

MEMOIRE

Pour le

CERTIFICAT DE CAPACITE EN ORTHOPHONIE

L'orthophonie pour toustes : exploration de la compétence
interculturelle relative aux diversités sexuelles et à la pluralité
des genres dans le milieu de l'orthophonie en France

par

Élio Pannetier

Présenté et soutenu publiquement le 13 juin 2024

Président·e : Der Azarian – Mélanie – Orthophoniste et chargée d'enseignement au CFUO de Nantes

Directeur·ice de mémoire : Soyez-Gayout – Aurel – Psychologue clinicien

Co-directeurice de mémoire : Verduyckt – Ingrid – Professeure agrégée

Membre du jury : Prudhon – Emmanuelle – Orthophoniste, co-directrice pédagogique et chargée d'enseignement au CFUO de Nantes

REMERCIEMENTS

Je remercie Ingrid Verduyck et Aurel Soyez-Gayout pour leur entrain face à ce travail, la qualité de leurs conseils et leur précieuse écoute. Merci de m'avoir fait confiance tout au long de ces années, d'avoir toujours trouvé des solutions face aux difficultés rencontrées et d'avoir su user d'humour aux moments où nous en avons bien besoin. Merci de m'avoir partagé vos regards respectifs sur l'orthophonie et de m'avoir aidé à ouvrir des portes vers de belles perspectives. C'est une chance de vous avoir eu comme encadrant·e·s pour ce mémoire.

Je remercie également Élie Tremblay, pour son enthousiasme à collaborer ensemble dès notre première rencontre. Tu as été tout d'abord un·e collègue formidable, qui m'a ouvert la voie vers « l'orthophonie pour toustes » avec beaucoup de générosité. Je n'oublierai pas toutes ces heures de visio passées ensemble, ces moments de complicité et tout le soutien que l'on s'est apporté au cours de ces trois années. Autant de moments partagés qui ont laissé place à la construction d'une merveilleuse amitié. Merci pour tout ce que tu m'as offert à travers ce projet. Le mercredi est devenu mon jour préféré de la semaine.

Je remercie aussi Lola, pour sa relecture attentive, ses conseils et sa double expertise. Son regard extérieur a permis d'ajouter une valeur précieuse à ce travail.

Merci à mes maîtres de stage pour cette dernière année, grâce à qui j'ai repris confiance et me suis de nouveau autorisé à construire mes futurs projets orthophoniques.

Merci à mes ami.e.s qui m'ont ouvert la porte à un véritable espace de liberté, tant dans mon identité personnelle que professionnelle. Merci pour l'amour, le soutien, les rires et tout le reste. Un remerciement particulier à Chloé et Lilou pour m'avoir laissé traîner de longues heures chez vous dans l'espoir de terminer à temps ce mémoire.

Enfin, mes derniers remerciements vont à Théo, pour le soutien sans faille dès le premier jour. Tu n'as pas hésité une seule seconde à changer 25 ans d'habitudes, merci pour tout le bien et la force que ça m'a apporté.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Engagement de non-plagiat

Je soussigné(e) Élioz PANNETIER déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Nantes

Le : 19/05/2024

Signature :



Table des matières

Liste des figures	5
Liste des tableaux	6
Liste des abréviations	7
Avant-propos	8
Introduction	9
1. Les inégalités sociales de santé en France.....	9
1.1. Discrimination et inégalités sociales de santé	9
1.2. La place de la diversité sexuelle et des pluralités de genre au sein des inégalités sociales de santé.....	10
1.3. La compétence interculturelle	12
1.4. La compétence interculturelle auprès des personnes 2S/LGBTQIA+.....	14
2. L'orthophonie et la compétence interculturelle en lien avec les DSPG	15
2.1. Les personnes 2S/LGBTQIA+ et l'orthophonie.....	16
2.2. Nécessité d'une prise en compte des DSPG en orthophonie.....	16
2.3. La compétence interculturelle auprès des personnes 2S/LGBTQIA+ en orthophonie.....	18
3. Objectifs et questions de recherche	19
Méthodologie	20
1. Population.....	20
2. Procédure.....	20
2.1. Ethique, consentement et anonymat	20
2.2. Diffusion du sondage.....	21
3. Conception du sondage	21
4. Analyse des données	22
Résultats	23
1. Données socio-démographiques/caractéristiques des répondant·e·s.....	23
2. Fiabilité du questionnaire	23
3. Ampleur et nature des besoins.....	24
3.1. Dimension comportementale : : écarts entre les ajustements actuellement apportés aux pratiques professionnelles et ceux perçus comme importants	24
3.2. Dimension cognitive : éléments de conscience critique et de connaissances individuelles qui soutiennent l'ajustement des pratiques.....	28
3.3. Dimension contextuelle : facilitateurs et obstacles organisationnels à l'ajustement des pratiques	30
4. Distribution des besoins	33
4.1. Variation des besoins en fonction des caractéristiques sociodémographiques.....	33
4.2. Variation des besoins en fonction des relations aux communautés 2S/LGBTQIA+.....	38
5. Exploration de solutions potentielles.....	41

Discussion	44
1. Accueillir les personnes 2S/LGBTQIA+ en orthophonie	45
2. La difficulté à identifier les besoins	46
2.1. De bonnes connaissances théoriques générales.....	46
2.2. Développer une conscience critique et des connaissances spécifiques en orthophonie pour mieux identifier les besoins	46
2.3. Se sentir concerné·e·s	47
3. Favoriser la prise de conscience et initier des changements	48
3.1. Développer et promouvoir la recherche	48
3.2. Se former	49
4. Prendre position pour faciliter la mise en place d’actions sensibles	51
4.1. De la part des orthophonistes	51
4.2. De la part des organismes de réglementation	53
Biais et Limites.....	55
Forces	57
Perspectives de recherche.....	57
Conclusion.....	58
Bibliographie.....	60
Annexes.....	74

LISTE DES FIGURES

FIGURES

Figure 1. *Cadre conceptuel de la compétence interculturelle de Balcazar et al. (2009, traduit en français)*

Figure 2. *Cadre conceptuel des antécédents et conséquences la compétence interculturelle (Sharifi et al., 2019, traduit en français)*

Figure 3. *Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur les situations souhaitées dans les pratiques professionnelles ; dimension comportementale de la compétence interculturelle*

Figure 4. *Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la situation actuelle dans les pratiques professionnelles ; dimension comportementale de la compétence interculturelle*

Figure 5. *Comparaison du pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la situation actuelle dans les pratiques professionnelles au pourcentage de la situation souhaitée ; dimension comportementale de la compétence interculturelle*

Figure 6. *Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la dimension cognitive de la compétence interculturelle*

Figure 7. *Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la dimension contextuelle de la compétence interculturelle au sein des milieux de travail*

Figure 8. *Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la présence de personnes 2S/LGBTQIA+ côtoyées dans les études en orthophonie*

Figure 9. *Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la dimension contextuelle de la compétence interculturelle au sein des institutions et organismes de règlementations*

Figure 10. *Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions explorant les solutions potentielles*

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX

Tableau 1. *Analyse des corrélations entre le niveau de connaissances et de consciences et le niveau de pratique souhaitée des répondant-e-s à l'échelle de Likert*

Tableau 2. *Analyse des corrélations entre le niveau de connaissances et de consciences et le niveau de pratique actuelle des répondant-e-s à l'échelle de Likert*

Tableau 3. *Analyse des corrélations entre les réponses à l'échelle de Likert des questions portant sur la compétence interculturelle (A1 à A12, B1 à B12, C1 à C12 et C16) et le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage et la formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+*

Tableau 4. *Analyse des relations entre le milieu de pratique des répondant-e-s et le niveau de connaissances, des pratiques souhaitées, l'état des pratiques actuelles et les situations contextuelles*

Tableau 5. *Analyse des relations entre l'autoidentification 2S/LGBTQIA+ des répondant-e-s et le niveau de connaissances, des pratiques souhaitées, l'état des pratiques actuelles et les situations contextuelles*

Tableau 6. *Analyse des corrélations entre le niveau d'accord des répondant-e-s aux solutions proposées et le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage et la formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+*

Tableau 7. *Analyse des relations entre le milieu de pratique des répondant-e-s et l'intérêt accordé aux solutions potentielles*

Tableau 8. *Analyse des relations entre l'autoidentification 2S/LGBTQIA+ des répondant-e-s et l'intérêt accordé aux solutions potentielles*

LISTE DES ABREVIATIONS

2S/LGBTQIA+ : Bispirituel·le, lesbien·ne, gai·e, bisexuel·le, trans, queer, en questionnement, intersexe, asexuel·le, aromantique et plus

ARS : Agence Régionale de Santé

DI : Déficience intellectuelle

DSPG : Diversité sexuelle et pluralité des genre

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

HAS : Haute Autorité de Santé

ISS : Inégalités sociales de santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

LGB : lesbien·ne, gai·e et bisexuel·le

MA : Maladie d'Alzheimer

UNADREO : Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie

AVANT-PROPOS

Note explicative sur l'écriture inclusive

De par le sujet qu'il traite et afin de n'effacer aucune minorité de genre, ce travail a été rédigé dans sa totalité en écriture inclusive. Cela comprend l'utilisation de formulations non-genrées, le point médian ainsi que des néologismes inclusifs. Un tableau explicatif réalisé par Tremblay et al. (2022) pour son Travail Dirigé permet d'expliquer les accords qui seront réalisés :

Féminin	Masculin	Inclusif
Elle / elles	Il / ils	Iel / iels
Elle / elles	Lui / eux	Ellui / elleux
Celle / celles	Celui / ceux	Cellui / celleux
Toute / toutes	Tout / tous	Toustes
-ice	-eur	-eurice

Au besoin, la règle de proximité sera utilisée pour l'accord des adjectifs lorsqu'ils se rapportent à la fois à un nom (ou pronom) masculin et à un nom (ou pronom) féminin. Cela vise à éviter que le masculin l'emporte sur le féminin.

Diversité sexuelle et pluralités de genre

L'orientation sexuelle, se réfère au(x) genre(s) par le(s)quel(s) une personne est attirée (Bize et al., 2011). L'identité de genre décrit, indépendamment du phénotype, le sentiment profond d'une personne d'être un homme ou une femme, ou d'un genre différent (Bize et al., 2011).

Les orientations sexuelles et les identités de genre sont multiples. Elles sont regroupées sous le terme de diversité sexuelle et pluralités de genre (DSPG), afin de faire référence à l'ensemble des êtres humains, dans la variété de leurs identités et comportements liés à la sexualité et au genre (Tremblay et al., 2022). Au sein de cette diversité, il existe des personnes dont l'orientation sexuelle et l'identité de genre s'écartent des normes culturelles d'hétérosexualité et de genre, qui peuvent être nommées comme minorités sexuelles et de genre (Cooper et al., 2022). Afin de représenter un large éventail des réalités (Haymer et al., 2020), le choix a été fait pour ce travail d'utiliser l'acronyme 2S/LGBTQIA+. Cet acronyme regroupe les personnes bispirituelles (Two-Spirits), lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queer, en questionnement, intersexes, asexuelles, aromantiques et plus.

INTRODUCTION

1. Les inégalités sociales de santé en France

1.1. Discrimination et inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé (ISS) – appelées aussi disparités en matière de santé – sont « des différences systématiques, potentiellement évitables sur le plan de la santé – ou sur le plan des facteurs de risques influençant la santé – entre des groupes d’individus plus ou moins favorisés socialement ». Ces différences injustes affectent négativement l’état de santé des groupes d’individus déjà socialement défavorisés – tels que les personnes pauvres, appartenant à des groupes ethniques défavorisés, aux minorités de genre ou n’étant pas hétérosexuelles (Braveman, 2006, p. 180, traduction libre).

Un des constituants des ISS sont les inégalités d’accès aux soins (primaires et secondaires) c’est-à-dire la possibilité pour les individus d’utiliser des services de santé de manière adaptée en vue d’obtenir une meilleure santé (Lombrail, 2000). L’accès primaire concerne la possibilité d’entrer dans le système de santé, d’obtenir une protection sociale, d’accéder à des professionnel·le·s de santé. L’accès secondaire concerne la manière dont se déroulent les soins, l’identification du besoin de soin, la pertinence et la qualité des soins proposés (Lombrail, 2007). Deux types d’inégalités d’accès secondaire aux soins se distinguent : les inégalités d’accès « par construction » et par « omission ». Les inégalités d’accès par « construction » renvoient à l’absence de prise en compte des ISS et des déterminants sociaux dans l’élaboration des programmes institutionnels ou des recommandations de pratiques. Les déterminants sociaux renvoient aux « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu’aux systèmes de soins qui leur sont offerts » (OMS, 2008, p. 3). Ainsi quand ces programmes et recommandations sont créés, ils vont avoir tendance à accentuer les ISS car ils ne sont pas adaptés aux différents besoins de chaque groupe d’individus. Les inégalités d’accès « par omission » font référence au fonctionnement du système de santé qui est incapable de tenir compte de la dimension sociale des inégalités de santé, qui méconnaît les enjeux spécifiques des ISS et qui par conséquent est inactif dans la recherche de leur réduction. Par exemple, le manque de compétences des professionnel·le·s de santé concernant les sexualités entre personnes à vulve expose à un défaut de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et d’examens gynécologiques efficaces alors même que les recommandations en matière de prévention contre la transmission des IST se sont largement développées depuis ces trente dernières années (Genon et al., 2009). Cette inaction perpétue les inégalités d’accès par « omission ». De plus, lorsque des déterminants sociaux

jouant un rôle dans les ISS sont perçus, les dispositifs nationaux mis en place ne mentionnent pas d'objectifs explicites de réduction des ISS. Ces programmes « construits » continuent d'entretenir des inégalités d'accès aux soins.

Mesurer les ISS permet de mettre en lien les caractéristiques dites « sociales » des individus – c'est-à-dire les caractéristiques permettant de qualifier leur position dans la hiérarchie sociale – et leurs caractéristiques de santé (Pampalon et al., 2013). En France, ces mesures ne sont pas collectées de manière systématique et proviennent souvent de sources différentes. Ainsi, malgré l'existence de lois qui interdisent les discriminations dans l'accès aux soins (Article L1110-3 – Code de la santé publique, 2022), les actions des pouvoirs publics sont peu efficaces et insuffisantes au regard du manque de données existantes sur les degrés d'importance des ISS, leurs origines, les facteurs participant à leur développement et les besoins nécessaires à leur réduction (Gorza & Eilstein, 2018).

1.2. La place de la diversité sexuelle et des pluralités de genre au sein des inégalités sociales de santé

La proportion de personnes s'inscrivant dans la communauté 2S/LGBTQIA+ est difficile à estimer. En France, l'Institut français d'opinion publique (2019) pour la Fondation Jasmin Roy Sophie Desmarais indique que 3,2 % de la population majeure se définit comme homosexuelle et 4,8 % comme bisexuelle. Ces chiffres ne prennent pas en compte toutes les diversités d'orientation sexuelle existantes et n'incluent que les personnes n'éprouvant pas de difficultés à exprimer leur orientation sexuelle. On peut supposer qu'il existe une part plus importante de personnes dont l'orientation s'inscrit dans la communauté 2S/LGBTQIA+. Les chiffres concernant la pluralité des genres sont tout aussi difficiles à estimer. Ils dépendent de la méthode utilisée, de la façon dont sont questionnés les échantillons de la population sur leur identité de genre et des critères d'inclusion retenus dans les études existantes – chirurgies d'affirmation de genre, hormonothérapie, diagnostic de dysphorie de genre, autodéclaration de l'identité de genre, changement de prénom ou de la mention de sexe à l'état civil (Collin et al., 2016; Herman, 2014; OCDE, 2019). Les estimations de la prévalence dans la population totale varient de 1 à 30 pour 100 000 personnes allant jusqu'à .1 à .7 % selon les critères retenus dans les études analysées par Collin et al. (2016). Les différences de méthodologie et le manque de collecte systématique de données au sein des populations étudiées expliquent la grande variabilité des résultats et limitent la valeur que l'on peut y accorder. D'après la *Fiche pratique sur le respect des droits des personnes trans*, réalisée en 2019 par la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT (DILCRAH ; 2019), il n'existe pas à l'heure actuelle d'étude représentative du nombre de personnes trans

en France. Enfin, le manque de collecte systématique de données et la variabilité des définitions utilisées ne permet pas d'obtenir de chiffres certains sur le nombre de personnes intersexes. En 2000, Blackless et al. ont réalisé une méta-analyse de données de la littérature médicale qui a permis d'obtenir une estimation équivalant à 1.7 % de personnes intersexes dans la population totale. Cependant étant donnée la nature eurocentrée de la plupart des données médicales, les auteurices précisent que cette estimation ne pourrait s'appliquer qu'à une population générique euro-américaine et blanche.

Concernant l'accès aux soins, Lombrail (2007) explique qu'il existe plusieurs facteurs qui influencent les trajectoires de soins dans un sens plus ou moins favorable pour les personnes soignées. Tout d'abord, les caractéristiques individuelles de celles-ci jouent un rôle dans l'interaction soignant·e-soigné·e et donc sur la qualité de prise en soin. L'orientation sexuelle et l'identité de genre faisant partie des caractéristiques individuelles, on peut supposer qu'elles peuvent avoir une influence sur cette interaction. Aussi, les compétences, attitudes et pratiques des professionnel·le·s de santé conditionnent leur capacité à délivrer des services de soins adaptés auprès de certains groupes de population, comme cela peut être le cas pour la communauté 2S/LGBTQIA+.

De nombreuses études menées mondialement font état d'un lien entre l'identité 2S/LGBTQIA+ et une prévalence plus élevée de problèmes de santé mentale (Flentje et al., 2020 ; Rees et al., 2021) et physique (Flentje et al., 2020) chez cette population en comparaison avec la population générale. Ces problèmes sont mis en lien avec le stress minoritaire vécu par les personnes 2S/LGBTQIA+ (Rees et al, 2021), c'est-à-dire l'ensemble spécifique de facteurs de stress lié à l'appartenance à une catégorie sociale stigmatisée et à la discrimination vécue sous diverses formes au quotidien compte tenu de cette appartenance (Correro & Nielson, 2020; Dean et al., 2016; Meyer, 2003, 2015; Tremblay et al., 2022). Ces facteurs de stress comprennent notamment l'expérience de préjugés, l'anticipation de préjugés, la dissimulation de l'orientation sexuelle et la stigmatisation intériorisée (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016). Les microagressions hétérocisnormatives – forme de discrimination implicite résultant de préjugés intériorisés – au sein des établissements de soin participent à augmenter le stress minoritaire des personnes 2S/LGBTQIA+ (Dean et al., 2016). Elles sapent la confiance des patient·e·s envers les soignant·e·s, ce qui peut les conduire à ne pas révéler d'informations potentiellement importantes en lien avec leur sexualité ou leur identité de genre ce qui peut induire un mauvais diagnostic ou mener à des soins inappropriés. De plus, la communauté 2S/LGBTQIA+ est composée d'un large éventail de personnes issues de cultures, d'appartenances, d'origines, de

milieux ethniques et religieux et de statuts socio-économiques différents. Ainsi, pour les personnes se trouvant à l'intersection d'autres discriminations s'ajoutant à celles subies en raison de leur appartenance à la communauté 2S/LGBTQIA+, les disparités en matière de santé sont plus importantes. C'est le cas par exemple des personnes 2S/LGBTQIA+ issues de minorités ethniques qui font face à des microagressions liées à la fois au racisme et à l'hétérosexisme (Balsam et al., 2011; Bi et al., 2020).

