur les réactions d'évitement, y compris la consommation de substances et les rapports sexuels anaux sans préservatif ; attribuer la détresse au stress minoritaire plutôt qu'à l'échec personnel ; et une formation à l'affirmation de soi pour faire face au stress des minorités dans des situations sécuritaires.

La séance 1 se centre sur une discussion au sujet des problèmes principaux de santé mentale, comportementale et sexuelle, sur le renforcement de la motivation pour aborder ces problèmes et sur l'identification des forces uniques des participants en tant qu'hommes gais ou bisexuels.

La séance 2 examine l'impact du stress minoritaire sur la santé, les manifestations spécifiques du stress minoritaire et les stratégies d'adaptation actuelles.

La séance 3 sensibilise les participants à l'impact émotionnel des formes précoces et continues de stress des minorités.

La séance 4 présente l'impact comportemental du stress minoritaire et enseigne la pleine conscience face aux manifestations du stress minoritaire.

La séance 5 sensibilise les participants à l'impact cognitif du stress minoritaire et leur propose des activités de restructuration cognitive.

La séance 6 invite les participants à examiner l'impact des émotions sur la santé mentale, comportementale et sexuelle, ainsi que les tendances personnelles à l'évitement des émotions induites par le stress minoritaire.

La séance 7 se concentre sur l'impact du stress minoritaire sur l'évitement comportemental, en mettant l'accent sur la création d'une hiérarchie d'évitement émotionnel et comportemental.

La séance 8 invite les participants à participer à des expériences comportementales au cours desquelles des expériences précédemment évitées sont progressivement confrontées.

La séance 9 amène les participants à poursuivre les expériences comportementales graduées en mettant l'accent sur l'enseignement de l'affirmation de soi en tant que compétence pour faire face au stress minoritaire.

La séance 10 passe en revue les nouvelles stratégies d'adaptation cognitives, affectives et comportementales et leur application aux futures expériences de stress minoritaire. Les thérapeutes donnent des devoirs entre les sessions après chaque session pour promouvoir la généralisation des compétences.

Annexe 5 : AFFIRM

Ce processus leur permet de (a) valider l'authenticité de leurs expériences difficiles ; (b) améliorer la capacité des jeunes à situer le problème à l'extérieur d'eux-mêmes (par exemple, il y a quelque chose qui ne va pas avec l'homophobie/la transphobie) plutôt qu'à l'intérieur d'eux-mêmes (par exemple, il y a quelque chose qui ne va pas avec moi) ; et (c) favoriser le développement de stratégies d'adaptation saines (par exemple, construire un soutien affectif, remettre en question les messages négatifs, se donner des objectifs) qui ont un impact positif sur la santé mentale.

Le programme comprend différentes phases: une orientation (normes du groupe, confidentialité, programme) ; les séances 1-2 (aperçu de la TCC et de l'impact des facteurs de stress des minorités) ; les séances 3-4 (réévaluation cognitive, arrêt des pensées) ; les séances 5-6 (stratégies d'adaptation, activation comportementale, compétences pour choisir des objectifs et cultiver l'espoir) ; et les séances 7-8 (évaluer le réseau social, autocompassion, plans d'autosoins).

Chaque session se déroule selon le schéma suivant : (a) l'accueil du groupe, le résumé des séances précédentes et les devoirs ; (b) les objectifs de la séance ; (c) la description, la pratique et la répétition des activités comportementales ; et (d) la rétroaction et le résumé de la séance.

Séance	Thème	Activité
1	Introduction au modèle TCC et le stress minoritaire	Introduction Discuter de la théorie et le but de l'approche TCC Explorer le stress et le stress minoritaire Comprendre les causes de stress dans nos vies
2	Comprendre l'impact des attitudes et comportements anti LGBTQ+ sur le stress	Accueil et résumé Examiner l'homophobie, hétérosexisme, transphobie au niveau individuel, institutionnel et culturel Identifier l'impact de ces expériences sur les pensées, émotions, comportements Stratégies pour gérer et combattre la discrimination à tous les niveaux
3	Comprendre comment les pensées affectent les émotions	Accueil et résumé Distinguer entre les pensées et les émotions Identifier les schémas de pensée contreproductifs Reconnaître les pensées négatives et le désespoir Arrêt de la pensée
4	Utiliser les pensées pour changer les émotions	Accueil et résumé Augmenter les pensées positives et l'espoir Changer les pensées négatives en pensées positives Changer les pensées négatives et l'homophobie internalisée par la méthode ABCD
5	Explorer comment les activités affectent les émotions	Accueil et résumé Examiner l'impact des activités sur les émotions Identifier les activités soutenantes et qui affirment l'identité Impact des activités affirmatives sur les émotions
6	Planification pour surmonter les pensées	Accueil et résumé Distinguer entre buts clairs et vagues

	contreproductives et les émotions négatives	Identifier les buts à court, moyen et long terme Soutenir l'espoir pour le futur
7	Comprendre l'impact du stress minoritaire et des attitudes/comportements anti-LGBTQ+ sur les relations sociales	Accueil et résumé Discrimination anti-LGBTQ+ peut amener un inconfort dans des contextes sociaux Répondre à la discrimination ou harcèlement en situation sociale Apprendre à s'affirmer
8	Développer un réseau de soutien et affirmatif	Accueil et résumé Maintenir un réseau social sain : observer les pensées, attentes, émotions et comportements dans les relations Identifier un plan pour construire un réseau de soutien

RÉFÉRENCES

Aide aux Trans du Québec. (2023). *S'outiller pour mieux intervenir avec les personnes trans, non binaires ou en questionnement de leur identité de genre*. https://atq1980.org/wp-content/uploads/2021/05/VFINALE_ATQ-Guide-general-Mis-a-CC%80-jour-2023-2.pdf

Alessi, E. J. (2014). A Framework for Incorporating Minority Stress Theory into Treatment with Sexual Minority Clients. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18(1), 47–66. <https://doi.org/10.1080/19359705.2013.789811>