En France, nous disposons de peu de données concernant le stress minoritaire vécu par les personnes 2S/LGBTQIA+ (Alessandrin et al., 2020). Cependant, le rapport annuel de SOS homophobie (2022), dans lequel 75 % des personnes interrogées déclaraient avoir fait l'expérience de violences LGBTIphobes en France au cours de l'année 2020, indique que cette population est susceptible de vivre des situations peu sécuritaires en lien avec leur identité. Les milieux de la santé ne font pas exception. Dans l'enquête d'Alessandrin et al. (2020), 60 % des personnes LGBTQIA+ rapportaient avoir été mal à l'aise du fait de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre devant un·e médecin·e, et 40 % déclaraient ne pas parler de leur orientation sexuelle ou identité de genre à leur médecin généraliste. Dans la thèse de Thibaut Jedrzejewski, (2016), 50,8 % des hommes gays et femmes lesbiennes participant·e·s ont répondu avoir peur d'être discriminé·e·s ou jugé·e·s en annonçant leur orientation sexuelle à leur médecin. Enfin, à l'échelle européenne, sur les 93 000 personnes 2S/LGBTQIA+ interrogé·e·s par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA, EU LGBT Survey, 2014), 10 % des répondant·e·s ayant utilisé des services de soins dans les 12 mois précédant l'enquête déclaraient s'être senti·e·s discriminé·e·s par les professionnel·le·s de santé rencontré·e·s. Ces enquêtes révèlent qu'il existe un manque de confiance accordé aux soignant·e·s de la part des personnes 2S/LGBTQIA+ en France. Le peu d'expérience professionnelle des soignant·e·s et leur manque de connaissances liées aux besoins spécifiques des personnes 2S/LGBTQIA+ favorisent ces expériences négatives et accentuent les différences d'accès et d'utilisation des soins par ceux-ci (Streed & Davis, 2018). Leurs besoins en matière de santé doivent être pris en compte afin de fournir les meilleurs soins et éviter de perpétuer les ISS (Bass & Nagy, 2022).

1.3. La compétence interculturelle

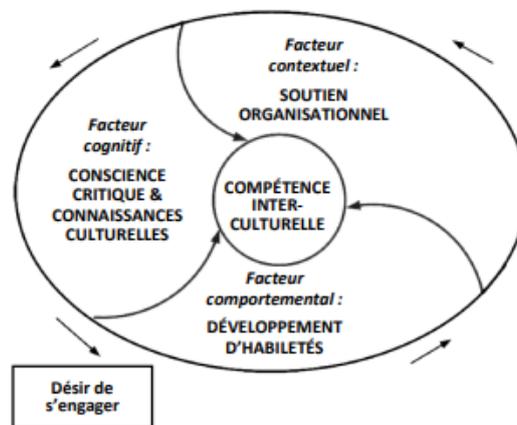
Dans la littérature scientifique, la compétence interculturelle a été définie de nombreuses manières. Nous avons décidé de retenir la définition récente proposée par Sharifi et al. (2019) qui synthétise un ensemble de définitions présentes dans des études antérieures et semble la plus complète à ce jour. La compétence interculturelle a ainsi été définie comme « le processus

dynamique d'acquisition de l'habileté à fournir des soins de santé efficaces, sécuritaires et de qualité en considérant les dimensions culturelles dans la prestation des soins » (Sharifi et al., 2019, p. 1). Cette compétence compte trois dimensions développées par Balcazar et al. (2009) :

- la dimension cognitive se fonde sur l'appréciation et la compréhension de cultures différentes de la sienne (connaissances culturelles) et la reconnaissance de ses biais et préjugés par rapport à ces cultures différentes (conscience critique)
- la dimension comportementale renvoie aux habiletés d'un·e professionnel·le à ajuster sa pratique de façon à répondre aux besoins des personnes qui appartiennent à des cultures différentes de la sienne
- la dimension contextuelle correspond à la valeur que les institutions et milieux de travail accordent à la promotion et à la mise en place de pratiques compétentes sur le plan interculturel dans leurs politiques, lignes directrices et offres de formation par exemple.

Figure 1

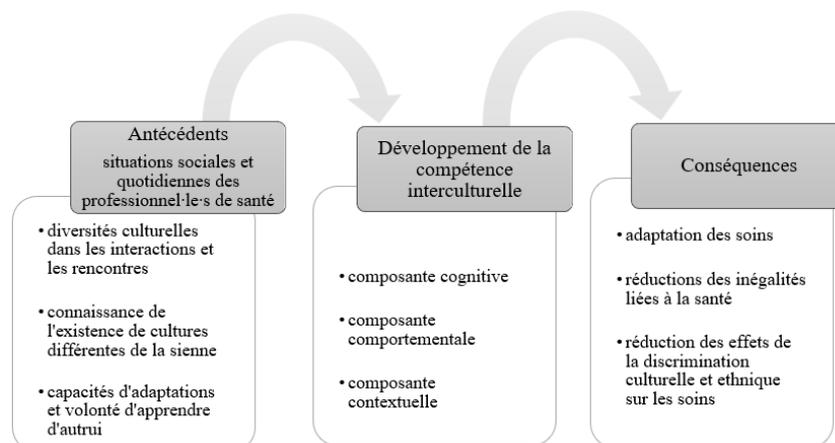
Cadre conceptuel de la compétence interculturelle de Balcazar et al. (2009, traduit en français)



La compétence interculturelle est forgée par des antécédents, c'est-à-dire les diverses situations quotidiennes et sociales. Elle permet de fournir des soins adaptés, de réduire les inégalités liées à la santé et les effets de la discrimination culturelle et ethnique sur les soins, appelés conséquences (Sharifi et al., 2019).

Figure 2

Cadre conceptuel des antécédents et conséquences la compétence interculturelle (Sharifi et al., 2019, traduit en français)



Le développement de compétences et d'une posture professionnelle adaptées permet de créer un environnement accueillant et de consolider l'alliance thérapeutique (Bize et al., 2011). Cette alliance thérapeutique ne peut justement se mettre en place qu'avec l'instauration d'un lien de confiance entre thérapeute et patient·e (Manoukian & Massebeuf, 2008 ; Vasconcellos-Bernstein, 2013). Brach et Fraserirector (2000) expliquent que le développement de la compétence interculturelle permet une réduction des biais des soignant·e·s à l'égard des personnes issues de la diversité, une amélioration de la communication et de la confiance entre patient·e·s et soignant·e·s et des soins plus appropriés. L'acquisition de cette compétence par les professionnel·le·s de santé permettrait ainsi une meilleure reconnaissance des problèmes de santé et une meilleure qualité des prises en soin. Elle participerait à renforcer l'accès au soin secondaire (Lombrail, 2007) – dont nous avons détaillé les enjeux précédemment -, améliorer l'état de santé de ces patient·e·s, proposer une prise en soin plus efficace et par conséquent réduire les ISS.

1.4. La compétence interculturelle auprès des personnes 2S/LGBTQIA+

Dans la littérature, plusieurs études constatent que la compétence interculturelle en lien avec les DSPG est peu développée chez les professionnel·le·s de santé (Carr & Pezzella, 2017; Higgins et al., 2019; Klotzbaugh & Spencer, 2015; Moll et al., 2014; Puckett et al., 2018; Unger, 2015; Yarhouse et al., 2018; Youatt et al., 2017). Par exemple, les personnes trans et non-binaires interrogées par Puckett et al. (2018), ont répondu faire face à des préjugés, des stigmatisations, de la méconnaissance de la part des professionnel·le·s de santé rencontré·e·s. La revue de littérature réalisée par Higgins et al. (2019) fait le même constat concernant la population 2S/LGBTQIA+ vieillissante. L'ensemble de ces problématiques impacte la qualité des soins proposés aux patient·e·s issu·e·s de la DSPG et accentuent les difficultés d'accès aux soins auxquels iels font face.

Un programme d'études culturellement compétent pourrait aider ces professionnel·le·s à être mieux équipé·e·s pour leurs pratiques et à construire un système de santé et de soin inclusif pour les personnes 2S/LGBTQIA+, contribuant ainsi à lutter contre les ISS (Baiocco et al., 2022; Cooper et al., 2022; Dean et al., 2016; Papadopoulos, 2018; Sekoni et al., 2017). Des changements au niveau institutionnel (dimension contextuelle) par la mise en place d'offres de formations – travaillant à la conscientisation des biais et préjugés, des microagressions et à la compréhension des enjeux sociaux et des besoins spécifiques – participerait à modifier les croyances et les attitudes des soignant·e·s auprès de leurs patient·e·s 2S/LGBTQIA+ (Baiocco et al., 2022; Dean et al., 2016). La revue systématique de la littérature de recherche réalisée par Cooper et al. (2022), a identifié un total de 36 articles qui évaluaient l'impact de la formation des étudiant·e·s en médecine et des résident·e·s sur les connaissances, le confort, les attitudes, la confiance et les compétences à travailler avec des patient·e·s 2S/LGBTQIA+ ; publiés entre 2000 et 2020. Les différentes formations recensées dans ces articles permettaient d'accroître les connaissances (dimension cognitive) pour fournir des soins inclusifs et d'améliorer le confort d'interaction entre soignant·e·s et personnes issues de la DSPG. Cependant, une de ces études (Cherabie et al., 2018), constatait que leurs effets sur les croyances et attitudes des soignant·e·s (dimension comportementale) auprès des personnes 2S/LGBTQIA+ restaient limités et avaient tendance à ne pas perdurer dans le temps. De plus, aucune étude n'a évalué l'impact de ces formations sur la santé des patient·e·s.

Explorer la compétence interculturelle en lien avec les DSPG auprès des professionnel·le·s de santé peut permettre d'améliorer leurs pratiques auprès des personnes 2S/LGBTQIA+. La plupart des études existantes interrogent les professionnel·le·s de santé et patient·e·s d'Amérique du Nord (Etats-Unis) et certains pays d'Europe (Royaume-Uni, Danemark, Roumanie, Espagne, Allemagne, Chypre, Italie). Nous n'avons pas trouvé d'études explorant la compétence interculturelle des professionnel·le·s de santé en France. Sans études préalables réalisées en France, nous pouvons supposer que la mise en place d'interventions culturellement compétentes serait plus longue à initier. En effet, une telle exploration permettrait d'obtenir un regard global sur les capacités des soignant·e·s à adopter une pratique inclusive pour les personnes 2S/LGBTQIA+ et par conséquent, obtenir des informations sur les besoins de ces soignant·e·s pour améliorer leurs pratiques ; pour ensuite travailler à y répondre.

2. L'orthophonie et la compétence interculturelle en lien avec les DSPG

L'orthophonie étant une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins (Ministère de l'Enseignement supérieur & et de la Recherche, 2013), se questionner sur la

compétence interculturelle des orthophonistes peut permettre à terme d'offrir des soins plus inclusifs auprès de la population 2S/LGBTQIA+.

2.1. Les personnes 2S/LGBTQIA+ et l'orthophonie

Parmi toutes les patient·e·s amené·e·s à consulter un·e orthophoniste, certain·e·s s'identifient dans la communauté 2S/LGBTQIA+. Par exemple, cela peut être le cas de personnes présentant une déficience intellectuelle. La revue de littérature réalisée par McCann et al. (2016), met en évidence pour les 14 articles étudiés que l'orientation sexuelle et l'identité de genre des personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) n'est que très peu questionnée et encore moins prise en compte dans leurs parcours de soin. Or, l'ensemble de ces études met en évidence qu'une partie des personnes DI interrogées s'inscrivent dans la population 2S/LGBTQIA+. C'est le cas aussi pour les personnes vivant avec la Maladie d'Alzheimer (MA). Dans leur revue de littérature, Di Lorito et al. (2022) ont recensé 14 études s'intéressant aux aidant·e·s LGB vivant avec un·e conjoint·e atteint de MA. Les auteur·ice·s mettent en évidence les difficultés et obstacles que rencontrent ces couples LGB auprès des structures de soins et des personnel·le·s soignant·e·s avec lequel·le·s iels sont amené·e·s à interagir ; dont les orthophonistes font partie. Par ailleurs, certains troubles fréquemment rencontrés en orthophonie présentent une corrélation avec les transidentités. C'est le cas des troubles du spectre de l'autisme. Les analyses statistiques réalisées par Warrier et al. (2020) à partir des données de 641 860 individus ont mis en évidence que les personnes autistes présentent plus souvent une identité de genre différente de celle qui leur a été assignée à la naissance que la population générale et inversement : les personnes trans* et/ou non-binaires présentent plus fréquemment des traits autistiques que le reste de la population.

Les orthophonistes, en tant que professionnel·le·s de la parole, du langage et de la communication sont amené·e·s à rencontrer des personnes concernées par ces troubles. Par conséquent nous pouvons supposer qu'iels rencontreront des patient·e·s s'inscrivant dans la communauté 2S/LGBTQIA+. Enfin, l'orthophonie fait partie des prises en soin qui accompagnent les transitions de genre. L'accompagnement vocal peut être un cheminement important dans les parcours de transition et les orthophonistes doivent pouvoir accompagner les personnes qui en font la demande.

2.2. Nécessité d'une prise en compte des DSPG en orthophonie

En 2023, Isabelle LONVIS-ROME, ministre déléguée chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances publie le Plan National pour L'égalité, Contre La Haine Et Les Discriminations Anti-LGBT+ (2023-2026). On y retrouve notamment

la mesure 10 : « Former les professionnels de santé aux enjeux d'inclusion et de lutte contre la haine anti-LGBT+ » ainsi que la mesure 11 : « Mieux former les professionnels intervenant auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap » (p. 14). En tant que professionnel·le·s de santé et professionnel·le·s intervenant auprès de personnes âgées et personnes en situation de handicap, les orthophonistes sont concerné·e·s par ces mesures.

Dans L'Orthophoniste N°360 parut en juin 2016, Toselli explique que le soin en orthophonie implique un accompagnement du·de la patient·e dans sa globalité ; c'est-à-dire la prise en compte de la personne entière, en tant qu'unité avec ses préoccupations et son quotidien. « Soigner un·e patient·e atteint·e dans son langage et/ou sa communication n'est pas anodin et pose inévitablement les questions de son identité, de sa pensée, de son vécu subjectif » (Kerlan, 2018). La prise en compte de la réalité de nos patient·e·s permet de répondre au mieux à leurs besoins. C'est le principe de l'approche dite écologique qui vise à percevoir le·la patient·e dans son ensemble afin de mettre en place des objectifs de rééducation et de réadaptation en fonction de son milieu naturel, de son environnement familial et de ses désirs exprimés (Brin-Henry et al., 2018). Par exemple, la divulgation de l'orientation sexuelle est souvent nécessaire pour identifier les partenaires de communication fréquent·e·s et les inclure dans la thérapie (Kelly & Robinson, 2011). Connaître le lien entre l'aidant·e et la personne aidée facilite leur accompagnement par les professionnel·le·s de santé (Di Lorito et al., 2022). Pour les ateliers de narration ou de réminiscence par exemple, une approche inclusive permet aux aidant·e·s d'évoquer des souvenirs communs qui ont marqué leur histoire, sans craindre de subir de la discrimination.

Rappelons aussi que la prise en compte de l'orientation sexuelle et l'identité de genre des patient·e·s permet d'établir un lien de confiance avec elleux, ce qui favorise la mise en place d'une alliance thérapeutique de qualité (Makadon, 2011). Toselli (2016) définit l'alliance thérapeutique comme étant la reconnaissance de l'autre en tant qu'entité subjective ; reconnaissance mutuelle entre soignant·e et soigné·e, préalable au prendre soin. En orthophonie, une alliance thérapeutique de qualité contribue au succès thérapeutique (Freckmann et al., 2017). Il est donc important de prendre en compte les spécificités liées aux personnes 2S/LGBTQIA+ afin de proposer une prise en soin efficace et adaptée à leurs besoins. Deux études (Kelly et Robinson, 2011 ; Mc Cann et al., 2016) suggèrent que les patient·e·s dont l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre s'écarte de la norme expriment l'absence de prise en compte de ces facteurs lors de leur prise en soin en orthophonie. Pour une meilleure prise en soin des personnes 2S/LGBTQIA+, plusieurs propositions sont déjà faites : sensibiliser et former les professionnel·le·s et futur·e·s professionnel·le·s de santé aux questions culturelles

et aux besoins de santé des personnes 2S/LGBTQIA+, créer un environnement sécurisant dans les lieux d'accueil, montrer des signes explicites d'inclusion dans les salles d'attentes et les cabinets, utiliser un langage avec lequel les personnes 2S/LGBTQIA+ peuvent se sentir à l'aise ou encore proposer du matériel qui représente des personnes 2S/LGBTQIA+ lors des séances (Baiocco et al., 2022; Di Lorito et al., 2022; Gunjawate et al., 2020; Hancock & Haskin, 2015; Kirjava et al., 2023; Mahendra, 2019).

2.3. La compétence interculturelle auprès des personnes 2S/LGBTQIA+ en orthophonie

Selon la charte éthique de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO ; 2017, p.1) les recommandations mises en avant concernant l'éthique en orthophonie décrivent que « L'orthophoniste [...] se doit de se donner les moyens de répondre au mieux aux interlocuteurs, d'accueillir, de soigner et d'accompagner les patients sans aucune discrimination. », ce qui place la compétence interculturelle au cœur des pratiques orthophoniques. Comme nous l'avons vu précédemment, la compétence interculturelle permet de prendre conscience de ses propres biais en tant que soignant·e ainsi que de prendre en compte les spécificités liées aux patient·e·s. Grâce à cela, les soignant·e·s peuvent prendre conscience des potentielles discriminations qu'ils pourraient exercer sur leurs patient·e·s et travailler à les réduire. La compétence interculturelle permet aussi d'accompagner les personnes en fonction de leurs expériences et de leurs besoins, en collaborant avec les différents partenaires de santé et les personnes concernées –ici, les personnes 2S/LGBTQIA+. Développer cette compétence chez les orthophonistes, en lien avec les DSPG, c'est développer une compréhension approfondie des contextes, des valeurs et des besoins spécifiques des patient·e·s, créer une relation thérapeutique plus solide et ainsi fournir des soins adaptés et de qualité (Beach et al., 2005; Di Lorito et al., 2022; Hancock & Haskin, 2015).

Actuellement, peu d'études sur la compétence interculturelle en lien avec les personnes 2S/LGBTQIA+ ont été réalisées en orthophonie et aucune ne concerne les milieux francophones. Les cinq études recensées par Tremblay et al. (2022) ont évalué les connaissances, les attitudes, l'expérience et la formation des orthophonistes et des étudiant·e·s en orthophonie relativement à la pluralité des genres (Gunjawate et al., 2020; Litosseliti & Georgiadou, 2019; Matthews et al., 2020; Stark & Tanney, 2020) et la diversité sexuelle (Hancock & Haskin, 2015). Dans ces études, la compétence interculturelle des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie a été explorée sous la dimension cognitive (faisant référence à l'évaluation des connaissances), de manière partielle sous la dimension contextuelle (faisant référence uniquement au manque de formation) mais pas sous la dimension comportementale. En effet, aucune question n'a été posée concernant les actions réalisées par les orthophonistes

pour ajuster leurs pratiques. Certaines de études suggèrent que de futures recherches utilisant davantage des méthodes qualitatives permettraient de comprendre comment les orthophonistes se renseignent et approfondissent leurs connaissances et quelles attitudes ils adoptent face aux patient·e·s (Litosseliti et Georgiadou, 2019 ; Matthews et al., 2020). En définitive, ces études révèlent toutes un besoin de promouvoir la compétence interculturelle en lien avec les DSPG en orthophonie.

Afin de répondre à ce besoin, Tremblay et al. (2022) ont élaboré un sondage en français qui explore l'ensemble des trois dimensions de la compétence culturelle relative aux DSPG auprès des personnes travaillant ou étudiant dans le milieu de l'orthophonie du Canada Francophone. En se basant sur les étapes de création d'outils de mesure décrites par Corbière & Fraccaroli (2014) – planification, conception et validation – les auteurices sont arrivé·e·s à la version actuelle du sondage. Les différentes sections du sondage explorent respectivement les attitudes et les connaissances, les façons de s'adapter en pratique des répondant·e·s et les stratégies contextuelles de soutien mises en place dans les milieux du travail et dans les institutions au regard de la communauté 2S/LGBTQIA+. Par ailleurs, une section permet aux répondant·e·s d'exprimer librement leurs besoins et leurs opinions. Enfin, une dernière section permet à l'équipe de recherche de connaître les parcours professionnels et les relations personnelles aux communautés 2S/LGBTQIA+ des répondant·e·s afin de considérer d'éventuels biais d'échantillonnage.

3. Objectifs et questions de recherche

A notre connaissance, il n'existe pas d'études qui explorent l'ensemble de la compétence interculturelle dans les milieux de l'orthophonie en France en lien avec les DSPG. Nous ne connaissons pas le contexte et la qualité de l'accompagnement en orthophonie des personnes 2S/LGBTQIA+. Le sondage élaboré par Tremblay et al. (2022) a été adapté afin de le diffuser auprès des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie entretenant un lien avec la France et ainsi d'explorer la compétence interculturelle de ceux-ci, en lien avec les DSPG. Cette étude a pour objectifs d'explorer les besoins en matière de compétence interculturelle des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France en lien avec chacune des trois dimensions (cognitive, comportementale et contextuelle) par rapport aux DSPG. Les questions de recherche sont les suivantes :

- Question 1 : Quels sont les connaissances et les éléments de conscience des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France sur les enjeux et besoins spécifiques des personnes 2S/LGBTQIA+ ?

- Question 2 : Comment les orthophonistes prennent-ils en compte les enjeux et besoins spécifiques des personnes 2S/LGBTQIA+ dans leurs pratiques ?
- Question 3 : Quels sont les facteurs qui influencent la pratique et le niveau de connaissances des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France en lien avec les DSPG et, par conséquent, quels sont les besoins pour améliorer leur compétence interculturelle en lien avec les DSPG ?

METHODOLOGIE

L'enquête par sondage a été utilisée pour cette étude. Cette méthode se base sur celles utilisées dans plusieurs études récentes utilisant l'enquête par sondage pour explorer les pratiques orthophoniques (Stark & Tanney, 2020 ; Hancock & Haskin, 2015) notamment dans des milieux francophones (Pommée et al., 2021).

1. Population

Pour participer au sondage, les répondant·e·s devaient attester d'eux-mêmes remplir deux critères d'inclusion prédéterminés, soit (1) d'étudier ou de travailler dans le milieu de l'orthophonie et (2) de se sentir assez à l'aise en français pour répondre adéquatement aux questions. Selon les territoires, les populations évoluant dans le domaine de l'orthophonie peuvent être diversifiées. Pour cette raison et afin de n'exclure aucune réalité de l'orthophonie, le choix a été fait d'employer le terme « milieu de l'orthophonie ». Pour la présente étude, nommée « Exploration de la compétence interculturelle relative à la diversité sexuelle et la pluralité des genres dans le milieu de l'orthophonie en France », seules les réponses des personnes ayant étudié, travaillé ou vécu en France ont été conservées dans l'analyse des données.

2. Procédure

2.1. Ethique, consentement et anonymat

Cette étude a été réalisée selon les principes de la déclaration d'Helsinki (1964) amendée ultérieurement (2013). La version adaptée du sondage « L'orthophonie pour toutes », précédemment conçu par Tremblay et al. (2022), a été conçue sur la plateforme Lime Survey, afin de respecter la Règlementation Générale de la Protection des Données (C.N.I.L, 2018). L'accès au sondage était accordé après la validation d'un consentement libre et éclairé des participant·e·s. Une notice expliquant les objectifs de l'étude, sa méthodologie, sa durée, ses avantages et ses contraintes et risques prévisibles y était jointe (Annexe 1). Le sondage était rempli de façon anonyme.

2.2. Diffusion du sondage

La sollicitation a été faite principalement par le biais de publications sur des groupes spécifiques à l'orthophonie sur les réseaux sociaux, par sollicitation auprès d'orthophonistes actif·ve·s sur les réseaux sociaux, par courriel auprès de fédérations influentes dans les milieux de l'orthophonie en France (Syndicats nationaux et régionaux professionnels et étudiants, Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie (UNADREO) et Société Universitaire de Recherche en Orthophonie) ainsi que par sollicitation verbale. Le sondage a été diffusé dans différents territoires francophones. La collecte des données s'est étendue sur six mois, soit de novembre 2022 à avril 2023.

3. Conception du sondage

Le sondage comprenait 46 questions évaluant la compétence interculturelle, dont 41 questions fermées (données quantitatives) associées chaque fois à une zone de commentaire libre et de cinq questions ouvertes (données qualitatives). Les questions fermées se répondaient sur des échelles de Lickert comprenant 4 items (par exemple, « 1- jamais » ou « 1- Pas du tout » ; « 2 – Parfois » ou « 2- Plutôt non » ; « 3- Souvent » ou « 3- Plutôt oui » ; et « 4- Toujours » ou « 4 – Tout à fait»). Toutes les questions fermées étaient obligatoires. Pour l'ensemble de ces questions, les options de réponse « Je ne sais pas », « Ne s'applique pas » et « Préfère ne pas répondre » étaient systématiquement proposées en plus des échelles de Lickert. En plus de ces questions, une partie du sondage s'intéressait aux caractéristiques des répondant·e·s (par exemple, le nombre d'années d'exercice de l'orthophonie, l'âge, la région géographique, les milieux de travail, le lieu d'études, l'autoidentification aux communautés 2S/LGBTQIA+, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage et la formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+). Enfin, pour permettre l'accessibilité du sondage à toutes les répondant·e·s, un glossaire reprenant des termes spécifiques à la diversité sexuelle et aux pluralités des genres était accessible tout au long du sondage. La liste des questions fermées du sondage peut être consultée en Annexe 2. Cette liste est organisée en fonction des différents objets de l'analyse, c'est-à-dire les besoins ressentis dans la pratique professionnelle (dimension comportementale, $n = 12$ questions bipartites explorant les situations actuelle et souhaitée); le niveau actuel perçu de conscience critique et de connaissances culturelles des individus (dimension cognitive, $n = 12$ questions); le niveau de soutien actuel perçu de la part des milieux et des institutions (dimension contextuelle, $n = 13$ questions); et le niveau d'intérêt pour certaines solutions potentielles ($n = 4$ questions). Les questions portant sur la situation actuelle de la dimension comportementale (B1a à B12a) étaient accessibles uniquement aux personnes qui étaient à

l'aise de répondre à des questions portant sur leurs pratiques cliniques et qui confirmaient avoir déjà été en contact avec des patient·e·s. Les questions portant sur les milieux de travail (C1 à C9) étaient accessibles uniquement aux personnes qui étaient à l'aise de répondre à des questions portant sur leur(s) milieu(x) de travail et qui confirmaient avoir actuellement ou avoir déjà eu un emploi ou un stage relié au domaine de l'orthophonie.

4. Analyse des données

Pour les données quantitatives, les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels JASP .18.3 (*JASP Team, 2024*) et Excel 16.69.1. Ces analyses étaient de trois ordres. Dans un premier temps, l'alpha de Cronbach a été calculé pour les différentes sous-échelles du sondage afin de donner une indication de la fiabilité et de la cohérence interne de l'outil utilisé. Puis, des statistiques descriptives ont été utilisées pour dresser un portrait des besoins ressentis par les répondant·e·s dans leurs pratiques professionnelles, c'est-à-dire les fréquences de réponses aux questions du sondage. Enfin, des statistiques non paramétriques ont été employées compte tenu de la nature ordinale et nominale des données (*Dancey & Reidy, 2017*) pour explorer les facteurs susceptibles d'influencer les besoins en matière de compétence interculturelle à la lumière des études précédentes (*Hancock & Haskin, 2015; Litosseliti & Georgiadou, 2019; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014; Tanney & Stark, 2020*). Pour les statistiques non-paramétriques, les réponses aux questions portant sur la compétence interculturelle ont été analysées en fonction de cinq caractéristiques des répondant·e·s : le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste, les milieux de travail, l'autoidentification aux communautés 2S/LGBTQIA+, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage et la formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+. L'âge étant fortement corrélé au nombre d'années avec le titre d'orthophoniste ($r_s = .814 ; p < .001$), seule cette seconde variable a été retenue afin de centrer l'analyse autant que possible sur le monde de l'orthophonie plutôt que des facteurs sociaux généraux. La corrélation de Spearman a été utilisée pour explorer l'association entre les réponses aux questions sur la compétence interculturelle et les caractéristiques des répondant·e·s ayant été mesurées sur une échelle ordinale, de même qu'entre certaines réponses entre elles aux questions sur la compétence interculturelle. Le test de Kruskal-Wallis, combiné à une analyse post-hoc de Dunn avec la correction de Bonferroni, ont été utilisés pour comparer respectivement les réponses entre deux et plusieurs groupes de répondant·e·s dans le cas des caractéristiques ayant été mesurées sur une échelle nominale. Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

RESULTATS

1. Données socio-démographiques/caractéristiques des répondant·e·s

Ce sondage a obtenu un total de 599 répondant·e·s. Les répondant·e·s n'ayant pas donné au moins une donnée socio-démographique ont été exclu·e·s de l'analyse, donnant un total de 340 répondant·e·s. Puis, un tri dans les données a été effectué avant l'analyse des résultats pour supprimer les éventuels doublons et vérifier le respect des critères d'inclusion. Les répondant·e·s ne correspondant pas aux critères de la présente étude, c'est-à-dire avoir travaillé, étudié ou vécu en France, ont été exclu·e·s, donnant un total de 200 répondant·e·s. Enfin, un·e répondant·e a été exclu·e de l'analyse car celui-ci n'entretenait pas de lien avec l'orthophonie (étudiant·e en psychologie), donnant un total de 199 répondant·e·s. La majorité des répondant·e·s (90 % ; $n = 179$) entretenaient un lien seulement avec la France.

Plus de la moitié des répondant·e·s étaient des orthophonistes (60 %, $n = 120$), l'autre moitié comprenaient des étudiant·e·s en orthophonie (39 % = $n = 78$) et un·e répondant·e a déclaré avoir étudié dans le passé pour devenir orthophoniste mais n'avoir jamais exercé en tant qu'orthophoniste (<1 %). Les groupes d'âge les plus représentés étaient ceux des moins de 35 ans (34 % de 26-35 ans et 42 % de moins de 25 ans). Les régions les plus représentées par les répondant·e·s étaient les Pays de la Loire (23 %, $n = 42$), l'Île-de-France (15 %, $n = 27$), l'Auvergne-Rhône-Alpes (12 %, $n = 22$) et les Hauts-de-France (10 %, $n = 19$). La majorité des répondant·e·s avait un exercice libéral (52 %), tandis que 30 % avait un exercice mixte (exercice libéral et exercice salarié) et une minorité de répondant·e·s exerçait en salariat (18 %). Une part importante des répondant·e·s (30 %) s'auto-identifiaient à la communauté 2S/LGBTQIA+ et la majorité des répondant·e·s avaient au moins une personne dans leur entourage qui s'identifiait à la communauté 2S/LGBTQIA+ (87 % des répondant·e·s, dont 62 % qui avaient quelques personnes s'identifiant à la communauté 2S/LGBTQIA+ dans leur entourage, 15 % avaient de nombreuses personnes et 10 % avaient une personne). Plus de la moitié des répondant·e·s n'avaient pas du tout reçu de formation sur des enjeux 2S/LGBTQIA+ (72 %). L'ensemble des caractéristiques des répondant·e·s est visible en Annexe 3.

2. Fiabilité du questionnaire

Quatre des sous-échelles du sondage présentaient une excellente cohérence interne ($\alpha > 0,7$). Leurs coefficients alpha de Cronbach étaient les suivants :

- $\alpha = 0,925$ pour les questions sur la situation souhaitée de la dimension comportementale (B1s à B12s). Cependant un nombre important de réponses « je ne sais pas » ont été donné pour les questions B3s ($n = 54$), B5s ($n = 32$) et B12s ($n = 50$).

Or, le calcul du coefficient se fait à partir des données des personnes ayant utilisé exclusivement l'échelle de Likert pour répondre aux questions analysées

- $\alpha = 0,880$ pour les questions sur la conscience critique et les connaissances actuelles perçues des individus (A1 à A12)
- $\alpha = 0,841$ pour les questions explorant l'intérêt pour certaines solutions (A13, C13 à C15).
- $\alpha = 0,833$ pour les questions explorant la situation actuelle de la dimension comportementale (B1a à B12a). Le résultat pour cette sous-échelle exclut une part importante des répondant·e·s qui n'étaient pas à l'aise de répondre à des questions portant sur leurs pratiques cliniques ($n = 47$). De plus, un nombre important de réponses « Je ne sais pas » ou « Ne s'applique pas » a été donné pour les questions B4a ($n = 57$), B8a ($n = 78$) et B9a ($n = 59$).
- Pour les questions sur le soutien actuel perçu de la part des milieux de travail (C1 à C9), le niveau de cohérence interne est discutable ($\alpha = 0,681$). Si l'on exclut les données de la question C8 le niveau de cohérence interne devient acceptable ($\alpha = 0,715$). Comme pour la sous-échelle précédente, le résultats pour cette sous-échelle exclut une part importante des répondant·e·s qui n'étaient pas à l'aise de répondre à des questions portant sur leur(s) milieu(x) de travail ($n = 40$). De plus, un nombre important de réponses « Je ne sais pas » ou « Ne s'applique pas » ont été donné pour toutes les questions ($n = 5$ au minimum pour la questions C8, $n = 66$ au maximum pour la question C7).
- Enfin, le niveau de cohérence interne était faible ($\alpha = 0,474$) pour la sous-échelle sur le soutien actuel perçu de la part des institutions académiques et réglementaires (C10, C11, C12, C16). Les résultats liés à cette sous-échelle sont donc présentés une question à la fois dans le texte plutôt que de manière regroupée dans une figure.

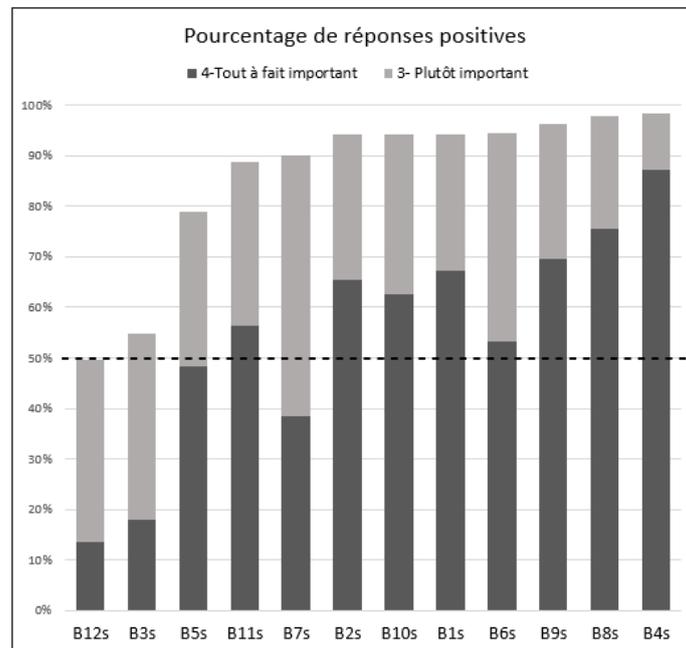
3. Ampleur et nature des besoins

3.1. Dimension comportementale : : écarts entre les ajustements actuellement apportés aux pratiques professionnelles et ceux perçus comme importants

Les Figures 1 à 3 présentent le pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la dimension comportementale de la compétence interculturelle (B1 à B12).

Figure 3

Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur les situations souhaitées dans les pratiques professionnelles ; dimension comportementale de la compétence interculturelle (B1s à B12s)

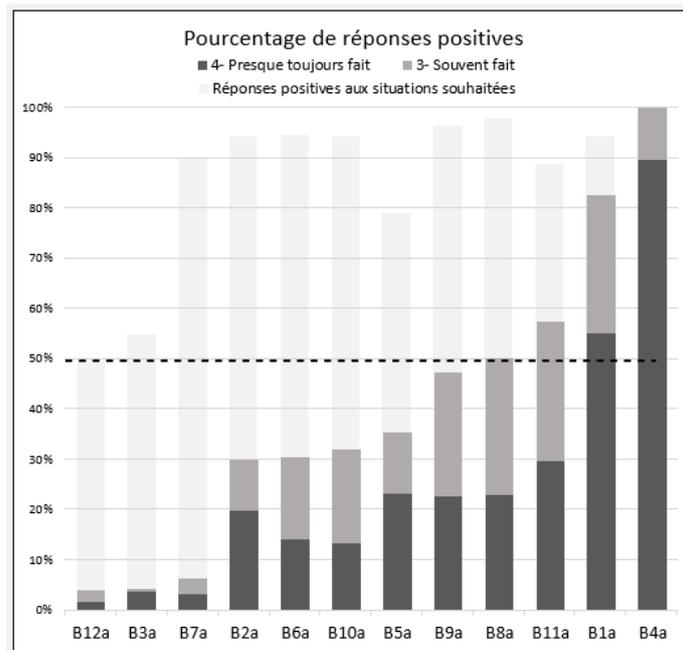


Note. Seules les réponses positives à l'échelle de Likert sont présentées ici. Les résultats sont présentés par ordre croissant du pourcentage de réponses positives. Les questions ayant obtenues le pourcentage le plus bas de réponses positives – c'est-à-dire les questions où les situations proposées sont les moins souhaitées par les répondant·e·s – se situent à gauche de la figure.

Les 12 actions proposées dans le sondage étaient jugées importantes par la majorité des répondant·e·s (B1s à B12s, pourcentage de réponses positives à l'échelle de Likert supérieures ou égales à 50 %). Un grand nombre de réponse « Je ne sais pas » a été obtenu quant à l'importance de préciser d'emblée ses pronoms (B3s, $n = 54$), d'abord des pronoms diversifiées comme « iel », « ya », « ille », « al », « ol », « ul » ou « im » (B12s, $n = 50$) et d'intégrer l'écriture inclusive dans les échanges écrits et les documents (B5s, $n = 32$). Ces mêmes propositions d'actions sont celles qui ont obtenues le moins de réponses positives aux échelles de Likert.

Figure 4

Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la situation actuelle dans les pratiques professionnelles ; dimension comportementale de la compétence interculturelle (B1a à B12a)



Note. Seules les réponses positives à l'échelle de Likert sont présentées ici. Les résultats sont présentés par ordre croissant du pourcentage de réponses positives. Les questions ayant obtenues le pourcentage le plus bas de réponses positives – c'est-à-dire les questions où les situations proposées sont le moins souvent réalisées par les répondant·e·s – se situent à gauche de la figure.