Alessi, E. J., Dillon, F. R., et Kim, H. M. S. (2015). Therapist correlates of attitudes toward sexual minority individuals, affirmative counseling self-efficacy, and beliefs about affirmative practice. *Psychotherapy Research*, 26(4), 446–458. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1026422>

Alessi, E. J., Dillon, F. R., et Van Der Horn, R. (2019). The therapeutic relationship mediates the association between affirmative practice and psychological well-being among lesbian, gay, bisexual, and queer clients. *Psychotherapy*, 56(2), 229. <https://doi.org/10.1037/pst0000210>

Ali, S., et Barden, S. (2015). Considering the cycle of coming out: sexual minority identity development. *Professional Counselor*, 5(4). 10.15241/sa.5.4.501

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>

Anderson, K. N., Bautista, C. L., et Hope, D. A. (2019). Therapeutic alliance, cultural competence and minority status in premature termination of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 104–114. <https://doi.org/10.1037/ort0000342>

Anzani, A., Morris, E. R., et Galupo, M. P. (2019). From Absence of Microaggressions to Seeing Authentic Gender: Transgender Clients' Experiences with Microaffirmations in Therapy. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(4), 258–275. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1662359>

APA Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. (2021, février). *Guidelines for psychological practice with sexual minority persons*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>

Applegarth, G., et Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66–72. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>

Austin, A., Craig, S. L., et Alessi, E. J. (2017). Affirmative Cognitive Behavior Therapy with Transgender and Gender Nonconforming Adults. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(1), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>

Austin, A., Craig, S. L., et D'Souza, S. A. (2018). An AFFIRMative cognitive behavioral intervention for transgender youth: Preliminary effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(1), 1. <https://doi.org/10.1037/pro0000154>

Balsam, K. F., Martell, C. R., Jones, K. P., et Safren, S. A. (2019). Affirmative cognitive behavior therapy with sexual and gender minority people. In G. Y. Iwamasa & P. A. Hays (Eds.), *Culturally responsive cognitive behavior therapy: Practice and supervision* (2nd ed., pp. 287–314). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000119-012>

Banks, J. (2021). *Psychotherapists' approaches to transgender affirmative psychotherapy* [mémoire de maîtrise, The University of Western Ontario]. Western Libraries. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/7781/>

Bastien Charlebois, J. (2011). Au-delà de la phobie de l'homo: quand le concept d'homophobie porte ombrage à la lutte contre l'hétérosexisme et l'hétéronormativité. *Reflets*, 17(1), 112-149. <https://doi.org/10.7202/1005235ar>

Bauer, G. R., Pyne, J., Francino, M. C., et Hammond, R. (2013). Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice. *Service social*, 59(1), 35-62. <https://doi.org/10.7202/1017478ar>

Beard, C., Kirakosian, N., Silverman, A. L., Winer, J. P., Wadsworth, L. P., et Björgvinsson, T. (2017). Comparing treatment response between LGBQ and heterosexual individuals attending a CBT- and DBT-skills-based partial hospital. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(12), 1171–1181. <https://doi.org/10.1037/ccp0000251>

Berke, D. S., Maples-Keller, J. L., et Richards, P. (2016). LGBTQ perceptions of psychotherapy: A consensual qualitative analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(6), 373–382. <https://doi.org/10.1037/pro0000099>

Bhambhani, Y., Flynn, M. K., Kellum, K. K., et Wilson, K. G. (2020). The role of psychological flexibility as a mediator between experienced sexual racism and psychological distress among men of color who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 711–720. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1269-5>

- Blais, M., Gervais, J., et Hébert, M. (2014). Internalized homophobia as a partial mediator between homophobic bullying and self-esteem among youths of sexual minorities in Quebec (Canada). *Ciência & saúde coletiva*, 19, 727-735. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.16082013>
- Boroughs, M. S., Bedoya, C. A., O'Cleirigh, C., et Safren, S. A. (2015). Toward defining, measuring, and evaluating LGBT cultural competence for psychologists. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(2), 151-171. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12098>
- Bowleg, L. (2013). "Once you've blended the cake, you can't take the parts back to the main ingredients": Black gay and bisexual men's descriptions and experiences of intersectionality. *Sex roles*, 68, 754-767. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0152-4>
- Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., et McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 155-168. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516>
- Brewster, M. E., Motulsky, W., et Glaeser, E. (2019). Working with gender-expansive clients in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 75(11), 1993-2005. <https://doi.org/10.1002/jclp.22859>
- Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy*, 52(3), 287-297. <https://doi.org/10.1037/pst0000034>
- Budge, S. L., Sinnard, M. T., et Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy*, 58(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>
- Burckell, L. A., et Goldfried, M. R. (2006). Therapist qualities preferred by sexual-minority individuals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 32-49. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.32>
- Bureau de lutte contre l'homophobie et la transphobie. (2023). *Lexique sur la diversité sexuelle et de genre*. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/Violences/LEX-lexique-diversite-sexuelle-genre-FR-SCF.pdf>
- Burger, J., et Pachankis, J. E. (2024). State of the science: LGBTQ-affirmative psychotherapy. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.02.011>
- Burton, C. L., Wang, K., et Pachankis, J. E. (2019). Psychotherapy for the Spectrum of Sexual Minority Stress: Application and Technique of the ESTEEM Treatment Model. *Cognitive and behavioral practice*, 26(2), 285-299. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.05.001>
- Cardoso, B. L. A., Paim, K., Catelan, R. F., et Lieboss, E. H. (2023). Minority stress and the inner critic/oppressive sociocultural schema mode among sexual and gender minorities. *Current Psychology*, 42(23), 19991-19999. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03086-y>
- Casey, B. (2019). *The health of LGBTQIA2 communities in Canada*. House of Commons of Canada. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10574595/hesarp28/hesarp28-e.pdf>
- Cénat, J. M., Blais, M., Hébert, M., Lavoie, F., et Guerrier, M. (2015). Correlates of bullying in Quebec high school students: The vulnerability of sexual-minority youth. *Journal of affective disorders*, 183, 315-321. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.011>
- Cerbone, A. R. (2020). The straight therapist for the gay guy: Timely recommendations. *Practice Innovations*, 5(1), 45. <https://doi.org/10.1037/pri0000106>
- Chang, C. J., et Cohen, J. M. (2022). Doing affirmative dialectical behavior therapy with LGBTQ+ people: Clinical recommendations. *DBT bulletin*, 6, 11-15. https://www.researchgate.net/publication/361477129_Doining_Affirmative_Dialectical_Behavior_Therapy_with_LGBTQ_People_Clinical_Recommendations
- Charbonnier, É. et Graziani, P. (2013). Stress, risque suicidaire et annonce de son homosexualité. *Service social*, 59(1), 1-16. <https://doi.org/10.7202/1017476ar>
- Charbonnier, E., Dumas, F., Chesterman, A., et Graziani, P. (2018). Characteristics of stress and suicidal ideation in the disclosure of sexual orientation among young French LGB adults. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 290. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020290>
- Chase, J. A., Houmanfar, R., Hayes, S. C., Ward, T. A., Vilardaga, J. P., et Follette, V. (2013). Values are not just goals: Online ACT-based values training adds to goal setting in improving undergraduate college student performance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(3-4), 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.08.002>