Tout d'abord, la totalité des répondant·e·s à l'échelle de Likert rapportent respecter les volontés et la confidentialité des patient·e·s en lien avec leurs pronoms, accords et prénom d'usage (B4a, 100 % de réponses positives, $n = 95$). Cependant, un nombre important de « Ne s'applique pas » a été obtenu pour cette question ($n = 47$). En plus de cette action, seulement deux des 12 actions proposées seraient presque toujours ou souvent réalisées par la majorité des répondant·e·s à l'échelle de Likert, soit : tenir compte de la diversité des structures familiales (B1a, 82 % de réponses positives, $n = 117$) et éviter de faire des associations entre l'identité de genre et l'expression de genre lors du travail des pronoms « il » et « elle » ou les accords masculins et féminins (B11a, 57 % de réponses positives, $n = 79$).

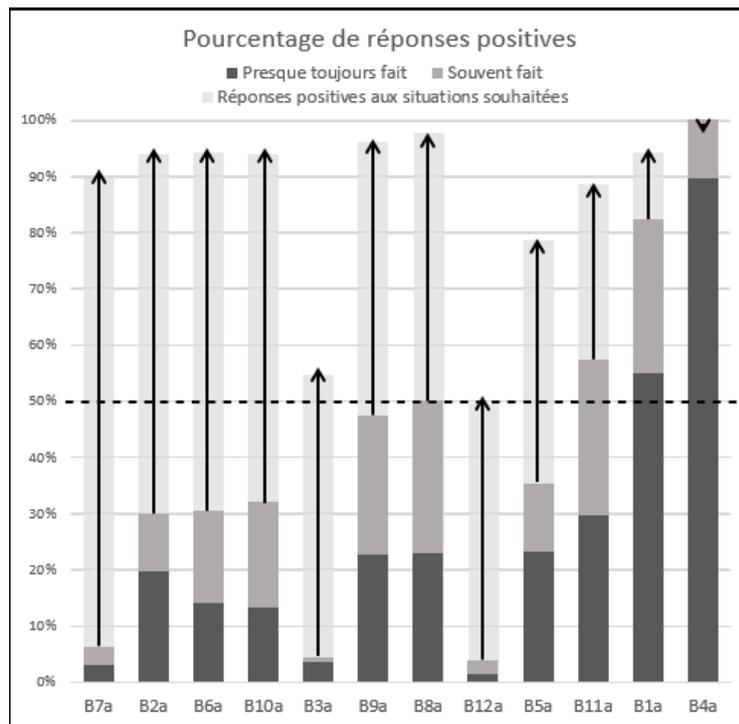
Un nombre important de réponses « ne s'applique pas » a été obtenu quant au fait de se former aux approches en harmonisation de la voix pour les personnes ayant des demandes en lien avec leur identité de genre (B8a, $n = 76$) ainsi qu'au fait d'appliquer les données probantes afin d'offrir un accueil et des soins appropriés aux personnes 2S/LGBTQIA+ (B9a, $n = 46$).

Enfin, trois actions sont presque toujours ou souvent réalisées par moins de 10 % des répondant·e·s à l'échelle de Likert, soit : aborder des pronoms diversifiés comme « iel », « ya », « ille », « al », « ol », « ul » ou « im » (B12a, 4 % de réponses positives, $n = 5$), préciser d'emblée ses pronoms et accords d'usage (B3a, 4 % de réponses positives, $n = 6$), participer au

développement de matériel, de documents et/ou de connaissances pour offrir un accueil et des soins appropriés aux personnes 2S/LGBTQIA+ (B7a, 6 % de réponses positives, $n = 8$).

Figure 5

Comparaison du pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la situation actuelle dans les pratiques professionnelles au pourcentage de la situation souhaitée ; dimension comportementale de la compétence interculturelle (B1a à B12a vs B1s à B12s).



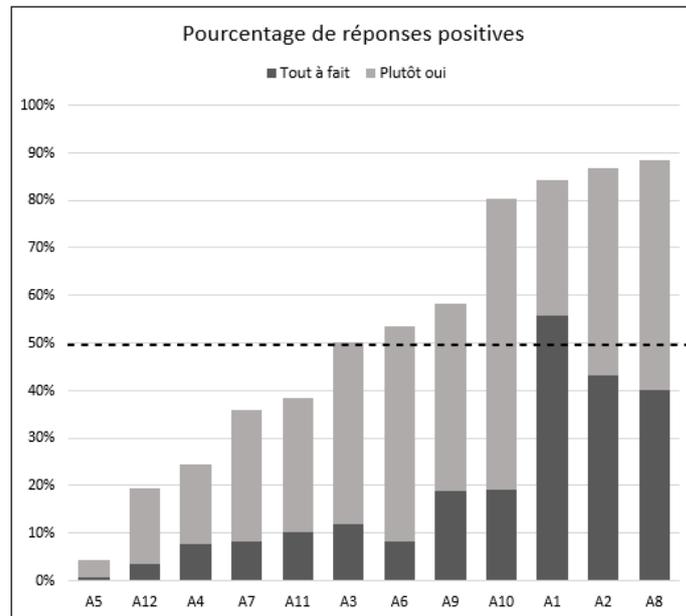
Note. Seules les réponses positives à l'échelle de Likert sont présentées ici. Les résultats sont présentés par ordre croissant de la taille d'écart entre la situation actuelle et la situation souhaitée. Les questions ayant obtenues le plus grand écart entre les deux situations se situent à gauche de la figure.

Pour toutes les propositions d'action, il existe un écart à combler entre la situation actuelle et la situation souhaitée. Seule la proposition B4 a obtenu un pourcentage de réponses positives à la situation actuelle supérieur de 2 % au pourcentage de réponses positives à la situation souhaitée. Les propositions où les pourcentages d'écart entre la situation actuelle et la situation souhaitée sont les plus grands concernent le développement de matériel, de documents et/ou de connaissances pour offrir un accueil et des soins appropriés aux personnes 2S/LGBTQIA+ (B7, 84 %), la possibilité pour les patient·e·s de faire part de leurs pronoms, accords et prénom d'usage (B2, 64 %), la recherche de données probantes ou d'autres sources de connaissances pertinentes (B6, 64 %) et l'utilisation, la promotion ou la création de matériel avec des personnages diversifiés (B10, 62 %).

3.2. Dimension cognitive : éléments de conscience critique et de connaissances individuelles qui soutiennent l’ajustement des pratiques

Figure 6

Pourcentage de réponses positives obtenues à l’échelle de Likert pour les questions portant sur la dimension cognitive de la compétence interculturelle (A1 à A12)



Note. Seules les réponses positives à l’échelle de Likert sont présentées ici. Les résultats sont présentés par ordre croissant du pourcentage de réponses positives. Les questions ayant obtenues le pourcentage le plus bas de réponses positives – c’est-à-dire les questions portant sur les éléments les moins connus ou conscientisés par les répondant·e·s – se situent à gauche de la figure.

Pour sept des 12 questions posées, au moins la moitié des répondant·e·s à l’échelle de Likert a donné des réponses positives. Ainsi la majorité des répondant·e·s serait déjà sensibilisé à plus de la moitié des éléments de conscience critique et de connaissances individuelles. Les éléments les plus conscientisés (dont le taux de réponses positives était supérieur à 80 %) portaient sur la connaissance des concepts et termes se rapportant à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres (A10, 80 % des réponses à l’échelle de Likert, $n = 156$), la conscience de la présence des patient·e·s et familles des communautés 2S/LGBTQIA+ dans tous les milieux où travaillent des orthophonistes, y compris le leur (A1, 84 % des réponses à l’échelle de Likert, $n = 166$), la connaissance de la distinction entre les différents concepts d’expression de genre, d’identité de genre et d’orientation sexuelle (A2, 87 % des réponses à l’échelle de Likert, $n = 169$) ainsi que la connaissance de l’existence de divers pronoms neutres (A8, 88 % des réponses à l’échelle de Likert, $n = 174$).

De plus, la majorité des répondant·e·s se disait « tout à fait » sensibilisée par rapport à une seule question, soit celle de la présence de patient·e·s et de familles des communautés

2S/LGBTQIA+ dans tous les milieux où travaillent les orthophonistes, y compris le leur (A1, 56 % des réponses à l'échelle de Likert, $n = 110$).

Les éléments les moins connus ou conscientisés par les répondant·e·s concernaient les enjeux et les besoins spécifiques en orthophonie des personnes bispirituelles (A5, 4 % des réponses à l'échelle de Likert, $n = 7$), les ressources cliniques et communautaires pertinentes vers lesquelles référer des patient·e·s 2S/LGBTQIA+ au besoin (A12, soit 19 % des réponses à l'échelle de Likert, $n = 38$), l'identification de situations professionnelles où leurs biais en lien avec l'orientation sexuelle pourraient influencer leurs comportements (A4, 24 % des réponses à l'échelle de Likert, $n = 44$).

Tableau 1

Analyse des corrélations entre le niveau de connaissances et de consciences et le niveau de pratique souhaitée des répondant·e·s à l'échelle de Likert

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12
B1s	0.318***	0.296***	0.351***	0.300***		0.203**	0.260***	0.210**	0.285***	0.262***	0.317***	0.165*
B2s	0.348***	0.363***	0.255***	0.177*		0.347***	0.382***	0.284***	0.444***	0.389***	0.393***	0.300***
B3s	0.417***	0.451***	0.283**	0.296***	0.365***	0.343***	0.454***	0.416***	0.514***	0.281***	0.500***	0.409***
B4s	0.281***	0.420***	0.229**	0.165*		0.230**	0.233**	0.287***	0.345***	0.370***	0.312***	0.261***
B5s	0.270***	0.431***	0.308***	0.189*		0.308***	0.417***	0.399***	0.593***	0.363***	0.439***	0.365***
B6s	0.274***	0.364***	0.165*	0.177*		0.230**	0.307***	0.319***	0.402***	0.325***	0.253***	0.352***
B7s	0.331***	0.336***	0.159*	0.121		0.396***	0.338***	0.297***	0.410***	0.410***	0.325***	0.299***
B8s	0.289***	0.175*	0.265***	0.188*		0.226**	0.228**	0.282***	0.288***	0.329***	0.170*	
B9s	0.173*	0.354***	0.173*			0.242***	0.231**	0.298***	0.319***	0.304***	0.264***	0.222**
B10s	0.274***	0.426***	0.277***	0.200**	0.164*	0.313***	0.408***	0.428***	0.491***	0.332***	0.442***	0.293***
B11s	0.197**	0.257***	0.203**		0.229**	0.238**	0.365***	0.312***	0.378***	0.292***	0.279***	0.199**
B12s	0.355***	0.432***	0.399***	0.395***	0.230*	0.242**	0.459***	0.442***	0.562***	0.349***	0.571***	0.409***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Note. Les valeurs correspondent au coefficient de corrélation de Spearman calculé entre les différentes réponses à l'échelle de Likert des questions A et celles des questions Bs. Ne sont figurées que les corrélations significatives.

Tous les éléments de consciences et de connaissances étaient corrélées de façon statistiquement significatives avec au moins 9 situations souhaitées (Tableau 1, questions A et Bs), à l'exception de A5 ($n = 4$ corrélations). Les corrélations ($n = 132$) étaient systématiquement positives allant d'une force faible ($rs = 0.159$, $p = 0.045$ au minimum, soit pour la corrélation entre A3 et B7s) à forte ($rs = 0.593$, $p < .001$ au maximum, soit pour la corrélation entre A9 et B5s). Les corrélations les plus fortes concernaient deux connaissances : savoir écrire d'une façon qui est inclusive de la pluralité des genres (A9 positivement corrélé aux questions B3s, B5s et B12s) et connaître les barrières d'accès aux soins de santé auxquelles font face les

personnes 2S/LGBTQIA+ spécifiquement dans le milieu de l'orthophonie (A11 positivement corrélé aux questions B3s et B12s).

Tableau 2

Analyse des corrélations entre le niveau de connaissances et de consciences et le niveau de pratique actuelle des répondant-e-s à l'échelle de Likert

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12
B1a	0.414***	0.225**	0.217**	0.144*	0.180*	0.229**	0.255**	0.239**	0.263***	0.288***	0.312***	0.266***
B2a	0.453***	0.294***			0.397***	0.454***	0.374***	0.271**	0.373***	0.367***	0.423***	0.575***
B3a	0.162*	0.160*		0.206**	0.443***		0.148*					
B4a						0.300**	0.187*	0.203*		0.239*	0.243**	0.184*
B5a	0.218**	0.413***	0.186*		0.312***	0.290**	0.331***	0.336***	0.619***	0.372***	0.426***	0.514***
B6a	0.538***	0.335***	0.275**			0.409***	0.349***	0.280***	0.419***	0.426***	0.450***	0.522***
B7a	0.214**	0.194*	0.192*		0.318***	0.246**	0.185*		0.309***	0.205*	0.266**	0.290***
B8a	0.542***	0.472***	0.229*			0.653***	0.440***	0.359***	0.523***	0.526***	0.503***	0.551***
B9a	0.579***	0.447***	0.211*			0.562***	0.498***	0.381***	0.423***	0.494***	0.533***	0.499***
B10a	0.226**	0.277***			0.273**	0.309***	0.310***	0.214**	0.333***	0.321***	0.356***	0.273***
B11a	0.212**	0.294***	0.203*		0.191*	0.296***	0.314***	0.232**	0.273***	0.241**	0.292***	0.262**
B12a	0.151*	0.216**	0.187*	0.201*	0.252**	0.212**	0.297***	0.249**	0.285***	0.185*	0.336***	0.347***

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

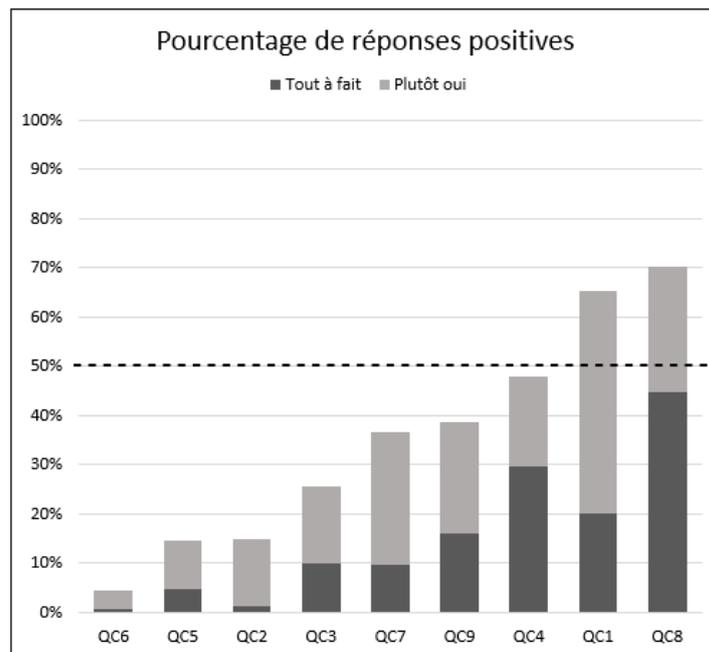
Note. Les valeurs correspondent au coefficient de corrélation de Spearman calculé entre les différentes réponses à l'échelle de Likert des questions A et celles des questions Ba. Ne sont figurées que les corrélations significatives.

Parmi les 12 éléments de consciences et de connaissances, 11 semblaient associées à un passage à l'action généralisé des orthophonistes pour ajuster leurs pratiques aux DSPG (Tableau 2, questions A1 à A3 et A5 à A12, $n < 8$ corrélations positives). Les corrélations ($n = 116$) étaient systématiquement positives allant d'une force faible ($rs = 0.144$ au minimum, soit pour la corrélation entre A4 et B1a) à forte ($rs = 0.653$ au maximum, soit pour la corrélation entre A6 et B8a). Enfin, les éléments de consciences et de connaissances des répondant-e-s étaient généralement moins corrélés à deux actions : préciser d'emblée ses pronoms et accords d'usage (B3a, $n = 4$ corrélations) et respecter les volontés et la confidentialité des patient-e-s en lien avec leurs pronoms, accords et prénom d'usage (B4a, $n = 5$ corrélations).

3.3. Dimension contextuelle : facilitateurs et obstacles organisationnels à l'ajustement des pratiques

Figure 7

Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la dimension contextuelle de la compétence interculturelle au sein des milieux de travail (C1 à C9)



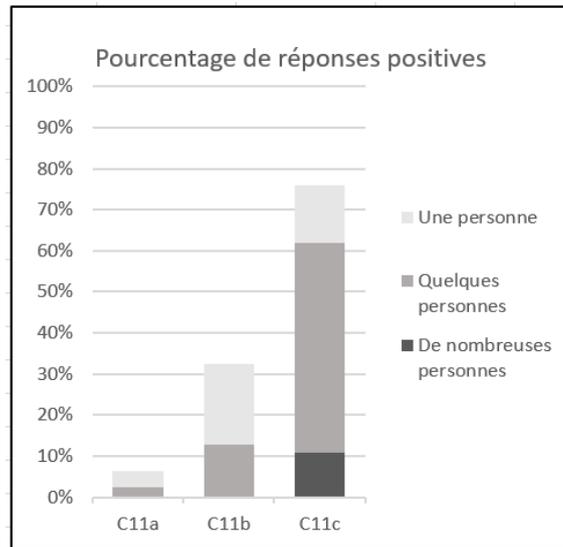
Note. Seules les réponses positives à l'échelle de Likert sont présentées ici. Les résultats sont présentés par ordre croissant du pourcentage de réponses positives. Les questions ayant obtenues le pourcentage le plus bas de réponses positives – c'est-à-dire les questions où les manques de soutien de la part des milieux de travail sont les plus grands – se situent à gauche de la figure. Pour la question C8, les réponses ont été inversées afin qu'elles soient interprétées dans le même sens que pour les autres questions.

Sur une première question interrogeant l'adaptation du milieu de travail aux besoins des personnes 2S/LGBTQIA+, 65 % des répondant·e·s à l'échelle de Likert ($n = 68$) estimaient leur milieu de travail plutôt adapté (45 %) voire tout à fait adapté (25 %). Néanmoins, un nombre important de « Je ne sais pas » a été obtenu à cette question ($n = 49$, question C1).

Pour les huit autres questions, une seule a obtenue plus de 50 % de réponses positives. En effet, 70 % des répondant·e·s estimaient ne pas ou peu avoir entendu de remarques homophobes et/ou transphobes dans leur milieu de travail (C8, $n = 108$). A contrario, les éléments de soutien les moins fréquemment présents dans les milieux de travail des répondant·e·s portaient sur l'exigence à se former aux DSPG (C6, 5 % des réponses à l'échelle de Likert, $n = 6$ réponses positives), l'exigence à adopter une pratique sensible aux DSPG (C5, 14 %, $n = 18$ réponses positives), la présence de formulaires, d'outils et de matériel sensibles aux DSPG (C2, 15 %, $n = 21$ réponses positives) et la présence d'une politique antidiscriminatoire spécifique et visible en lien avec l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre (C3, 26 %, $n = 33$ réponses positives). Enfin, 37 % des répondant·e·s (C7, $n = 34$ réponses positives) affirmaient que leur milieu de travail leur donnait les moyens de suivre des formations sur les DSPG (ex. temps libéré, remboursement ou financement pour assister à des formations). Cependant la majorité des répondant·e·s a répondu « ne s'applique pas » à cette question ($n = 48$).

Figure 8

Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la présence de personnes 2S/LGBTQIA+ côtoyées dans les études en orthophonie (C11)



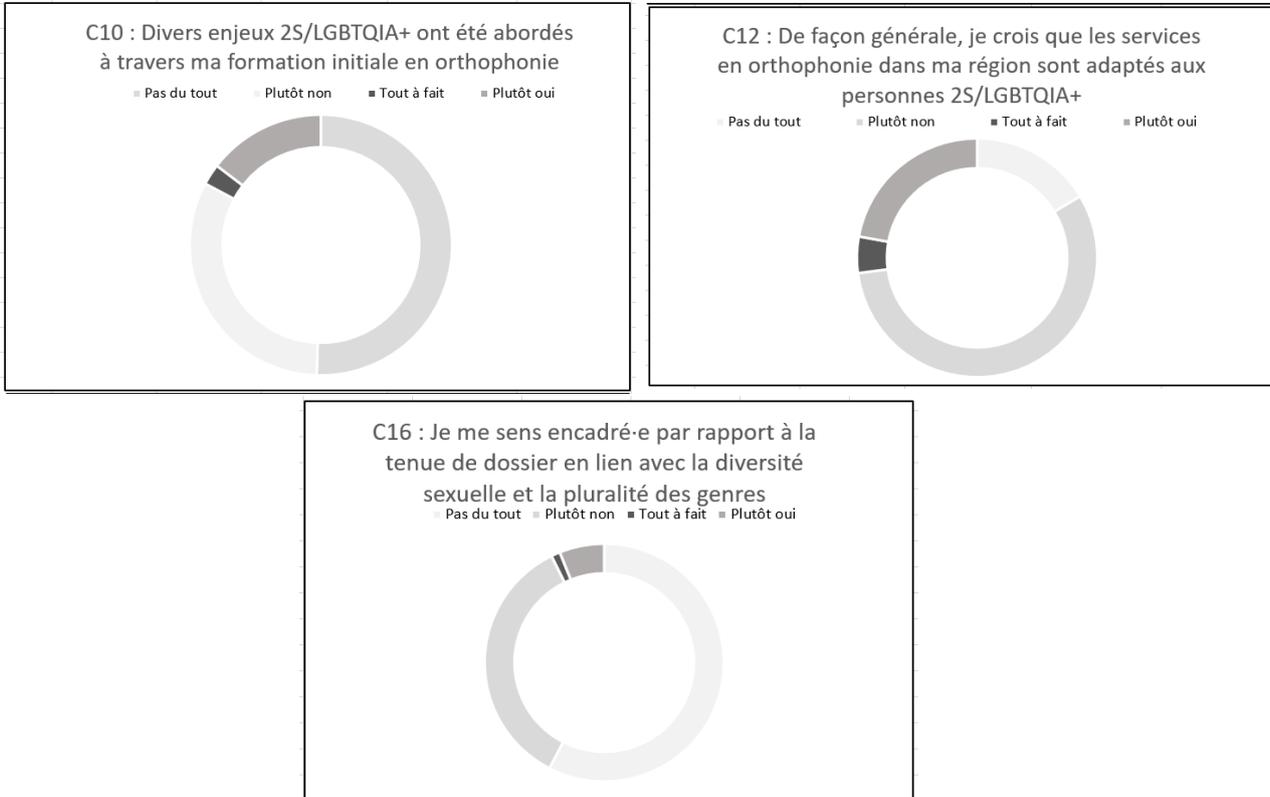
Note. Seules les réponses positives à l'échelle de Likert sont présentées ici. Les résultats sont présentés par ordre croissant du pourcentage de réponses positives. Les questions ayant obtenues le pourcentage le plus bas de réponses positives se situent à gauche de la figure.

Concernant la présence d'étudiant·e·s s'identifiant ouvertement aux communautés 2S/LGBTQIA+ pendant la formation initiale des répondant·e·s, les réponses obtenues sont les suivantes :

- Une majorité de répondant·e·s a côtoyé entre un·e et de nombreu·x·ses étudiant·e·s s'identifiant ouvertement aux communautés asexuelles, bisexuelles, gaies, lesbiennes, pansexuelles ou d'une autre minorité sexuelle (C11c, 76 % des réponses, soit $n = 142$ dont $n = 96$ réponses « quelques personnes »).
- Une minorité de répondant·e·s a côtoyé entre un·e et de nombreu·x·ses étudiant·e·s s'identifiant aux communautés intersexes, trans ou non binaires (C11b, 33 % des réponses $n = 58$ dont 0 « de nombreuses personnes »).
- Une très grande minorité de de répondant·e·s a côtoyé entre un·e et de nombreu·x·ses étudiant·e·s autochtones et s'identifiant ouvertement aux communautés bispirituelles (C11a, 6 % des réponses, $n = 8$).

Figure 9

Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions portant sur la dimension contextuelle de la compétence interculturelle au sein des institutions et organismes de règlementations (C10, 12 et 16).



Note. Seules les réponses données à l'échelle de Likert sont présentées ici.

Dans la formation initiale des répondant·e·s, les enjeux 2S/LGBTQIA+ étaient peu abordés (C10, 17 % des réponses positives à l'échelle de Likert, $n = 33$). Un nombre important de « je ne sais pas » ($n = 77$) a été obtenu en ce qui concerne la bonne adaptation des services en orthophonie aux personnes 2S/LGBTQIA+ (C12, 27 % des réponses à l'échelle de Likert, $n = 33$). Enfin, très peu de répondant·e·s se sentaient encadré·e·s par rapport à la tenue de dossier en lien avec la diversité sexuelle et la pluralité des genres (C16, 7 % de réponses positive à l'échelle de Likert, $n = 12$).

4. Distribution des besoins

4.1. Variation des besoins en fonction des caractéristiques sociodémographiques

4.1.1 Le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste

Tableau 3

Analyse des corrélations entre les réponses à l'échelle de Likert des questions portant sur la compétence interculturelle (A1 à A12, B1 à B12, C1 à C12 et C16) et le nombre d'années avec

le titre d'orthophoniste, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage et la formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+.

	Nombre d'années avec le titre d'orthophoniste	Personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage	Formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+
A1		0.428***	0.314***
A2	-0.181*	0.341***	0.201**
A3			0.163*
A4		0.158*	0.171*
A5			0.166*
A6		0.327***	0.310***
A7		0.382***	0.232**
A8		0.312***	0.193**
A9	-0.248**	0.380***	0.278***
A10		0.327***	0.223**
A11		0.318***	0.294***
A12		0.346***	0.398***
B1a		0.245**	0.198*
B2a		0.292**	0.229*
B3a		0.185*	
B4a			0.268**
B5a		0.263**	0.227*
B6a		0.325***	0.330***
B7a			0.184*
B8a		0.371**	0.486***
B9a		0.322**	0.411***
B10a			
B11a		0.270**	
B12a		0.227**	
B1s		0.287***	0.167*
B2s		0.330***	
B3s		0.411***	0.244**
B4s	-0.217*	0.233**	
B5s	-0.331***	0.270***	0.200*
B6s		0.210**	0.258***
B7s		0.250***	0.176*
B8s	-0.245**	0.148*	
B9s	-0.241*	0.195**	0.239***
B10s	-0.378***	0.313***	0.206**
B11s	-0.271**	0.251***	0.145*
B12s	-0.284**	0.373***	
C1			
C2		0.249**	0.195*
C3			
C4			0.197*
C5			
C6			
C7			0.237*
C8		-0.240**	
C9		0.344***	
C10	-0.558***	0.175*	0.352***
C11a	0.314**		
C11b	-0.307**	0.200**	0.192*
C11c	-0.438***	0.412***	0.168*
C12			
C16		0.189*	0.198*

Note. Les valeurs correspondent au coefficient de corrélation de Spearman calculé entre les différentes réponses à l'échelle de Likert des questions A, B, C et des données socio-démographiques (i.e, le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage, le suivi de formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+). Ne sont figurées que les corrélations significatives.

Le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste était corrélé de façon statistiquement significative avec les trois dimensions de la compétence interculturelle (Tableau 3, Nombre d'années avec le titre d'orthophoniste). Les corrélations étaient toutes négatives, allant d'une force faible (A2, $rs = -.181$, $p = 0.049$ au minimum) à une force élevée (C10, $rs = -.558$, $p < .001$ au maximum). Les corrélations significatives les plus fortes portaient sur la dimension contextuelle concernant la formation initiale en orthophonie. Le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste était fortement à modérément corrélé aux questions C10 à C11c. Le nombre le plus important de corrélations concernait la dimension comportementale pour les situations souhaitées avec un degré de force allant de modéré à faible ($n = 7$ corrélations, questions B10s, B5s, B12s, B11s, B8s, B9s et B4s). Pour la dimension cognitive, seulement deux corrélations ont été observées, avec un degré de force faible, soit avec les questions A9 et A2).

4.1.2 Les milieux de pratique

Des différences statistiquement significatives ont été observées entre les répondant·e·s en fonction de leur milieu de pratique dans les trois dimensions de la compétence interculturelle (Tableau 4, $n = 12$ différences significatives). Pour 11 différences observées, le groupe des répondant·e·s ayant une activité mixte a obtenu un rang moyen significativement plus élevé que celui des répondant·e·s exerçant en libéral (A2, A6, A7, A10, B2s, B9s, B10s, B5a, B10a, C9, C10). Pour quatre des 12 différences observées, le groupe des répondant·e·s ayant une activité mixte a obtenu un rang moyen significativement plus élevé que celui des répondant·e·s exerçant uniquement en salariat (B2s, B9s, B5a, C1). De plus, le groupe des répondant·e·s exerçant uniquement en salariat a obtenu un rang moyen significativement plus élevé que celui des répondant·e·s exerçant uniquement en libéral pour deux des 12 différences observées (A2, C9). Enfin, le groupe de répondant·e·s exerçant en libéral a obtenu un rang moyen significativement plus élevé que celui des répondant·e·s exerçant en salariat en ce qui concerne le fait de travailler dans un milieu adapté aux besoins des personnes 2S/LGBTQIA+ (C1).

Tableau 4

Analyse des relations entre le milieu de pratique des répondant·e·s et le niveau de connaissances, des pratiques souhaitées, l'état des pratiques actuelles et les situations contextuelles.

	Kruskal-Wallis Test			Test Post-hoc de Dunn			
	K	ddl	Valeur de p	Comparaison par paire	Valeur p _{bonf}	Rang moyen	
A1	4.376	2	0.112				
A2	9.359	2	0.009**	Libéral - salariat	0.017*	58.279	79.313
				Libéral - mixte	0.025*	58.279	75.077
				Salariat - mixte	0.962	79.313	75.077
A3	2.102	2	0.350				
A4	1.439	2	0.487				
A5	3.383	2	0.184				
A6	6.625	2	0.036*	Libéral - salariat	0.435	58.941	67.935
				Libéral - mixte	0.016*	58.941	76.888
				Salariat - mixte	0.497	67.935	76.888
A7	8.251	2	0.016*	Libéral - salariat	0.294	53.587	64.318
				Libéral - mixte	0.007**	53.587	73.297
				Salariat - mixte	0.480	64.318	73.297
A8	4.154	2	0.125				
A9	2.346	2	0.310				
A10	6.526	2	0.038*	Libéral - salariat	0.353	58.235	67.500
				Libéral - mixte	0.018*	58.235	74.910
				Salariat - mixte	0.575	67.500	74.910
A11	2.435	2	0.296				
A12	3.690	2	0.158				
B1s	1.115	2	0.573				
B2s	8.598	2	0.014*	Libéral - salariat	0.812	59.515	54.875
				Libéral - mixte	0.017*	59.515	76.095
				Salariat - mixte	0.016*	54.875	76.095
B3s	4.067	2	0.131				
B4s	4.655	2	0.098				
B5s	2.365	2	0.307				
B6s	4.181	2	0.124				
B7s	2.072	2	0.355				
B8s	3.882	2	0.144				
B9s	6.361	2	0.042*	Libéral - salariat	0.816	60.432	56.043
				Libéral - mixte	0.048*	60.432	73.608
				Salariat - mixte	0.040*	56.043	73.608
B10s	7.798	2	0.020*	Libéral - salariat	0.959	59.328	63.000
				Libéral - mixte	0.009**	59.328	77.641
				Salariat - mixte	0.130	63.000	77.641
B11s	3.817	2	0.148				
B12s	0.653	2	0.721				
B1a	0.194	2	0.908				
B2a	0.458	2	0.795				
B3a	0.556	2	0.757				

B4a	0.226	2	0.893				
				Libéral - salariat	1.000	46.808	44.263
B5a	7.949	2	0.019*	Libéral - mixte	0.016*	46.808	62.533
				Salariat - mixte	0.031*	44.263	62.533
B6a	1.849	2	0.397				
B7a	0.244	2	0.885				
B8a	4.122	2	0.127				
B9a	1.985	2	0.371				
				Libéral - salariat	0.455	44.289	52.500
B10a	15.061	2	< .001***	Libéral - mixte	< .001***	44.289	69.290
				Salariat - mixte	0.081	52.500	69.290
B11a	2.717	2	0.257				
B12a	2.016	2	0.365				
				Libéral - salariat	0.023**	48.411	32.000
C1	9.367	2	0.009**	Libéral - mixte	0.534	48.411	54.056
				Salariat - mixte	0.004**	32.000	54.056
C2	2.284	2	0.319				
C3	5.199	2	0.074				
C4	2.764	2	0.251				
C5	0.244	2	0.885				
C6	0.216	2	0.897				
C7	5.284	2	0.071				
C8	0.850	2	0.654				
				Libéral - salariat	0.034*	49.180	67.381
C9	11.295	2	0.004**	Libéral - mixte	0.004**	49.180	69.735
				Salariat - mixte	1.000	67.381	69.735
				Libéral - salariat	0.530	59.906	67.563
C10	7.545	2	0.023*	Libéral - mixte	0.009**	59.906	78.900
				Salariat - mixte	0.311	67.563	78.900
C11a	1.070	2	0.586				
C11b	0.611	2	0.737				
C11c	5.970	2	0.051				
C12	1.201	2	0.549				
C16	1.251	2	0.535				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Note. Les données correspondent à la statistique de test de Kruskal-Wallis (K) et aux degrés de liberté (ddl). Les différences sont caractérisées par la valeur de p . Lorsque la différence a été significative, le test de Kruskal-Wallis a été complété par un test post-hoc de Dunn permettant de comparer les groupes de répondant·e·s entre eux. Libéral : répondant·e·s exerçant uniquement en libéral+ ; Salariat : répondant·e·s exerçant uniquement en salariat ; Mixte : répondant·e·s en libéral et en salariat.

4.2. Variation des besoins en fonction des relations aux communautés 2S/LGBTQIA+

4.2.1 L'autoidentification aux communautés 2S/LGBTQIA+

Des différences statistiquement significatives ont été observées entre les répondant-e-s en fonction de leur autoidentification aux communautés 2S/LGBTQIA+ (Tableau 5). Ces différences étaient nombreuses sur le plan des éléments de conscience et connaissances (A, $n = 9$ différences significatives) ainsi que sur le plan des éléments de situations souhaitées (Bs, $n = 8$ différences significatives). Pour toutes les différences significatives observées, à l'exception de celles concernant la question A3, le groupe des personnes s'auto-identifiant aux communautés 2S/LGBTQIA+ a obtenu un rang moyen significativement plus élevé que le groupe des personnes non-2S/LGBTQIA+. Ces résultats suggèrent une association entre l'autoidentification aux communautés 2S/LGBTQIA+ et un niveau élevé de connaissances, de conscience critique en lien avec les DSPG et de pratiques orthophoniques souhaitées sensibles.

Tableau 5

Analyse des relations entre l'autoidentification 2S/LGBTQIA+ des répondant-e-s et le niveau de connaissances, des pratiques souhaitées, l'état des pratiques actuelles et les situations contextuelles.

	Kruskal-Wallis Test			Test Post-hoc de Dunn			
	K	ddl	Valeur de p	Comparaison par paire	Valeur p _{bonf}	Rang Moyen	
A1	20.183	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.190	102.658	83.874
				Je ne sais pas – Oui	0.299	102.658	119.517
				Oui- non	< .001***	83.874	119.517
A2	9.589	2	0.008**	Je ne sais pas – Non	1.000	84.342	88.794
				Je ne sais pas – Oui	0.050*	84.342	112.632
				Oui- non	0.005**	88.794	112.632
A3	7.134	2	0.028*	Je ne sais pas – Non	0.035*	106.500	79.461
				Je ne sais pas – Oui	0.554	106.500	94.961
				Oui- non	0.088	79.461	94.961
A4	1.419	2	0.492				
A5	1.339	2	0.512				
A6	19.531	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.057	108.000	81.668
				Je ne sais pas – Oui	0.753	108.000	117.096
				Oui- non	< .001***	81.668	117.096
A7	17.892	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.152	97.824	76.907
				Je ne sais pas – Oui	0.490	97.824	111.231
				Oui- non	< .001***	76.907	111.231
A8	4.766	2	0.092				
A9	24.600	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.386	97.105	82.261
				Je ne sais pas – Oui	0.075	97.105	124.534
				Oui- non	< .001***	82.261	124.534
A10	18.676	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.780	91.658	84.085
				Je ne sais pas – Oui	0.063	91.658	117.172

				Oui- non	< .001***	84.085	117.172
A11	12.794	2	0.002**	Je ne sais pas – Non	0.238	103.632	85.196
				Je ne sais pas – Oui	0.609	103.632	115.254
				Oui- non	< .001***	85.196	115.254
A12	18.428	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.999	90.556	84.991
				Je ne sais pas – Oui	0.048*	90.556	120.123
				Oui- non	< .001***	84.991	120.123
B1s	2.752	2	0.253				
B2s	19.015	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.669	92.000	82.902
				Je ne sais pas – Oui	0.114	92.000	114.379
				Oui- non	< .001***	82.902	114.379
B3s	8.910	2	0.012*	Je ne sais pas – Non	0.736	72.545	63.910
				Je ne sais pas – Oui	0.470	72.545	85.976
				Oui- non	0.004**	63.910	85.976
B4s	2.137	2	0.343				
B5s	21.532	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.145	87.219	67.772
				Je ne sais pas – Oui	0.342	87.219	102.085
				Oui- non	< .001***	67.772	102.085
B6s	9.181	2	0.010*	Je ne sais pas – Non	0.844	89.000	82.269
				Je ne sais pas – Oui	0.285	89.000	105.227
				Oui- non	0.004**	82.269	105.227
B7s	12.935	2	0.002**	Je ne sais pas – Non	0.055	102.000	77.793
				Je ne sais pas – Oui	1.000	102.000	103.274
				Oui- non	0.001***	77.793	103.274
B8s	3.128	2	0.209				
B9s	2.991	2	0.224				
B10s	10.101	2	0.006*	Je ne sais pas – Non	0.150	104.417	85.185
				Je ne sais pas – Oui	1.000	104.417	107.638
				Oui- non	0.004**	85.185	107.638
B11s	9.199	2	0.010*	Je ne sais pas – Non	0.108	104.000	82.618
				Je ne sais pas – Oui	1.000	104.000	103.853
				Oui- non	0.008**	82.618	103.853
B12s	14.783	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.148	80.821	61.966
				Je ne sais pas – Oui	0.691	80.821	89.845
				Oui- non	< .001***	61.966	89.845
B1a	8.388	2	0.015*	Je ne sais pas – Non	0.097	82.300	63.413
				Je ne sais pas – Oui	1.000	82.300	81.590
				Oui- non	0.015*	63.413	81.590
B2a	12.633	2	0.002**	Je ne sais pas – Non	0.334	61.615	50.697
				Je ne sais pas – Oui	0.356	61.615	73.210
				Oui- non	< .001***	50.697	73.210
B3a	3.256	2	0.196				
B4a	1.736	2	0.420				
B5a	15.986	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.224	66.786	53.033
				Je ne sais pas – Oui	0.315	66.786	79.809
				Oui- non	< .001***	53.033	79.809

B6a	11.543	2	0.003**	Je ne sais pas – Non	0.298	67.571	54.669
				Je ne sais pas – Oui	0.506	67.571	77.932
				Oui- non	0.001***	54.669	77.932
B7a	2.987	2	0.225				
B8a	3.992	2	0.136				
B9a	6.102	2	0.047*	Je ne sais pas – Non	0.722	46.818	40.858
				Je ne sais pas – Oui	0.492	46.818	55.759
				Oui- non	0.020*	40.858	55.759
B10a	4.214	2	0.122				
B11a	3.503	2	0.174				
B12a	5.256	2	0.072				
C1	0.711	2	0.701				
C2	3.64	2	0.162				
C3	2.272	2	0.321				
C4	0.115	2	0.944				
C5	2.462	2	0.292				
C6	3.373	2	0.185				
C7	4.504	2	0.105				
C8	3.054	2	0.217				
C9	0.098	2	0.952				
C10	3.498	2	0.174				
C11a	0.041	2	0.980				
C11b	5.693	2	0.058				
C11c	15.322	2	< .001***	Je ne sais pas – Non	0.768	88.974	81.047
				Je ne sais pas – Oui	0.105	88.974	112.330
				Oui- non	< .001***	81.047	112.330
C12	0.159	2	0.924				
C16	2.087	2	0.352				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Note. Les données correspondent à la statistique de test de Kruskal-Wallis (K) et aux degrés de liberté (ddl). Les différences sont caractérisées par la valeur de p . Lorsque la différence a été significative, le test de Kruskal-Wallis a été complété par un test post-hoc de Dunn permettant de comparer les groupes de répondant·e·s entre eux. Oui : répondant·e·s s'identifiant comme 2S/LGBTQIA+ ; Non : répondant·e·s ne s'identifiant pas comme 2S/LGBTQIA+ ; Ne sait pas : répondant·e·s ne sachant pas s'ils s'identifient ou non comme 2S/LGBTQIA+.