- Chen, E. C., Boyd, D. M., et Cunningham, C. A. (2020). Demarginalizing Stigmatized Identities of Transgender and Gender Nonconforming Individuals Through Affirmative Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 70(4), 552–578. <https://doi.org/10.1080/00207284.2020.1755291>
- Christensen, A., et Doss, B. D. (2017). Integrative Behavioral Couple Therapy. *Current opinion in psychology*, 13, 111–114. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.022>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., et Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of adolescent health*, 55(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Cohen, J. M., Norona, J. C., Yadavia, J. E., et Borsari, B. (2021). Affirmative dialectical behavior therapy skills training with sexual minority veterans. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(1), 77–91. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.05.008>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., Nieder, T. O., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International journal of transgender health*, 23(Suppl 1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Collins, K. M., et Levitt, H. M. (2021). Heterosexism and the self: A systematic review informing LGBTQ-affirmative research and psychotherapy. *Journal of Gay & Lesbian Social Services: The Quarterly Journal of Community & Clinical Practice*, 33(3), 376–405. <https://doi.org/10.1080/10538720.2021.1919275>
- Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone II, C. J., Johnson, C. C., et Joseph, C. L. (2016). The mental health of transgender youth: Advances in understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489-495. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012>
- Craig, S. L., Eaton, A. D., Leung, V. W. Y., Iacono, G., Pang, N., Dillon, F., Austin, A., Pascoe, R., et Dobinson, C. (2021). Efficacy of affirmative cognitive behavioural group therapy for sexual and gender minority adolescents and young adults in community settings in Ontario, Canada. *BMC psychology*, 9(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00595-6>
- Craig, S. L., Leung, V. W. Y., Pascoe, R., Pang, N., Iacono, G., Austin, A., et Dillon, F. (2021). AFFIRM Online: Utilising an Affirmative Cognitive-Behavioural Digital Intervention to Improve Mental Health, Access, and Engagement among LGBTQA+ Youth and Young Adults. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1541. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041541>
- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *University of Chicago legal forum*, 1989(1-8). <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Cronin, T. J., Pepping, C. A., Halford, W. K., et Lyons, A. (2020). Minority Stress and Psychological Outcomes in Sexual Minorities: The Role of Barriers to Accessing Services. *Journal of Homosexuality*, 68(14), 2417–2429. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1804264>
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter, N. P., Vasey, J. J., Starks, M. T., et Sinclair, K. O. (2011). Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide and life-threatening behavior*, 35(6), 646-660. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.6.646>
- di Giacomo, E., Krausz, M., Colmegna, F., Aspesi, F., et Clerici, M. (2018). Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 172(12), 1145–1152. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2731>
- dickey, I. m., et Singh, A. A. (2020). Evidence-based relationship variables: Working with trans and gender nonbinary clients. *Practice Innovations*, 5(3), 189–201. <https://doi.org/10.1037/pri0000116>
- Dillon, F., et Worthington, R. L. (2003). The Lesbian, Gay and Bisexual Affirmative Counseling Self-Efficacy Inventory (LGB-CSI): Development, validation, and training implications. *Journal of Counseling Psychology*, 50(2), 235–251. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.2.235>
- Drescher, J. (2013). Gender identity diagnoses: History and controversies. *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge*, 137-150. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_7
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral sciences*, 5(4), 565-575.
- Drescher, J., et Fadus, M. (2020). Issues arising in psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Focus*, 18(3), 262-267. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200001>