4.2.2 Le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage

Le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ présent·e·s dans l'entourage des répondant·e·s était un des facteurs faisant le plus varier les besoins des répondant·e·s (Tableau 3, Nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage). Le nombre de corrélations statistiquement significatives avec l'ensemble des dimensions de la compétence interculturelle y était le plus grand ($n = 38$ corrélations significatives). Toutes les corrélations étaient positives, allant d'une force faible (B8s, $rs = 0.148$, $p = 0.041$ au minimum) à une force modérée (C11c, $rs = 0.412$, $p < .001$ au maximum). Ainsi le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage était

modérément à faiblement corrélé à presque tous les éléments de connaissances et de consciences des répondant·e·s (dimension cognitive, $n = 10$, questions A). Le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage était modérément à faiblement corrélé à l'application de pratiques positives envers les personnes 2S/LGBTQIA+ (Ba, $n = 9$) ainsi qu'au souhait d'adopter de bonnes pratiques par toutes (Bs, $n = 12$). Enfin, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ était positivement corrélé à différents aspects contextuels que ce soit dans les milieux de travail ($n = 4$ corrélations) ou dans la formation initiale ($n = 3$ corrélations, questions C) avec une force des coefficients de corrélation allant de modéré à faible.

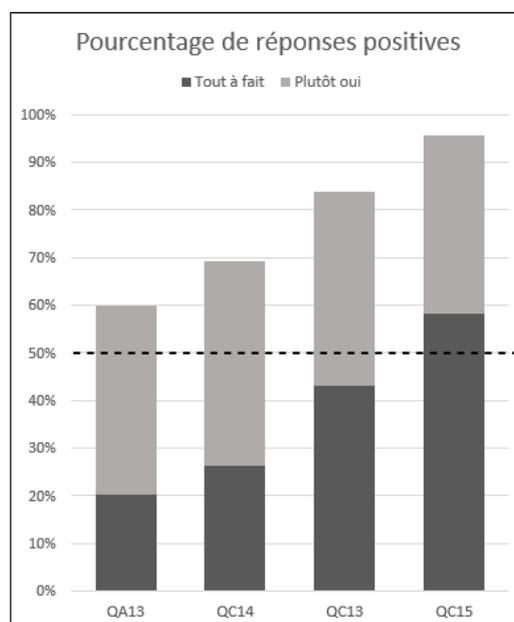
4.2.3 Formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+

Pour finir, la formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+ était corrélé de façon statistiquement significative avec les trois dimensions de la compétence interculturelle (Tableau 3, Formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+, $n = 36$ corrélations). Les corrélations étaient toutes positives, allant d'une force faible (B11s, $r_s = 0.145$, $p = 0.05$ au minimum) à une force modérée (B8a, $r_s = 0.486$, $p < .001$ au maximum). Le fait d'avoir reçu de la formation sur des enjeux 2S/LGBTQIA+ était modérément à faiblement corrélé à tous les éléments de connaissance proposés dans le sondage ($n = 12$ corrélations), à des éléments de pratiques positives envers les personnes 2S/LGBTQIA+ (Ba, $n = 8$), des éléments de pratiques souhaitées (Bs, $n = 8$) ainsi que des éléments contextuels (C, $n = 7$).

5. Exploration de solutions potentielles

Figure 10

Pourcentage de réponses positives obtenues à l'échelle de Likert pour les questions explorant les solutions potentielles (QA13, C13, C14, C15).



Note. Seules les réponses positives à l'échelle de Likert sont présentées ici. Les résultats sont présentés par ordre croissant du pourcentage de réponses positives. Les questions ayant obtenues le pourcentage le plus bas de réponses positives – c'est-à-dire les solutions proposées jugées moins importantes – se situent à gauche de la figure.

Les quelques solutions proposées au sein du sondage ont toutes été considérées comme des solutions potentielles par la majorité des répondant·e·s aux échelles de Likert. Les solutions les plus fortement appréciées étaient : les organismes de réglementation devraient donner les moyens à leurs membres de se former sur les DSPG (C15, 96 % de réponses positives à l'échelle de Likert, $n = 181$) et exiger explicitement que la pratique de l'orthophonie soit sensible aux DSPG (C13, 84 %, $n = 144$).

Tableau 6

Analyse des corrélations entre le niveau d'accord des répondant·e·s aux solutions proposées et le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage et la formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+.

	Nombre d'années avec le titre d'orthophoniste	Nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage	Formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+
A13	-0.336***	0.286***	
C13	-0.288**	0.306***	0.258***
C14		0.324***	0.158*
C15	-0.311***	0.184*	0.163*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Note. Les valeurs correspondent au coefficient de corrélation de Spearman calculé entre les différentes réponses à l'échelle de Likert des questions A13, C13 à C15 et des données socio-démographiques (i.e, le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage, la formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+). Ne sont figurées que les corrélations significatives.

L'importance accordée aux solutions proposées variait selon les données sociodémographiques des répondant·e·s. Tout d'abord, le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste était négativement corrélé avec trois des quatre solutions proposées (Tableau 6, Nombre d'années avec le titre d'orthophoniste). Le milieu de pratique influençait peu les réponses aux solutions proposées. Une seule différence significative a été observée. En effet, le groupe de répondant·e·s ayant une activité mixte avait un rang moyen significativement plus élevé que le groupe de répondant·e·s exerçant en libéral (Tableau 7, C15)

Tableau 7

Analyse des relations entre le milieu de pratique des répondant·e·s et l'intérêt accordé aux solutions potentielles

	Test de Kruskal-Wallis			Test Post-hoc de Dunn			
	K	ddl	Valeur de p	Comparaison par paire	Valeur p _{bonf}	Rang moyen	
A13	5.820	2	0.054				
C13	1.033	2	0.597				
C14	2.815	2	0.245				
C15	6.391	2	0.041*	Libéral - salariat	0.732	58.431	63.813
				Libéral - mixte	0.017*	58.431	75.038
				Salariat - mixte	0.274	63.813	75.038

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Note. Les données correspondent à la statistique de test de Kruskal-Wallis (K) et aux degrés de liberté (ddl). Les différences sont caractérisées par la valeur de p. Lorsque la différence a été significative, le test de Kruskal-Wallis a été complété par un test post-hoc de Dunn permettant de comparer les groupes de répondant·e·s entre eux. Libéral : répondant·e·s exerçant uniquement en libéral+ ; Salariat : répondant·e·s exerçant uniquement en salariat ; Mixte : répondant·e·s en libéral et en salariat.

Aussi, les répondant·e·s qui s'auto-identifiaient aux communautés 2S/LGBTQIA+ et ceux qui ne savaient pas répondaient plus positivement aux solutions proposées que ceux qui ne s'y identifiaient pas (Tableau 8). De plus, le nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage était positivement corrélé à l'importance accordée à toutes les solutions, de même que la formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+ pour trois des solutions proposées (Tableau 6, Nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage et Formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+).

Tableau 8

Analyse des relations entre l'autoidentification 2S/LGBTQIA+ des répondant·e·s et l'intérêt accordé aux solutions potentielles.

	Test de Kruskal-Wallis			Test Post-hoc de Dunn			
	K	ddl	Valeur de p	Comparaison par paire	Valeur p _{bonf}	Rang moyen	
A13	12.042	2	.002**	Ne sais pas – Non	.291	96.158	8.274
				Ne sais pas – Oui	.532	96.158	108.255
				Oui- non	< .001***	8.274	108.255
C13	15.611	2	< .001***	Ne sais pas – Non	.017*	104.700	73.290
				Ne sais pas – Oui	1.000	104.700	99.934
				Oui- non	< .001***	73.290	99.934
C14	9.522	2	.009**	Ne sais pas – Non	.132	95.529	75.080
				Ne sais pas – Oui	1.000	95.529	97.920
				Oui- non	.006**	75.080	97.920
C15	9.331	2	.009**	Ne sais pas – Non	.043*	111.059	84.640
				Ne sais pas – Oui	.864	111.059	103.895
				Oui- non	.016*	84.640	103.895

Note. Les données correspondent à la statistique de test de Kruskal-Wallis (K) et aux degrés de liberté (ddl). Les différences sont caractérisées par la valeur de *p*. Lorsque la différence a été significative, le test de Kruskal-Wallis a été complété par un test post-hoc de Dunn permettant de comparer les groupes de répondant·e·s entre eux. Oui : répondant·e·s s'identifiant comme 2S/LGBTQIA+ ; Non : répondant·e·s ne s'identifiant pas comme 2S/LGBTQIA+ ; Ne sait pas : répondant·e·s ne sachant pas s'ils s'identifient ou non comme 2S/LGBTQIA+.

DISCUSSION

L'objectif de la présente recherche était d'explorer les besoins en matière de compétence interculturelle des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France en lien avec chacune des trois dimensions (cognitive, comportementale et contextuelle) par rapport aux DSPG. Les questions de recherche associées étaient les suivantes.

Question 1 : Quels sont les connaissances et les éléments de consciences des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France sur les enjeux et besoins spécifiques des personnes 2S/LGBTQIA+ ? La majorité des répondant·e·s déclarait connaître certains termes et concepts relatifs aux DSPG et avait conscience que les personnes 2S/LGBTQIA+ viennent consulter en orthophonie. Mais iels déclaraient aussi ne pas savoir identifier leurs biais en lien avec l'orientation sexuelle et l'identité de genre, les besoins spécifiques en orthophonie des personnes 2S/LGBTQIA+, ni connaître les ressources cliniques et communautaires adaptées (Figure 4).

Question 2 : Comment les orthophonistes prennent-iels en compte les enjeux et besoins spécifiques des personnes 2S/LGBTQIA+ dans leurs pratiques ? La majorité des répondant·e·s trouvaient important que les orthophonistes adaptent leurs pratiques aux DSPG, et déclaraient respecter les volontés des patient·e·s en lien avec leurs pronoms, accords et prénom d'usage (Figures 1 et 2). Cependant les réponses obtenues ont mis en évidence des écarts importants entre les situations souhaitées par les répondant·e·s et leurs pratiques actuelles (Figure 3).

Question 3 : Quels sont les facteurs qui influencent la pratique et le niveau de connaissances des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France en lien avec les DSPG et, par conséquent, quels sont les besoins pour améliorer leur compétence interculturelle en lien avec les DSPG ? Les analyses corrélationnelles ont mis en évidence l'existence d'une association entre le niveau des connaissances et des éléments de consciences des répondant·e·s, l'intérêt porté à l'adaptation des pratiques et la mise en place d'actions culturellement sensibles aux DSPG dans leurs pratiques (Tableaux 1 et 2). L'analyse des résultats a aussi mis en évidence des associations entre les caractéristiques socio-démographiques (le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste et le milieu de pratique) et la relation des répondant·e·s au communautés 2S/LGBTQIA+ (l'autoidentification, l'entourage et la formation reçue) avec le niveau de

connaissance, l'intérêt porté à l'adaptation des pratiques et la mise en place d'actions culturellement sensibles aux DSPG dans leurs pratiques (Tableaux 3, 4 et 5). Enfin, les résultats obtenus portant sur la dimension contextuelle et les solutions potentielles, suggèrent que les répondant·e·s auraient besoin d'être soutenu·e·s par les institutions et organismes de réglementation dans le développement d'une compétence interculturelle des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie qui soit sensible aux DSPG (Figures 5, 7 et 8).

1. Accueillir les personnes 2S/LGBTQIA+ en orthophonie

Les résultats obtenus à ce sondage ont montré que les répondant·e·s étaient plutôt sensibles à la présence de personnes 2S/LGBTQIA+ dans leur patientèle (figure 4, question A1). Ils estimaient majoritairement tenir compte de la diversité des structures familiales et respecter les volontés et la confidentialité de leurs patient·e·s en lien avec leurs pronoms, accords et prénom d'usage (figure 2, questions B1a et B4a). Aussi, la majorité des orthophonistes estimaient leurs milieux de travail comme plutôt adaptés aux besoins des personnes 2S/LGBTQIA+, et répondaient avoir entendu peu ou pas de remarques homophobes ou transphobes (Figure 5, questions C1 et C8). Ces résultats corroborent les études existantes (Gunjawate et al., 2020; Hancock & Haskin, 2015; Litosseliti & Georgiadou, 2019; Matthews et al., 2020; Stark & Tanney, 2020). Les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie semble vouloir être accueillant·e·s pour ces patient·e·s, comprendre l'importance d'adapter leurs pratiques (figure 1, questions Bs) mais n'ont pas forcément les compétences et les connaissances pour le faire (figure 2 et 4 questions Ba et A). Ces réponses sont un point de départ très encourageant pour fournir un accueil et des soins adaptés aux besoins des personnes 2S/LGBTQIA+. Le niveau élevé de réponses positives obtenu pour les pratiques souhaitées semble indiquer une volonté des orthophonistes de prendre en compte les DSPG dans leurs pratiques ; ce que Sharifi et al. (2019) nomment « désir culturel » qui représente un des antécédents la compétence interculturelle. Ce « désir culturel » pourrait inciter les orthophonistes à se renseigner et chercher à améliorer leurs pratiques. A cet antécédent s'ajoute la nécessité de développer des interactions avec les personnes 2S/LGBTQIA+ (Sharifi et al., 2019). Les corrélations positives observées entre la présence de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage et les trois dimensions de la compétence interculturelle (Tableau 3) suggèrent l'existence d'une relation entre ces interactions, appelées « exposition à la diversité », et l'amélioration des connaissances et des pratiques des orthophonistes.

2. La difficulté à identifier les besoins

2.1. De bonnes connaissances théoriques générales

Les éléments de connaissances ayant obtenus un grand pourcentage de réponses positives (réponses positives >80 % pour les questions A2, A8 et A10 et 58 % pour la question A9) portaient sur des items relatifs aux connaissances culturelles de la dimension cognitive (Balcazar et al., 2009). Les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie ont généralement conscience que tout le monde n'est pas hétérosexuel et/ou cisgenre, que plusieurs orientations sexuelles et romantiques existent et que plusieurs identités de genre existent, même au-delà d'une distinction binaire « masculin/féminin ».

En résumé, ces items de connaissances mettent en évidence que les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie ont un bon niveau de connaissance générale relative aux DSPG. L'acquisition de ces connaissances culturelles constitue l'un des piliers de la compétence interculturelle (Sharifi et al., 2019). Cependant elles ne rendent pas compte du niveau de conscience critique et des connaissances spécifiques des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie vis-à-vis des enjeux et besoins en santé des minorités sexuelles et de genre.

2.2. Développer une conscience critique et des connaissances spécifiques en orthophonie pour mieux identifier les besoins

Les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie éprouvent des difficultés à identifier des situations professionnelles où leurs biais en lien avec l'orientation sexuelle et l'expression et l'identité de genre pourraient influencer leurs comportements (figure 4, questions A3 et A4). Pour arriver à des réels changements dans leurs pratiques, il serait désirable de développer davantage les connaissances des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie concernant les enjeux et besoin spécifiques en orthophonie des personnes 2S/LGBTQIA+ et l'identification des difficultés d'accès aux soins de ces personnes (questions A6 et A7 et A11). Une meilleure connaissance de ces enjeux pourrait soutenir les orthophonistes à juger de la pertinence des actions à mettre en place pour accueillir de manière sensible et répondre aux besoins des personnes 2S/LGBTQIA+, ce qui leur pose difficulté actuellement (Réponses « je ne sais pas », $n = 54$, question B3s, $n = 32$, question B5s et $n = 50$, question B12s).

Les items concernant la conscience critique relative à l'expression et l'identité de genre ont obtenu un pourcentage de réponses positives supérieures aux items relatifs à l'orientation sexuelle (figure 4, respectivement questions A3 et A6, pourcentage de réponses positives > 50% versus questions A4 et A7, pourcentage de réponses positives < 40%). L'accompagnement vocal dans le cadre d'une transition de genre fait partie des prises en soin en orthophonie. Ainsi les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie savent explicitement qu'ils sont amené·e·s à

rencontrer des personnes trans et/ou non-binaires. De plus, de nombreux articles et formations portant sur l'accompagnement vocal des personnes trans dans le cadre de leur transition ont émergé ces dernières années (Defever & Martin, 2021; Defever & Panteaux, s. d.; Klein-Dallant, 2019). Ceci a pu permettre aux orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie de mieux connaître certains enjeux et besoins spécifiques en orthophonie des personnes trans et/ou non-binaires et d'être plus à même d'identifier des biais influençant leurs comportements en situation professionnelle. A l'inverse, il n'existe aucune formation en français sur l'accompagnement des personnes s'identifiant à une minorité sexuelle en orthophonie.

En donnant de la visibilité à ces enjeux et en aidant les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie à être capables de reconnaître leurs propres biais et préjugés, on offre la possibilité aux orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie de comprendre comment iels peuvent jouer un rôle dans la réduction des barrières d'accès aux soins. Cela pourrait leur permettre de prendre conscience du besoin d'adapter leurs pratiques en fonction des expériences et des besoins de chacun·e de leurs patient·e·s et, de fait, d'initier un changement dans leurs pratiques (Brach & Fraserirector, 2000; Di Lorito et al., 2022; Lombraïl, 2007). Les corrélations positives observées entre les connaissances et les pratiques mettent en évidence l'existence d'une relation entre le développement de la dimension cognitive, la volonté d'adopter une pratique qui soit sensible et la mise en place d'actions pour adapter sa pratique (Tableaux 1 et 2).

2.3. Se sentir concerné·e·s

Un nombre important de réponses « Ne s'applique pas » a été obtenu pour des items concernant la pratique actuelle (figure 2, questions Ba). Ces réponses concernaient le fait d'appliquer des données probantes (question B9a, $n = 46$) et de respecter les volontés et la confidentialité des patient·e·s (question B4a, $n = 47$). Pourtant lorsqu'il leur était demandé si iels trouvaient important que les orthophonistes mettent en place ces actions, iels donnaient des réponses positives. Il est probable que ces répondant·e·s pensent que ces actions ne s'appliquent pas à leurs pratiques car iels n'auraient pas rencontré de patient·e·s 2S/LGBTQIA+ et que, par conséquent, iels ne se sentent pas concerné·e·s par la mise en place de ces actions. Or, appliquer une pratique sensible aux DSPG consiste à adopter des actions qui permettent à chaque patient·e de pouvoir exprimer leurs identités de genre et orientations sexuelles quelle qu'elles soient et à chaque orthophoniste de pouvoir en tenir compte dans l'accompagnement qui leur sera proposé. La littérature actuelle met en évidence que des patient·e·s 2S/LGBTQIA+ taisent volontairement leur orientation sexuelle et/ou identité de genre de peur d'expériences discriminantes, et que cela constitue un des facteurs de stress minoritaire vécu par ces personnes (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Rees et al., 2021). Les remarques homophobes ou

transphobes déjà entendues au travail par un tiers des répondant·e·s (figure 5, question C8) mettent en évidence que les milieux de travail des orthophonistes ne sont pas tous accueillants et sécurisants pour les personnes 2S/LGBTQIA+. Cela peut participer à la non divulgation de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre de ces patient·e·s auprès de leur orthophoniste. Ainsi, il est probable que des orthophonistes aient déjà accueilli des personnes 2S/LGBTQIA+ sans le savoir.

Si les orthophonistes n'ont pas conscience de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre des personnes qu'ils reçoivent, iels peuvent ne pas comprendre la nécessité qu'ils adaptent leurs pratiques tout en pensant que les orthophonistes accueillant des personnes 2S/LGBTQIA+ devraient le faire. Cela pourrait expliquer les différences obtenues dans les réponses des répondant·e·s entre ce qu'ils trouvent important de faire et ce qu'ils mettent réellement en place dans leurs pratiques (figure 3, questions B).

Ainsi, encourager les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie à développer leur conscience critique vis-à-vis des enjeux 2S/LGBTQIA+ pourraient les amener à réaliser que l'accueil des personnes 2S/LGBTQIA+ les concerne toutes. Leurs pratiques pourraient alors s'accorder avec l'importance qu'ils donnent à l'adaptation des soins par les orthophonistes.

3. Favoriser la prise de conscience et initier des changements

3.1. Développer et promouvoir la recherche

La majorité des orthophonistes ayant répondu au sondage déclarait ne pas connaître les ressources cliniques et communautaires pertinentes vers lesquelles référer des patient·e·s 2S/LGBTQIA+ (figure 4, question A12). Cependant iels déclaraient aussi ne pas chercher ces ressources, ni mener des actions pour les connaître (figure 2, questions B6a et B7a) quand bien même ces actions étaient jugées importantes (figure 1, questions B6s et B7s). Ces réponses indiquent que les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie auraient besoin de développer leur « expertise culturelle », soit leur capacité à adopter des conduites de recherches et d'acquisition de nouvelles compétences, notamment à travers la lecture et le partage d'articles scientifiques (Sharifi et al., 2019).

Tout comme le recommandent McCurtin & Roddam (2012) pour le développement d'une pratique basée sur les données probantes (en anglais, « evidence-based practice » ; EBP), les orthophonistes doivent influencer et encourager la recherche dans tous les domaines qui les concernent, notamment celui des DSPG. Depuis 2013, cela fait d'ailleurs partie intégrante du champ de compétence des orthophonistes qui doivent être en capacité « d'analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle » et de « rechercher, traiter et analyser des données

professionnelles et scientifiques » (Ministère de l'Enseignement supérieur & et de la Recherche, 2013, p. 1). Or, la recherche en orthophonie en France peine à se développer. Par exemple, il n'existe pas de filière doctorale spécifique à l'orthophonie en France (*La Recherche en France – Annuaire des Ecoles Doctorales*, s. d.). L'enquête menée par Borel (2019), indiquait que jusqu'en 2018 très peu d'orthophonistes avaient réalisé un doctorat en France. La littérature scientifique dans le domaine de l'orthophonie nécessite d'être plus fournie. C'est l'une des missions de l'UNADREO qui tente de promouvoir la recherche en orthophonie. La création d'une Equipe de Recherche UNADREO spécifique aux DSPG en orthophonie et la publication des résultats à travers la revue scientifique *Glossa* permettrait de soutenir le développement des connaissances des orthophonistes (*Glossa*, s. d.; *LURCO, Laboratoire Unadreo de Recherche Clinique en Orthophonie*, s. d.). Cependant, pour que de telles équipes de recherche puissent voir le jour, un soutien financier est nécessaire et reste difficile d'accès à l'heure actuelle (*Unadreo – Trouver des financements*, s. d.).

3.2. Se former

En plus de la recherche de données probantes dans la littérature scientifique, suivre des formations relatives aux DSPG en orthophonie pourrait permettre de faciliter l'apport de nouvelles connaissances et leur transfert à la pratique des orthophonistes. Pour cela, il faudrait développer ces formations et les rendre accessibles aux orthophonistes (McCurtin & Roddam, 2012).

3.2.1 Formation initiale

La formation initiale représente le premier espace où les futur·e·s orthophonistes peuvent développer leurs connaissances et leurs compétences. Les réponses obtenues au sondage indiquent que le sujet des DSPG est plus abordé ces dernières années en formation initiale. Les orthophonistes les plus récemment diplômé·e·s ont reçu plus d'informations sur le sujet lors de leur formation initiale (Tableau 3, Nombre d'années avec le titre d'orthophoniste, C10, $r_s = -0.558$, $p < .001$). Il serait bénéfique de proposer une formation initiale en France où tous les programmes d'enseignements soient sensibles aux DSPG en s'appuyant sur les trois dimensions de la compétence interculturelle, comme cela avait déjà été recommandé dans d'autres pays (Baiocco et al., 2022; Di Lorito et al., 2022; Kirjava et al., 2023). Cela permettrait au futur·e·s orthophonistes d'être déjà préparé·e·s à l'accueil et la prise en soin de personnes 2S/LGBTQIA+. Par exemple, des personnes 2S/LGBTQIA+ pourraient être incluses dans les études de cas proposées. Iels pourraient aussi être invitées à intervenir pendant des cours en tant que patient·e·s expert·e·s (Mahendra, 2019; Vogler-Elias et al., 2020).

Ce type de changements dans la formation initiale pourrait également avoir des retombées bénéfiques pour la population étudiante en offrant un cadre académique plus accueillant et soutenant pour les personnes issues de la communauté 2S/LGBTQIA+. Kirjava et al. (2023) suggèrent d'ailleurs que les centres de formation mettent en place des groupes de soutien et des centres de ressources 2S/LGBTQIA+.

3.2.2 Formations continues

Après avoir obtenu leur Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO), les orthophonistes doivent continuer à se former régulièrement. Le référentiel de compétences de la profession orthophonique publié dans le Bulletin Officiel du 5 septembre 2013 du Ministère de l'Enseignement supérieur & et de la Recherche indique qu'une des compétences de l'orthophoniste consiste à « Rechercher les moyens de formation et suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins » (p. 11). Les corrélations positives observées entre le fait d'avoir suivi au moins une formation reprenant certains enjeux propres aux personnes 2S/LGBTQIA+ et le niveau de connaissance/de mise en pratique des orthophonistes (Tableau 3, questions A corrélées aux questions B6a, B7a et B9a) correspondent aux résultats des études existantes. Elles indiquent qu'en se formant tout au long de leur vie professionnelle, les orthophonistes améliorent leurs connaissances et leurs pratiques (Beach et al., 2005; Gunjawate et al., 2020; Hancock & Haskin, 2015; Litosseliti & Georgiadou, 2019; Matthews et al., 2020; Stark & Tanney, 2020). Des programmes de formation sont en cours d'élaboration aux Etats-Unis et en Europe fournissant un programme d'action détaillé et dont les premiers résultats semblent plutôt positifs (Baiocco et al., 2022; Kirjava et al., 2023; Mahendra, 2019; Rhoten et al., 2022). Ainsi, les résultats obtenus au sondage montrent que des besoins d'amélioration des connaissances, des éléments de conscience critique et des pratiques sensibles aux DSPG demeurent (Figures 2 et 4, questions Ba et A). Le suivi de formations pourrait participer à soutenir le développement de la compétence interculturelle en matière de DSPG des orthophonistes. Pour cela, les institutions et organismes de réglementations pourraient apporter un soutien dans l'accès à la formation aux DSPG. Par exemple, ils pourraient apporter un soutien financier, participer à l'élaboration de nouvelles formations et promouvoir celles existantes.

Selon Di Lorito et al. (2022) et Mahendra (2019), ces formations devraient être pensé en partenariat avec les associations 2S/LGBTQIA+ et les professionnel·le·s de santé 2S/LGBTQIA+. Cela donnerait aux orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie les clés nécessaires pour renforcer leurs compétences interculturelles, examiner leurs propres croyances et attitudes et ainsi combattre l'impact des préjugés personnels et contester les comportements

discriminatoires. Enfin, les réponses des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie entretenant un lien avec la communauté 2S/LGBTQIA+ étaient plus positives dans tous les domaines, particulièrement dans la dimension cognitive (Tableau 3, Personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage ; Tableau 5). La littérature récente sur le sujet promeut l'intervention de personnes 2S/LGBTQIA+ dans les formations, mais également la lecture de livres récents écrits par des personnes concernées ainsi que l'intervention de professionnel·le·s de santé appartenant à la communauté 2S/LGBTQIA+. Une autre piste d'amélioration pour les orthophonistes serait alors d'être attentif·ve·s aux témoignages, aux partages d'expériences et de savoirs des personnes 2S/LGBTQIA+ afin de mieux comprendre leurs besoins et savoir y répondre de façon adaptée (Di Lorito et al., 2022 ; Mahendra, 2019).

4. Prendre position pour faciliter la mise en place d'actions sensibles

Il semblerait que faciliter la mise en place d'actions sensibles par les orthophonistes permettrait d'initier des changements au sein de la pratique. Ces changements pourraient être initiés par une prise de position explicite de la part des orthophonistes et le soutien des pouvoirs publics.

4.1. De la part des orthophonistes

Pour rappel, d'après les résultats du sondage, les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie semblent ne pas toujours se sentir concerné·e·s par la mise en place d'actions qui soient sensibles aux DSPG. Or, en ne mettant pas en place des actions pour adopter une pratique sensible et en pensant que cela ne concerne pas leur patientèle, les orthophonistes peuvent participer aux microagressions hétérocisnormatives que vivent les personnes 2S/LGBTQIA+, sans même en avoir conscience (Dean et al., 2016). Adopter une pratique orthophonique qui soit sensible aux DSPG pourrait participer à un accueil et des prises en soins qui soient respectueuses de ces patient·e·s.

Les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie semblent avoir conscience de l'intérêt de tenir compte de la diversité des structures familiales et de respecter les volontés et la confidentialité des patient·e·s en lien avec leurs pronoms, accords et prénom d'usage et déclarent majoritairement le faire (figures 1 et 2, questions B1 et B4). Ces compétences s'inscrivent directement dans les champs de compétences de l'orthophoniste qui se doit de pouvoir « Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient [...] », repérer et prendre en compte les besoins des patient·e·s et identifier « les informations dont la diffusion nécessite une attention particulière [...] » » (Ministère de l'Enseignement supérieur & et de la Recherche, 2013, p. 7). Ces compétences s'inscrivent ainsi dans un processus d'écoute et de respect des patient·e·s accueilli·e·s et permettent aux patient·e·s concerné·e·s de se sentir

respecté·e·s dans leur individualité. C'est ce que Sharifi et al. (2019) appellent la « sensibilité culturelle ».

En développant leur « aptitude culturelle » (Sharifi et al., 2019), les écarts entre les situations souhaitées et les pratiques actuelles des orthophonistes pourraient se réduire (figure 3, questions B). Les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie pourraient alors offrir des soins qui soient plus efficaces auprès des patient·e·s 2S/LGBTQIA+. Cette aptitude consiste à adopter une communication efficace et des pratiques différentes et adaptées dans les soins donnés aux personnes 2S/LGBTQIA+. En tant que professionnel·le·s du milieu paramédical, les orthophonistes peuvent agir plus facilement que d'autres professionnel·le·s de santé sur l'accès aux soins de santé des personnes 2S/LGBTQIA+ puisqu'ils interviennent dans le quotidien et l'environnement des patient·e·s (Kirjava et al., 2023). Tels que décrit dans le Bulletin Officiel du CCO, les orthophonistes doivent travailler à rechercher « les conditions propices à une continuité de la relation avec le patient » (Ministère de l'Enseignement supérieur & et de la Recherche, 2013, p. 8). Développer « l'aptitude culturelle » des orthophonistes pourrait les aider à mettre en place des actions sensibles aux DSPG qui soient visibles et affirmées et, par conséquent, à faire vivre des expériences positives à leurs patient·e·s 2S/LGBTQIA+. Par exemple, les orthophonistes pourraient partager leurs pronoms et accords d'usage et les inclure dans leurs signatures (Kelly & Robinson, 2011; Vogler-Elias et al., 2020). En effet, prendre l'initiative de présenter ses pronoms et accords d'usage permet de laisser l'opportunité aux autres de partager les leurs et ainsi d'éviter des microagressions (Taylor et al., 2018). Les orthophonistes pourraient aussi intégrer l'écriture inclusive dans leurs échanges, saluer leurs patient·e·s en utilisant un langage non genré dans leurs écrits (ou à l'oral) (Vogler-Elias et al., 2020), utiliser le point médian comme « patient·e·s », des formulations non-genrées comme « patientèle » ou des néologismes inclusifs comme « auteurices », par exemple. Iels pourraient aussi montrer des signes visuels d'accueil inclusif au sein de leur cabinet (drapeaux 2S/LGBTQIA+, mention d'un espace accueillant) ainsi que des notices d'information sur l'accueil sensible aux DSPG dans les salles d'attentes.

La mise en place de ces actions par les orthophonistes favoriseraient le sentiment de sécurité des personnes 2S/LGBTQIA+, qu'ils soient des patient·e·s ou d'autres professionnel·le·s de santé, et encourageraient ainsi l'ensemble des partenaires de communication à adopter des attitudes positives sensibles aux DSPG (Johnson et al., 2021).

Enfin, les institutions et organismes règlementaires pourraient soutenir les orthophonistes dans ces changements, afin qu'ils soient durables dans le temps (Di Lorito et al., 2022; Sharifi et al., 2019).

4.2. De la part des organismes de réglementation

En France plusieurs organismes et institutions interviennent dans le fonctionnement du système de santé. Au niveau national, les pouvoirs publics, c'est-à-dire les ministères chargés de la santé et des affaires sociales, ainsi que l'Assurance Maladie (AM) pilotent, mettent en œuvre des politiques de santé publique, supervisent l'ensemble des établissements de santé et la formation des professionnel·le·s de santé et apportent un soutien financier aux établissements médico-sociaux. Au niveau régional, les Agences Régionales de Santé (ARS) assurent la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement, déclinent les politiques nationales et les adaptent à leurs caractéristiques régionales. Enfin, au niveau local, les structures de ville (maison ou centre de santé, cabinets de professionnel·le·s de santé exerçant en libéral), les établissements hospitaliers et les structures médico-sociales organisent et répartissent la prise en charge des soins (Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2022).

Les pouvoirs publics travaillent en étroite collaboration avec La Haute Autorité de Santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique (Haute Autorité de Santé, 2023). L'HAS influence les décisions des pouvoirs publics par les recommandations scientifiques qu'elle diffuse. Pour faciliter les parcours de soins des personnes 2S/LGBTQIA+, elle se doit de promouvoir la recherche en France dans ce domaine en lien avec les données de la littérature scientifique existante.

Les pouvoirs publics et les ARS pourraient inciter les milieux de travail en orthophonie à développer des politiques antidiscriminatoires (figure 5, question C3) et chercher à mettre en place des mesures explicites à l'échelle nationale. Elles pourraient soutenir et guider les orthophonistes qui en auraient besoin (Figure 7, question C16), en informant sur les outils existants (formations, matériels et littérature) et en explicitant clairement les démarches à suivre tant dans la tenue de dossier que dans l'accompagnement des patient·e·s pour que la pratique de l'orthophonie soit sensible aux DSPG (figure 7, question C16 et figure 8, question C13) (Kelly & Robinson, 2011; Vogler-Elias et al., 2020).

Les pouvoirs publics et les ARS pourraient travailler à offrir des lignes directrices précises sur l'identification des biais hétérocinormatifs et les différentes discriminations homophobes et/ou transphobes existantes en promouvant des campagnes de sensibilisation auprès des orthophonistes, par exemple. Des infographies à afficher dans les salles d'attente ou tout autre espace commun pourraient être diffusées pour sensibiliser et informer les professionnel·le·s de

santé, les patient·e·s et leur entourage tout en indiquant des positions de bienveillance et d'accueil auprès des personnes 2S/LGBTQIA+. Cela permettrait d'expliciter clairement les démarches sensibles à adopter, de rassurer les patient·e·s 2S/LGBTQIA+, de sensibiliser les patient·e·s cisgenres et hétérosexuel·le·s et d'engager les orthophonistes à ne pas accepter des discours qui puissent être transphobes ou homophobes (Di Lorito et al., 2022; Hancock & Haskin, 2015). Pour réduire ces biais, d'autres actions concrètes peuvent être menées par les pouvoirs publics et les ARS. Elles pourraient participer à la création de lieux de travail culturellement compétents tant dans leur conception (par exemple, la présence de toilettes non-genrées dans les espaces de santé) que dans leur accompagnement (par exemple, la formation des professionnel·le·s de santé) (Hancock & Haskin, 2015; Kirjava et al., 2023). Ces actions pourraient être soutenues par des fédérations influençant la pratique des orthophonistes tels que la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) et la Fédération des Orthophonistes de France (FOF), qui comptent de nombreux·x·ses adhérent·e·s et influencent la pratique de l'orthophonie en France (*Fédération des Orthophonistes de France*, s. d.; *La FNO – Fédération Nationale des Orthophonistes*, s. d.).

Les établissements de santé publics pourraient inciter et permettre aux professionnel·le·s médico-sociaux y exerçants -y compris les orthophonistes- d'être en réflexion constante sur leurs pratiques, d'accroître leur degré d'expertise, leur capacité à cerner les enjeux d'une situation à travers l'échange entre pair·e·s, grâce à des groupes d'analyse de pratique spécifique aux DSPG, par exemple (Fablet, 2004). Aussi, la mise en place d'une collaboration étroite avec les autres professionnel·le·s de santé, les personnel·le·s de l'Education et les professionnel·le·s sociaux serait à envisager à l'avenir pour faciliter l'adoption d'une vision commune et amener des changements durables et efficaces dans chacune de ces sphères. Cela permettrait de fournir des idées et des opportunités d'apprendre et d'inscrire la profession d'orthophonie comme partenaire et atout de la population 2S/LGBTQIA+ (Hancock & Haskin, 2015; Mahendra, 2019; Rhoten et al., 2022).

Enfin, les établissements de santé publics, avec le soutien des pouvoirs publics et des ARS, pourraient soutenir et encourager les professionnel·le·s de santé 2S/LGBTQIA+ au sein de leurs milieux de travail. En effet, les réponses obtenues mettent en évidence que des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie s'auto-identifient aux communautés 2S/LGBTQIA+ (Annexe 3). En facilitant les interactions entre les professionnel·le·s 2S/LGBTQIA+ et ceux non-2S/LGBTQIA+, les établissements de santé publics pourraient ouvrir la voie à une meilleure « exposition à la diversité » (Sharifi et al., 2019).