- Duong, J., et Bradshaw, C. (2014). Associations between bullying and engaging in aggressive and suicidal behaviors among sexual minority youth: The moderating role of connectedness. *Journal of school health*, 84(10), 636-645. <https://doi.org/10.1111/josh.12196>
- Ebersole, R. C., Dillon, F. R., et Eklund, A. C. (2018). Mental Health Clinicians' Perceived Competence for Affirmative Practice with Bisexual Clients in Comparison to Lesbian and Gay Clients. *Journal of Bisexuality*, 18(2), 127-144. <https://doi.org/10.1080/15299716.2018.1428711>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., et Bucchianeri, M. M. (2015). Vulnerable bullies: Perpetration of peer harassment among youths across sexual orientation, weight, and disability status. *American journal of public health*, 105(9), 1784-1791. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302704>
- Ellis, A. E., Meade, N. G., et Brown, L. S. (2020). Evidence-based relationship variables when working with affectional and gender minority clients: A systematic review. *Practice Innovations*, 5(3), 202-217. <https://doi.org/10.1037/pri0000118>
- Exposito-Campos, P., Pérez-Fernández, J. I., et Salaberria, K. (2023). Empirically supported affirmative psychological interventions for transgender and non-binary youth and adults: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 100, 102229. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102229>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., et Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Fedewa, A. L., et Ahn, S. (2011). The Effects of Bullying and Peer Victimization on Sexual-Minority and Heterosexual Youths: A Quantitative Meta-Analysis of the Literature. *Journal of GLBT Family Studies*, 7(4), 398-418. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2011.592968>
- Feugé, É. A., Chamberland, L., Kamgain, O., et Dumas, J. (2017). Les femmes moins bien servies que les hommes? Évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles. *Service social*, 63(2), 99-113. <https://doi.org/10.7202/1046502ar>
- Flynn, M. K., et Bhambhani, Y. (2021). Internalized transphobia, nondisclosure of gender identity, and life satisfaction among transgender and non-binary adults: The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 194-201. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.04.008>
- Fowler, J. A., Viskovich, S., Buckley, L., et Dean, J. A. (2022). A call for ACTion: A systematic review of empirical evidence for the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with LGBTQI+ individuals. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 78-89. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.06.007>
- Full, W. S. (2021). *Psychodynamic Psychotherapy and Same-Sex Sexual Orientation: An Empirical Investigation* [thèse de doctorat, University College London]. UCL Discovery. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10125382/>
- Gates, T. G. et Kelly, B. (2017). Affirming Strengths-Based Models of Practice. Dans Dentato, M. P. (dir.), *Social Work Practice with the LGBTQ+ Community* (2e éd., p. 235-248). Oxford University Press.
- Geoffroy, M., et Chamberland, L. (2015). Discrimination des minorités sexuelles et de genre au travail: quelles implications pour la santé mentale?. *Santé mentale au Québec*, 40(3), 145-172. <https://doi.org/10.7202/1034916ar>
- Giammattei, S. V. (2015). Beyond the binary: Trans-negotiations in couple and family therapy. *Family process*, 54(3), 418-434. <https://doi.org/10.1111/famp.12167>
- Goldberg, S. K. et Conron, K. J., (2018, juillet). *How Many Same-Sex Couples in the U.S. are Raising Children?* The Williams Institute of UCLA School of Law. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Same-Sex-Parents-Jul-2018.pdf>
- Goldblum, P., Pflum, S., Skinta, M., et Balsam, K. (2017). Psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients: Theory and practice. *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*, 330-345.
- Gouvernement du Québec (2023, 10 novembre). *Réalités associées à la diversité sexuelle et la pluralité des genres*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/diversite-sexuelle-et-pluralite-des-genres/realites-associees-diversite-sexuelle-et-pluralite-genres>
- Grossman, A. H., Park, J. Y., et Russell, S. T. (2016). Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), 329-349. <https://doi.org/10.1080/19359705.2016.1207581>
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.

- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., et Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., et Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. New York, NY: The Guilford Press.
- Heck, N. C., Flentje, A., et Cochran, B. N. (2013). Intake interviewing with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients: Starting from a place of affirmation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 23–32. <https://doi.org/10.1007/s10879-012-9220-x>
- Henretty, J. R., et Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clinical psychology review*, 30(1), 63–77. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.004>
- Herek, G. M., et Glunt, E. K. (1993). Interpersonal contact and heterosexuals' attitudes toward gay men: Results from a national survey. *The Journal of Sex Research*, 30(3), 239–244. <https://doi.org/10.1080/00224499309551707>
- Hrehorciuc-Caragea, A., et White, L. T. (2017). An investigation of the relationship between psychological flexibility and bisexuality. *Journal of Bisexuality*, 17(4), 473–486. <https://doi.org/10.1080/15299716.2017.1377137>
- Kelley, F. A. (2015). The therapy relationship with lesbian and gay clients. *Psychotherapy*, 52(1), 113–118. <https://doi.org/10.1037/a0037958>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. et Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry*, 8, 1–17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kirmayer, L. J., Fung, K., Rousseau C., Lo, H. T., Menzies, P., Guzder, J., Ganesan, S., Andermann, L. et McKenzie, K. (2012). Directives pour la formation en psychiatrie culturelle. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 201–216. <https://doi.org/10.1177/070674371205700312>
- Kronner, H. W. (2012). Use of Self-Disclosure for the Gay Male Therapist: The Impact on Gay Males in Therapy. *Journal of Social Service Research*, 39(1), 78–94. <https://doi.org/10.1080/01488376.2012.686732>
- Lange, T. M. (2020). Trans-affirmative narrative exposure therapy (TA-NET): A therapeutic approach for targeting minority stress, internalized stigma, and trauma reactions among gender diverse adults. *Practice Innovations*, 5(3), 230–245. <https://doi.org/10.1037/pri0000126>
- Lange, T. M., Hilgeman, M. M., Portz, K. J., Intoccia, V. A., et Cramer, R. J. (2020). Pride in all Who Served: Development, Feasibility, and Initial Efficacy of a Health Education Group For LGBT Veterans. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(4), 484–504. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1770147>
- Lepage, G. (2024, 3 mai). *Un marqueur de sexe « X » sur sa carte d'assurance maladie*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/jeunesse/maj/2033164/non-binaire-trans-documents-ramq>
- Lingiardi, V., et Nardelli, N. (2019). Psychodynamic practice and LGBT communities. In D. Kealy & J. S. Ogrodniczuk (Eds.), *Contemporary psychodynamic psychotherapy: Evolving clinical practice* (pp. 267–279). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813373-6.00018-0>
- Lingiardi, V., Nardelli, N., et Drescher, J. (2015). New Italian lesbian, gay and bisexual psychotherapy guidelines: A review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 405–415. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1064875>
- Lloyd, J., Chalklin, V., et Bond, F. W. (2019). Psychological processes underlying the impact of gender-related discrimination on psychological distress in transgender and gender nonconforming people. *Journal of Counseling Psychology*, 66(5), 550–563. <https://doi.org/10.1037/cou0000371>
- Loi sur l'instruction publique. RLRQ c. I-13.3. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/I-13.3/>
- Lyons, H. Z., Bieschke, K. J., Dendy, A. K., Worthington, R. L., et Georgemiller, R. (2010). Psychologists' competence to treat lesbian, gay and bisexual clients: State of the field and strategies for improvement. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(5), 424–434. <https://doi.org/10.1037/a0021121>
- Manian, C. (2021). *Effects of a Therapist's Preliminary Self-Disclosure of Sexual Orientation on Prospective Clients' Perceptions* (Order No. 28419207). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global Closed Collection; Publicly Available Content Database. (2540507988). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/effects-therapist-s-preliminary-self-disclosure/docview/2540507988/se-2>

Martell (2020). Diversity in couples: clinical considerations in doing IBCT. Dans Christensen, A., Doss, B. D., et Jacobson, N. S. Eds. *Integrative behavioral couple therapy: A therapist's guide to creating acceptance and change*. WW Norton & Company.

Martell, C. (2022, 12 mai). *Affirmative CBT: What to Know When Working with LGBTQ+ Clients*. 12e Conférence annuelle de l'Association Canadienne des thérapies cognitives et comportementales, conférence virtuelle. <https://cacbt.ca/media/2067/cacbt-2022-conference-program-05052022.pdf>

Martin-Storey, A., Temcheff, C., Laventure, M. et Lévesque, G. (2019). Différences en matière de santé mentale selon le statut de minorité sexuelle. *Santé mentale au Québec*, 44(1), 47–66. <https://doi.org/10.7202/1060275ar>

Matos, M., Carvalho, S. A., Cunha, M., Galhardo, A., et Sepodes, C. (2017). Psychological flexibility and self-compassion in gay and heterosexual men: How they relate to childhood memories, shame, and depressive symptoms. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 11(2), 88–105. <https://doi.org/10.1080/15538605.2017.1310007>

McCullough, R., Dispenza, F., Parker, L. K., Viehl, C. J., Chang, C. Y., et Murphy, T. M. (2017). The counseling experiences of transgender and gender nonconforming clients. *Journal of Counseling & Development*, 95(4), 423–434. <https://doi.org/10.1002/jcad.12157>

McGeorge, C., et Stone Carlson, T. (2011). Deconstructing heterosexism: Becoming an LGB affirmative heterosexual couple and family therapist. *Journal of Marital and Family therapy*, 37(1), 14-26. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00149.x>

McIntyre, J., Daley, A., Rutherford, K., et Ross, L. E. (2012). Systems-level barriers in accessing supportive mental health services for sexual and gender minorities: Insights from the provider's perspective. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(2), 173-186. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2011-0023>

Medico, D., et Pullen-Sansfaçon, A. (2017). Pour des interventions anti-oppressives auprès des jeunes trans: nécessités sociales, évidences scientifiques et recommandations issues de la pratique. *Service social*, 63(2), 21-34. <https://doi.org/10.7202/1046497ar>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Milton, M., Coyle, A., et Legg, C. (2005). Countertransference issues in psychotherapy with lesbian and gay clients. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 7(3), 181–197. <https://doi.org/10.1080/13642530500183887>

Ministère de la Famille. (2020). Les familles homoparentales québécoises : qui sont-elles? Un portrait statistique à partir des données du Recensement du Canada de 2016. *Quelle famille ?*, 7(2). <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/quelle-famille-vol7no2-automne-2020.pdf>

Ministère de la Justice. (2021, 10 décembre). *Plan d'action gouvernemental pour prévenir et contrer les thérapies de conversion 2021-2023*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/gouv/homophobie-transphobie/PL_action_TC_2021-2023_MJQ.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023, 25 avril). *Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres* (publication no 23-302-01W). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-302-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023, 30 mars). *Interventions auprès des personnes adultes LGBTQ+*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-et-bien-etre-selon-le-sexe/sante-bien-etre-personnes-lgbtq/interventions-personnes-adultes-lgbtq/#ref-2>

Moitra, E., Brick, L. A., Cancelliere, M. K., Elwy, A. R., Erbe, A. M., Fenn, N., Nunn, A. S., Salhaney, P., et Chan, P. A. (2023). A randomized trial of acceptance-based behavioral therapy to improve mental health outcomes for LGBTQ+ persons: Study protocol. *Contemporary clinical trials*, 130, 107211. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2023.107211>

Moore, J., et Jenkins, P. (2012). 'Coming out' in therapy? Perceived risks and benefits of self-disclosure of sexual orientation by gay and lesbian therapists to straight clients. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(4), 308-315.

Moradi, B., et Budge, S. L. (2018). Engaging in LGBTQ+ affirmative psychotherapies with all clients: Defining themes and practices. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 2028-2042. <https://doi.org/10.1002/jclp.22687>

Morin, L. A., Brosseau, S., et Vinit, F. (2020). L'accompagnement vers l'actualisation de l'identité de genre selon la psychologie humaniste-existentielle du Soi. *Frontières*, 31(2). <https://doi.org/10.7202/1070337ar>

- Morrow, S. L. (2000). First do no harm: Therapist issues in psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. Dans R. M. Perez, K. A. DeBord, et K. J. Bieschke (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (pp. 137–156). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10339-006>
- Nadal, K. L., Davidoff, K. C., Davis, L. S., Wong, Y., Marshall, D., et McKenzie, V. (2015). A qualitative approach to intersectional microaggressions: Understanding influences of race, ethnicity, gender, sexuality, and religion. *Qualitative Psychology*, 2(2), 147–163. <https://doi.org/10.1037/qap0000026>
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., et Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *The Journal of Sex Research*, 53(4–5), 488–508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>
- O'Hara, C., Dispenza, F., Brack, G., et Blood, R. A. C. (2013). The Preparedness of Counselors in Training to Work with Transgender Clients: A Mixed Methods Investigation. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 7(3), 236–256. <https://doi.org/10.1080/15538605.2013.812929>
- O'Shaughnessy, T., et Spokane, A. R. (2013). Lesbian and gay affirmative therapy competency, self-efficacy, and personality in psychology trainees. *The Counseling Psychologist*, 41(6), 825–856. <https://doi.org/10.1177/0011000012459364>
- O'Shaughnessy, T., et Speir, Z. (2018). The state of LGBQ affirmative therapy clinical research: A mixed-methods systematic synthesis. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 82–98. <https://doi.org/10.1037/sgd0000259>
- Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychological bulletin*, 133(2), 328. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.328>
- Pachankis, J. E., et Goldfried, M. R. (2013). Clinical issues in working with lesbian, gay, and bisexual clients. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 45–58. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.45>
- Pachankis, J. E., et Hatzenbuehler, M. L. (2013). The Social Development of Contingent Self-Worth in Sexual Minority Young Men: An Empirical Investigation of the "Best Little Boy in the World" Hypothesis. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(2), 176–190. <https://doi.org/10.1080/01973533.2013.764304>
- Pachankis, J. E., Harkness, A., Maciejewski, K. R., Behari, K., Clark, K. A., McConocha, E., Winston, R., Adeyinka, O., Reynolds, J., Bränström, R., Esserman, D. A., Hatzenbuehler, M. L., et Safren, S. A. (2022). LGBQ-affirmative cognitive-behavioral therapy for young gay and bisexual men's mental and sexual health: A three-arm randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(6), 459–477. <https://doi.org/10.1037/ccp0000724>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., et Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 875–889. <https://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Pachankis, J. E., McConocha, E. M., Clark, K. A., Wang, K., Behari, K., Fetzner, B. K., Brisbin, C. D., Scheer, J. R., et Lehavot, K. (2020). A transdiagnostic minority stress intervention for gender diverse sexual minority women's depression, anxiety, and unhealthy alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(7), 613–630. <https://doi.org/10.1037/ccp0000508>
- Pachankis, J. E., Souliard, Z. A., Seager van Dyk, I., Layland, E. K., Clark, K. A., Levine, D. S., et Jackson, S. D. (2022). Training in LGBTQ-affirmative cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial across LGBTQ community centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(7), 582–599. <https://doi.org/10.1037/ccp0000745>
- Peter, T., Edkins, T., Watson, R., Adjei, J., Homma, Y., et Saewyc, E. (2017). Trends in suicidality among sexual minority and heterosexual students in a Canadian population-based cohort study. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 4(1), 115. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000211>
- Petersen, J., Krafft, J., Twohig, M. P., et Levin, M. (2019). Evaluating the Open and Engaged Components of Acceptance and Commitment Therapy in an Online Self-Guided Website: Results from a Pilot Trial. *Behavior Modification*. <https://doi.org/10.1177/0145445519878668>
- Pixton, S. (2003). Experiencing gay affirmative therapy: An exploration of clients' views of what is helpful. *Counselling & Psychotherapy Research*, 3(3), 211–215. <https://doi.org/10.1080/14733140312331384372>
- Plöderl, M. et Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367–385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Poteat, V. P., et Espelage, D. L. (2007). Predicting psychosocial consequences of homophobic victimization in middle school students. *The Journal of Early Adolescence*, 27(2), 175–191. <https://doi.org/10.1177/0272431606294839>

- Prokopenko, E. et Hango, D. (2022, 18 octobre). *Victimisation par intimidation chez les jeunes de la diversité sexuelle et de genre au Canada* (publication no 75-006-X). Statistique Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2022001/article/00010-fra.pdf?st=N7YP5_MQ
- Proujansky, R. A., et Pachankis, J. E. (2014). Toward formulating evidence-based principles of LGB-affirmative psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(2), 15. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v10i2.1854>
- Puckett, J. A., et Levitt, H. M. (2015). Internalized stigma within sexual and gender minorities: Change strategies and clinical implications. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(4), 329-349. <https://doi.org/10.1080/15538605.2015.1112336>
- Quiñones, T. J., Woodward, E. N., et Pantalone, D. W. (2015). Sexual minority reflections on their psychotherapy experiences. *Psychotherapy Research*, 27(2), 189-200. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1090035>
- Rafaeli, E., Maurer, O., et Thoma, N. C. (2015). Working with modes in schema therapy. In N. C. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 263-287). The Guilford Press.
- Raymond, G., Blais, M., Bergeron, F. A., et Hébert, M. (2015). Les expériences de victimisation, la santé mentale et le bien-être de jeunes trans au Québec. *Santé mentale au Québec*, 40(3), 77-92. <https://doi.org/10.7202/1034912ar>
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., et Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. In *Non-binary and genderqueer genders* (pp. 157-170). Routledge. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069>
- Rutherford, K., McIntyre, J., Daley, A., et Ross, L. E. (2012). Development of expertise in mental health service provision for lesbian, gay, bisexual and transgender communities. *Medical education*, 46(9), 903-913. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04272.x>
- Safran, J. D., Muran, J. C., et Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Sasso, T. et Ellard-Gray, A. (2015). *In & Out Diverging Perspectives on LGBT+ Inclusion in the Workplace*. Canadian Centre for Diversity and Inclusion. <https://ccdi.ca/media/1070/20150528-report-lgbt-inclusion-in-the-workplace-en.pdf>
- Schwab, A., Peter, N., Lawson, K., et Jessani, A. (2022). "Expectation is Always that the Practitioner Might Not Be Okay with Queerness": Experiences of LGBTQ+ With the Healthcare System in Saskatchewan, Canada. *Journal of Homosexuality*, 71(1), 56-71. <https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2103871>
- Shelton, K., et Delgado-Romero, E. A. (2011). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 210-221. <https://doi.org/10.1037/a0022251>
- Singh, R. S., et O'Brien, W. H. (2020). The impact of work stress on sexual minority employees: Could psychological flexibility be a helpful solution?. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 36(1), 59-74. <https://doi.org/10.1002/smi.2913>
- Smith, G., Bartlett, A., et King, M. (2004). Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s—an oral history: the experience of patients. *Bmj*, 328(7437), 427. <https://doi.org/10.1136/bmj.37984.442419.EE>
- Société canadienne de psychologie. (2015). *Énoncé de politique de la Société canadienne de psychologie sur la thérapie de conversion/thérapie réparatrice dans le but de modifier l'orientation sexuelle*. https://cpa.ca/docs/File/Position/20_022_100CPA_PolicyStatement_ConversionReparativeTherapyforSexualOrientation_approved2015-FR.pdf
- Spengler, E. S., Miller, D. J., et Spengler, P. M. (2016). Microaggressions: Clinical errors with sexual minority clients. *Psychotherapy*, 53(3), 360-366. <https://doi.org/10.1037/pst0000073>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A., Nadal, K. L., et Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *American psychologist*, 62(4), 271. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., et Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 2(1), 65. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- The Trevor Project (2023). *2023 U.S. National Survey on the Mental Health of LGBTQ Young People*. https://www.thetrevorproject.org/survey-2023/assets/static/05_TREVOR05_2023survey.pdf
- Tjepkema, M. (2008, 19 mars). *Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada* (publication no 82-003-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2008001/article/10532-fra.pdf#shr-pg0>

- Tomicic, A., Martínez, C., et Rodríguez, J. (2020). Using the generic model of psychotherapy to develop a culturally-sensitive approach to psychotherapy with sexual and gender minority patients. *Frontiers in Psychology*, 11, 599319. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599319>
- Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T., et Saewyc, E. M. (2017). Mental Health Disparities Among Canadian Transgender Youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 60(1), 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.014>
- Veltman, A., et Chaimowitz, G. (2014). Soins et services de santé mentale à l'intention des lesbiennes, des gais, des bisexuels, des transgenres et des queers. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 1–8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244882/>
- Villatte, J. L., Vilardaga, R., Villatte, M., Plumb Vilardaga, J. C., Atkins, D. C., et Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy modules: Differential impact on treatment processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 77, 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.001>
- Viskovich, S., Pakenham, K. I., et Fowler, J. A. (2021). A mixed-methods evaluation of experiential intervention exercises for values and committed action from an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) mental health promotion program for university students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 22, 108–118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.10.001>
- Weeks, S. N., Renshaw, T. L., Galliher, R. V., et Tehee, M. (2020). The moderating role of psychological inflexibility in the relationship between minority stress, substance misuse, and suicidality in LGB+ adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 276–286. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.10.007>
- Whitton, S. W., Weitbrecht, E. M., et Kuryluk, A. D. (2015). Monogamy agreements in male same-sex couples: Associations with relationship quality and individual well-being. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 14(1), 39–63. <https://doi.org/10.1080/15332691.2014.953649>
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E., Klosko, J. S., et Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J., et Behary, W. T. (1998). Schema-focused therapy for personality disorders. In N. Tarrier, A. Wells, & G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach* (pp. 340–376). John Wiley & Sons Ltd.

Approches affirmatives en psychothérapie auprès des personnes LGBTQ+ en résumé

Que sont les approches affirmatives en psychothérapie?

L'approche affirmative en psychothérapie auprès des personnes LGBTQ+ est de plus en plus reconnue comme une approche pertinente et nécessaire. Cette approche repose sur des principes fondamentaux de respect, de validation et d'inclusion des identités et des expériences LGBTQ+. Elle répond à un besoin dans un contexte où les personnes LGBTQ+ peuvent être confrontées à la marginalisation et à la discrimination dans leurs parcours de vie, y compris au sein des milieux de soins et de psychothérapie. La thérapie affirmative repose sur le postulat que chaque individu, indépendamment de son orientation sexuelle ou de son identité de genre, mérite un accompagnement thérapeutique respectueux et inclusif. Elle reconnaît et célèbre la diversité des identités humaines, offrant un contrepoint crucial aux préjugés et aux discriminations qui peuvent entraver le bien-être psychologique des personnes LGBTQ+.

A qui s'adresse-t-elle?

Elle s'adresse aux personnes issues des diversités sexuelles et de genres. Celles-ci sont plus à risque de souffrir de problèmes de santé mentale que celles s'identifiant comme hétérosexuelles et cisgenres. Des expériences d'intolérance, de victimisation et de stress qui sont particulières aux réalités LGBTQ+ peuvent influencer le développement identitaire et favoriser l'émergence de souffrance psychologique.

Comment les appliquer?

Les approches affirmatives se déclinent sous forme de thérapie individuelle, de thérapie de couple, familiale et de groupe.

Quels outils sont disponibles?

Modèle du stress minoritaire

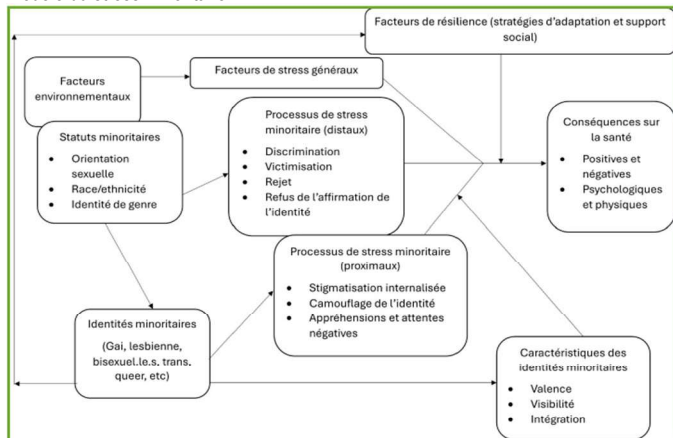


Figure 1. Modèle du stress minoritaire (Adapté de Lange et al., 2020)

Principes généraux :

Travail d'introspection à faire avant la conduite d'évaluation

Lutter contre les attitudes hétérocisnormatives et affirmer sa propre identité en tant que psychothérapeute qui adopte une approche inclusive :

- Examen de ses propres biais hétérocisnormatifs
- Reconnaître les microagressions en thérapie et favoriser des expériences correctrices
- Adopter un langage affirmatif
- Créer un environnement affirmatif

Développer des connaissances précises sur les expériences et la diversité des personnes LGBTQ+ :

- Recherche active de circonstances opportunes visant à enrichir la compréhension des expériences LGBTQ+.
- Rechercher des occasions d'être en contact avec des personnes appartenant aux diversités sexuelles et de genres

Intégrer les connaissances spécifiques sur les expériences et la diversité des personnes LGBTQ+ dans les actions thérapeutiques

- Intégrer une évaluation et des interventions touchant le stress minoritaire.
- Soutenir la résilience.
- Développer des stratégies de régulation affective. Lexique LGBTQ+
- Soutenir l'acquisition de compétences de base en relations interpersonnelles
- Ne pas présumer que tous les enjeux de santé mentale sont associés à l'identité sexuelle ou de genre

Principes particuliers aux réalités trans et non binaires

- Reconnaître le rôle de gatekeeper attribué aux cliniciens et cliniciennes et s'efforcer activement de s'en affranchir
- Adopter un rôle de défense des droits (advocacy).
- Reconnaître et valider la pluralité des expériences trans.
- Utilisation de microaffirmations.
 - A. Éviter les microagressions.
 - B. Reconnaître la cisnormativité.

C. Ébranler (disrupt) la cisnormativité.

D. Accueillir l'authenticité de l'identité de genre.

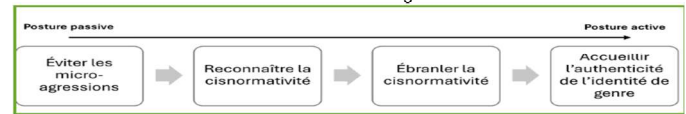
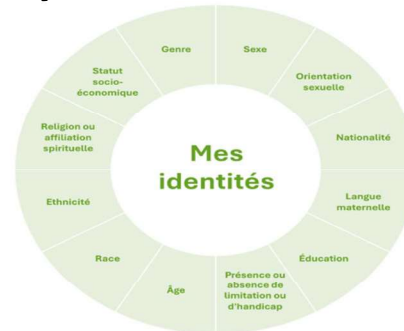


Figure 2. Continuum des microaffirmations (Adapté de Anzani et al., 2019)

Enjeux entourant le coming out :

- Exploration des motivations
- Exploration des conséquences

Comment interroger l'identité?



1. À quels aspects de votre identité pensez-vous le plus souvent?	
2. À quels aspects de votre identité pensez-vous le moins souvent?	
3. Quels aspects de votre identité souhaiteriez-vous mieux connaître?	
4. Quels aspects de votre identité ont le plus d'impact sur la façon dont vous vous percevez?	
5. Quels aspects de votre identité ont le plus grand impact sur la façon dont les autres vous perçoivent?	

Figure 3. Roue des identités (Adapté de Martell, 2022)

Dévoilement des psychothérapeutes :

« En général, je ne partage pas d'informations sur mon orientation sexuelle avec les clients potentiels par téléphone, mais il est important de noter que je soutiens et célèbre toutes les formes de diversité, y compris celles de la communauté LGBTQ+. Nous pourrions en discuter lors de notre première séance si vous le souhaitez, ou je serais également heureux de vous orienter vers d'autres thérapeutes si cela vous convient. » (Heck et al., 2013)

En annexe de ce document :

- Ressources communautaires pour les patientes et patients
- Ressources cliniques pour les patientes et patients
- Ressources pour les thérapeutes
- Exemples de questions pour améliorer l'inclusivité des formulaires d'inscription
- Modèle de lettre de recommandation pour des soins d'affirmation de genre
- Exemples de microagressions touchant les identités LGBTQ+ en psychothérapie
- Protocole ESTEEM
- Protocole AFFIRM

[Aide-mémoire sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres des personnes aînées](#)

Comment se former?

Lectures recommandées :

[APA Guidelines for Psychological Practice with Sexual Minority Persons](#)

[Strategies for Delivering AFFIRMative CBT to LGBTQ+ Youth](#) (Shelley Craig, Ashley Austin)

[APA Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People](#)

[Je m'engage : Un manuel pour les professionnels en santé et services sociaux qui travaillent avec des personnes trans](#)

[Les minorités sexuelles : concepts, prémisses et structure d'une approche clinique adaptée](#)

[Lignes directrices du Gouvernement du Québec sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres](#)

[Lignes directrices de la World Professional Association for Transgender Health \(WPATH\)](#)

[Pratiques anti-oppressives auprès des jeunes trans](#) (OTSTCFQ)

Vidéos :

[Psychothérapie affirmative : interventions adaptées à la diversité sexuelle et de genre](#) (William Davidson Urbain)

[Clinique mauve : soins aux personnes LGBTQ+ migrantes et racisées](#) (Jin Lee)

[Behavioral Interventions & Role of Stigma](#) (John Pachankis)

[Enjeux de santé trans](#) (Andrew Bui)

[Clinique mauve : soins aux personnes LGBTQ+ migrantes et racisées](#) (Jin Lee)

[Comment intervenir adéquatement auprès des jeunes de la diversité sexuelle et de genre?](#) (Catherine Guillou, Florence Valiquette-Savoie)

Formations

[Chaire de recherche du Canada sur les enfants trans et leurs familles](#)

[Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres](#)

[Sexes, genres et orientations sexuelles : comprendre la diversité](#) - Institut national de santé publique du Québec

[Trans-diversité 2 : santé et services sociaux](#) - Université de Montréal

[Chemsex : des savoirs pour adapter nos interventions avec sensibilité et compétence](#) - Institut national de santé publique du Québec

[Comprendre et bien accueillir les personnes trans et non-binaires en périnatalité](#) - Coalition des familles LGB