BIAIS ET LIMITES

Certains biais concernant cette étude peuvent être soulevés. Tout d'abord, la modalité de diffusion du sondage peut être interrogée. Il a été partagé sur les réseaux sociaux et par courriel. La participation au sondage reposait sur le volontariat et la curiosité des personnes. Ainsi, il est possible que les réponses collectées proviennent d'orthophonistes et d'étudiant·e·s en orthophonie ayant un regard positif pour cette étude (c'est-à-dire des personnes sensibles aux DSPG ou intéressées par la thématique du mémoire par exemple).

Aussi, l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation tout au long du sondage peut entraîner un biais de désirabilité. Même si cette méthodologie se base sur les études récentes utilisant l'enquête par sondage pour explorer les pratiques orthophoniques (Stark & Tanney, 2020 ; Hancock & Haskin, 2015), il est possible que les répondant·e·s aient surévalué leur niveau de connaissances, l'importance accordée à la pratique sensible aux DSPG et leur niveau de pratique actuelle (questions A, Ba, Bs et C). Cette désirabilité sociale pourrait particulièrement avoir influencé les réponses obtenues au question B4 et C1 compte tenu de leur nature (les répondant·e·s n'ont probablement pas envie de se présenter comme « irrespectueux·euses » envers les patient·e·s et/ou peuvent ne pas savoir identifier ce qui fait qu'un milieu est adapté ou non aux DSPG, par exemple). Malgré cette limite inhérente à la méthode de sondage, cette méthode a l'avantage de permettre l'obtention de nombreuses réponses et représente souvent la première façon d'obtenir des informations sur un sujet puisqu'elle est plus économique et efficace que d'autres méthode d'enquête (Gonyea, 2005).

A cela s'ajoute la répartition de l'âge des répondant·e·s. En effet, la grande majorité des répondant·e·s avaient moins de 35 ans. Or, l'âge moyen des orthophonistes en France est de 40.4 ans (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2023). Ainsi, même si les résultats offrent un regard optimiste sur l'avenir en orthophonie, le peu de réponses obtenues par les orthophonistes de plus de 35 ans, interrogent sur l'intérêt qu'ils peuvent porter à ces questions. Nos résultats ne nous permettent pas de connaître la connaissance et la pratique des orthophonistes ayant le plus d'années d'expérience dans la profession.

Une autre limite de cette étude est le nombre de répondant·e·s au sondage ($n = 199$). En effet, même si un nombre important d'orthophonistes et d'étudiant·e·s en orthophonie a répondu et que cela correspond aux nombres de réponses obtenues dans les études précédentes (Gunjawate et al., 2020; Hancock & Haskin, 2015; Litosseliti & Georgiadou, 2019; Matthews et al., 2020; Stark & Tanney, 2020), cela ne permet pas d'obtenir des résultats qui soient représentatifs de la population orthophonique (professionnel·le·s diplômé·e·s et étudiant·e·s) en France.

Aussi, un nombre important de réponses incomplètes a été obtenu suite à la diffusion du sondage. Ces données n'ont pas pu être traitées et analysées car elles ne donnaient pas d'information sur le profil socio-démographique de ces répondant·e·s. Nous pouvons nous interroger sur la conception du sondage et les différentes caractéristique qui auraient pu engendrer ce phénomène (le temps de complétion du sondage, la redondance dans la formulation des questions Ba et Bs, la redondance des questions portant sur les données socio-démographiques comme le lieu de vie, le lieu d'exercice, le lieu d'études qui ont pu lasser les répondant·e·s par exemple).

Concernant les régions, certaines régions comportaient moins de 10 répondant·e·s ce qui ne nous permettait pas d'observer d'éventuelles différences en terme de besoins selon la région des répondant·e·s. Cependant, le fait que le programme d'étude et la réglementation relative à la profession d'orthophoniste soient régies au niveau national, il est possible que peu de différences significatives auraient été trouvées ; même si ces réponses auraient peut-être pu nous apporter des précisions sur le rôle à jouer de la part des ARS pour promouvoir la sensibilisation aux DSPG en orthophonie.

Malgré une étape d'adaptation du sondage, préalable à sa diffusion, afin de nous assurer que les différences culturelles d'ordre terminologique n'en gêneraient pas la compréhension (Hancock et Haskin, 2015), il semblerait que la formulation de certaines questions ait manqué d'ajustement à la situation française. En effet, concernant les milieux de pratique des orthophonistes, les items proposés correspondaient aux structures médico-sociales canadiennes dans lesquels les orthophonistes peuvent intervenir. Ces nominations spécifiques aux milieux canadiens ont pu gêner la compréhension des répondant·e·s français·e·s. Le nombre important de réponses « autre » obtenues à cette question, pourraient ainsi être dues à des difficultés de compréhensions des items. Pour que ces données puissent être interprétées, nous avons fait le choix de regrouper les réponses en trois catégories (libéral, salariat, mixte). Cependant, ce regroupement limite la valeur que l'on peut accorder à l'analyse de ces résultats. Ils n'offrent qu'un regard partiel sur les différences observées entre les milieux de pratiques, en particulier les milieux de pratique en salariat qui peuvent être très différents les uns des autres (Hôpital, Institut Médico-Educatif, Centre Médico-Psychologique, etc.). Pour de prochaines études, des items plus précis explicitant les différentes structures existantes en France pourraient être proposés. Ils permettraient d'affiner le regard sur les différences observables entre les milieux de pratiques. De plus, l'ajout d'une question portant sur la zone d'exercice (c'est-à-dire, zone urbaine, péri-urbaine, rurale, semi-rurale) offrirait encore plus de précision sur les besoins existant en fonction des différents milieux des orthophonistes.

Enfin, les analyses corrélationnelles réalisées dans la présente étude indiquent l'existence d'une relation entre les données analysées mais ne permettent pas d'établir un lien de « cause à effet ». Par exemple, ces analyses ne permettent pas de savoir quel facteur influence l'autre en ce qui concerne les éléments de la dimension cognitive et ceux de la dimension comportementale (Tableaux 1 et 2, questions A et B).

FORCES

Le sondage initialement créé par Tremblay et al. (2022) se base sur des méthodes de créations d'outils de mesure décrites dans la littérature scientifique (Corbière et Fraccaroli, 2014 ; Albert et al., 2014, Tremblay-Boudreault & Dionne, 2014). Plusieurs versions ont été élaborées afin d'arriver à la version finale diffusée, une fois que la validité apparente et la validité de contenu du sondage étaient considérées comme satisfaisantes. Ce processus d'élaboration du sondage constitue une force de la présente étude, comparativement aux études précédentes qui ne fournissaient pas ou peu d'informations sur les processus de conception et de validation des questionnaires utilisées (Gunjawate et al., 2020; Hancock & Haskin, 2015; Litosseliti & Georgiadou, 2019; Matthews et al., 2020; Stark & Tanney, 2020).

Une autre force de cette étude est le caractère novateur qu'il représente. En effet, à notre connaissance, aucune étude concernant l'exploration de la compétence interculturelle en lien avec les DSPG dans les milieux de l'orthophonie n'avait été réalisée jusqu'ici en France. Cette étude permet d'obtenir un premier regard sur la connaissances des enjeux spécifiques aux personnes 2S/LGBTQIA+ et les besoins des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France pour améliorer leurs pratiques. A l'échelle internationale, c'est aussi la première étude qui explore la dimension comportementale des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie. Elle apporte ainsi de nouvelles précisions sur les champs d'action qui peuvent être investis pour améliorer la pratique des orthophonistes auprès des personnes 2S/LGBTQIA+ (Gunjawate et al., 2020; Hancock & Haskin, 2015; Litosseliti & Georgiadou, 2019; Matthews et al., 2020; Stark & Tanney, 2020).

PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Dans la présente étude, seules les données quantitatives du sondage ont été analysées. Dans une prochaine étude, une analyse thématiques des données qualitatives récoltées dans le sondage permettrait d'affiner l'interprétation de certains résultats (en ce qui concerne les réponses « non applicable » par exemple), d'apporter des éclairages sur certaines pratiques mises en place par les orthophonistes (stratégies d'écriture inclusive employées, par exemple) et d'obtenir un

regard plus précis sur les besoins relatifs aux DSPG en orthophonie en France (Braun & Clarke, 2021; Hancock & Haskin, 2015).

Ces résultats mettent en évidence qu'il existe un besoin de développer les connaissances en orthophonie sur les enjeux liées aux DSPG. En effet, un des besoins ressortant de cette étude est celui de mieux comprendre et connaître les enjeux en matière de DSPG spécifiques à l'orthophonie. Or, la littérature scientifique à ce sujet reste, à ce jour, peu dotée. Les analyses observées dans cette étude pourraient favoriser l'émergence de nouvelles études qui interrogeraient le rôle des orthophonistes sur la construction des normes sociales dominantes en matière de sexualité et de genre. Cela permettrait aux orthophonistes d'adopter un regard plus avisé sur leurs pratiques et afin de tendre vers des pratiques culturellement plus sensible, plus en accord avec ce qu'ils souhaitent pour leur profession. Le sondage avait d'ailleurs pour ambition de susciter des questionnements chez les répondant·e·s afin qu'ils soient prêt·e·s à développer leur compétence interculturelle.

CONCLUSION

Ce travail de fin d'étude d'orthophonie avait pour objectif d'explorer les besoins en matière de compétence interculturelle des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France en lien avec chacune des trois dimensions (cognitives, comportementales et contextuelles) par rapport aux DSPG. Pour cela, une version adaptée du sondage francophone réalisé par Tremblay et al (2022) a été diffusée en ligne. Les résultats ont mis en évidence le besoin de développer les connaissances et éléments de consciences spécifiques aux enjeux que rencontrent les personnes 2S/LGBTQIA+ en orthophonie. Les répondant·e·s estimaient important que les pratiques des orthophonistes soient sensibles aux DSPG. Cependant des écarts importants entre l'intérêt porté à ces pratiques et les pratiques actuelles des répondant·e·s ont été observés. Les analyses corrélationnelles ont mis en évidence l'existence d'une association entre le niveau des connaissances et des éléments de consciences des répondant·e·s, l'intérêt porté à l'adaptation des pratiques et la mise en place d'actions culturellement sensibles aux DSPG dans leurs pratiques. L'analyse des résultats a aussi mis en évidence des associations entre les caractéristiques socio-démographiques (le nombre d'années avec le titre d'orthophoniste et le milieu de pratique) et la relation des répondant·e·s au communautés 2S/LGBTQIA+ (l'autoidentification, l'entourage et la formation reçue) avec le niveau de connaissance, l'intérêt porté à l'adaptation des pratiques et la mise en place d'actions culturellement sensibles aux DSPG dans leurs pratiques. Enfin, les résultats portant sur la dimension contextuelle et les solutions potentielles, suggèrent que les répondant·e·s auraient besoin d'être soutenu·e·s par

les institutions et organismes de réglementation dans le développement d'une compétence interculturelle des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie qui soit sensible aux DSPG.

Ces résultats sont novateurs dans la littérature, puisqu'aucune étude n'avait jusque-là analysé les trois dimensions de la compétence interculturelle par rapport aux DSPG auprès des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France. Comme tout travail de recherche, cette étude présente des limites. C'est pour cette raison que de futures recherches sont nécessaires. Une analyse thématique des données qualitatives récoltées dans le sondage permettrait d'affiner l'interprétation de certains résultats, d'apporter des éclairages sur la mise en place de certaines pratiques des orthophonistes et d'obtenir un regard plus précis sur les besoins relatifs aux DSPG en orthophonie en France (Braun & Clarke, 2021; Hancock & Haskin, 2015). Ces futurs travaux, s'ils sont menés, pourraient mener à l'élaboration de formations aux DSPG, de campagnes de sensibilisation, de développements de ressources adaptées aux besoins des personnes 2S/LGBTQIA+ et puis, finalement, peut-être ouvrir la voie à d'autres professions médico-socio-éducatives afin que les personnes 2S/LGBTQIA+ puissent évoluer dans des environnements qui soient tous accueillants.

BIBLIOGRAPHIE

- Alessandrin, A., Dagorn, J., Meidani, A., Richard, G., & Toulze, M. (2020). Santé LGBT : Les minorités de genre et de sexualité face aux soins. In *Http://journals.openedition.org/lectures* (1^{re} éd.). LE BORD DE L'EAU. <https://journals.openedition.org/lectures/41401>
- Article *L1110-3—Code de la santé publique*. (2022). Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037950426
- Association Médicale Mondiale (AMM). (2013). *Déclaration d'Helsinki de l'AMM – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*. AMM. <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>
- Baiocco, R., Pezzella, A., Pistella, J., Kouta, C., Rousou, E., Rocamora-Perez, P., López-Liria, R., Dudau, V., Doru, A. M., Kuckert-Wöstheinrich, A., Ziegler, S., Nielsen, D., Bay, L. T., & Papadopoulos, I. (2022). LGBT+ Training Needs for Health and Social Care Professionals : A Cross-cultural Comparison Among Seven European Countries. *Sexuality Research and Social Policy*, *19*(1), 22-36. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00521-2>
- Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., & Taylor-Ritzler, T. (2009). Cultural competence : Development of a conceptual framework. *Disability and Rehabilitation*, *31*(14), 1153-1160. <https://doi.org/10.1080/09638280902773752>
- Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). Measuring multiple minority stress : The LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, *17*(2), 163-174. <https://doi.org/10.1037/a0023244>

- Bass, B., & Nagy, H. (2022). Cultural Competence in the Care of LGBTQ Patients. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563176/>
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M. W., Feuerstein, C., Bass, E. B., Powe, N. R., & Cooper, L. A. (2005). Cultural Competence: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care*, 43(4), 356. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96>
- Bi, S., Vela, M. B., Nathan, A. G., Gunter, K. E., Cook, S. C., López, F. Y., Nocon, R. S., & Chin, M. H. (2020). Teaching Intersectionality of Sexual Orientation, Gender Identity, and Race/Ethnicity in a Health Disparities Course. *MedEdPORTAL*, 16, 10970. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10970
- Bize, R., Volkmar, E, Berrut, S, Medico, D, Balthasar, H, Bodenmann, P, & Makadon, H. (2011). Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Revue Medicale Suisse*, 7, 1712-1717.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151-166. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6300(200003/04)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F)
- Borel, S., & Joyeux, N. (2019). *Du CCO à la recherche et l'enseignement universitaires*.
- Brach, C., & Fraserirector, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57(4), 181-217. <https://doi.org/10.1177/1077558700057001S09>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Braveman, P. (2006). *HEALTH DISPARITIES AND HEALTH EQUITY: Concepts and Measurement*. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Brin-Henry, F., Courier, C., Lederle, E., & Masy, V. (2018). Communication. In *Dictionnaire d'Orthophonie* (p. 57). Ortho-Edition. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02480528>
- Carr, S., & Pezzella, A. (2017). Sickness, “sin” and discrimination : Examining a challenge for UK mental health nursing practice with lesbian, gay and bisexual people. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 553-560. <https://doi.org/10.1111/jpm.12402>
- C.N.I.L. (2018). *Le règlement général sur la protection des données—RGPD*. <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition : A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- Cooper, R. L., Ramesh, A., Radix, A. E., Reuben, J. S., Juarez, P. D., Holder, C. L., Belton, A. S., Brown, K. Y., Mena, L. A., & Matthews-Juarez, P. (2022). Affirming and Inclusive Care Training for Medical Students and Residents to Reducing Health Disparities Experienced by Sexual and Gender Minorities : A Systematic Review. *Transgender Health*, trgh.2021.0148. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0148>
- Corbière, M., & Fraccaroli, F. (2014). La conception, la validation, la traduction et l’adaptation transculturelle d’outils de mesure. In M. Corbière & N. Larivière, *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (Presses de l’Université du Québec, p. 577-623). Presses de l’Université du Québec. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1c29qz7>

- Correro, A. N., & Nielson, K. A. (2020). A review of minority stress as a risk factor for cognitive decline in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 24(1), 2-19. <https://doi.org/10.1080/19359705.2019.1644570>
- Dancey, C., & Reidy, J. (2017). Descriptive statistics. In *Statistics without Maths for Psychology* (7^e éd., p. 42-96). Pearson. https://www.lavoisier.fr/livre/autre/statistics-without-maths-for-psychology-4th-ed/dancey/descriptif_2572885
- Dean, M. A., Victor, E., & Guidry-Grimes, L. (2016). Inhospitable Healthcare Spaces : Why Diversity Training on LGBTQIA Issues Is Not Enough. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(4), 557-570. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9738-9>
- Defever, J., & Martin, M.-J. (2021). *Elaboration d'une stratégie alternative à l'accompagnement des personnes trans identitaires : L'expérience de la Maison Dispersée de Santé (MDS) de Lille*. 286, 201-210.
- Defever, J., & Panteaux, T. (s. d.). *Formation : LA VOIX DE LA PERSONNE TRANSGENRE*. SO SPITCH. Consulté 26 novembre 2021, à l'adresse <https://so-spitch.fr/formation/la-voix-de-la-personne-transgenre/>
- Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT. (2019). *Fiche pratique sur le respect des droits des personnes trans*. Gouvernement.fr. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2019/11/fiche_respect_des_droits_trans_dilcrah.pdf
- Di Lorito, C., Bosco, A., Peel, E., Hinchliff, S., Denning, T., Calasanti, T., de Vries, B., Cutler, N., Fredriksen-Goldsen, K. I., & Harwood, R. H. (2022). Are dementia services and support organisations meeting the needs of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) caregivers of LGBT people living with dementia? A scoping review of the

- literature. *Aging & Mental Health*, 26(10), 1912-1921.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2008870>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023). *Démographie des professionnels de santé—DREES*. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey :main results*. Publications Office.
<https://data.europa.eu/doi/10.2811/37969>
- Fablet, D. (2004). Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : Une visée avant tout formative. *Connexions*, 82(2), 105-117. <https://doi.org/10.3917/cnx.082.0105>
- Fédération des Orthophonistes de France. (s. d.). Consulté 17 mai 2024, à l'adresse <https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/notre-conception-de-lorthophonie/>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2017). Charte éthique des orthophonistes. *FNO*.
<https://www.fno.fr/vous-etes/vie-professionnelle/ressources-livret-pro/charte-ethique/charte-ethique-des-orthophonistes/>
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes : A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673-694. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Freckmann, A., Hines, M., & Lincoln, M. (2017). Clinicians' perspectives of therapeutic alliance in face-to-face and telepractice speech–language pathology sessions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(3), 287-296.
<https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1292547>
- Genon, C., Chartrain, C., & Delebarre, C. (2009). Pour une promotion de la santé lesbienne : État des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre, sexualité & société*, 1, Article 1. <https://doi.org/10.4000/gss.951>

Glossa. (s. d.). Consulté 18 mai 2024, à l'adresse <https://www.glossa.fr/index.php/glossa>

Gonyea, R. M. (2005). Self-reported data in institutional research: Review and recommendations. *New Directions for Institutional Research*, 2005(127), 73-89.

<https://doi.org/10.1002/ir.156>

Gorza, M., & Eilstein, D. (2018). *Outils élaborés dans la cadre du programme « Inégalités sociales de santé », 2013-2015 (Méthodes)*. Santé publique France.

[https://www.santepubliquefrance.fr/notices/outils-elabores-dans-la-cadre-du-](https://www.santepubliquefrance.fr/notices/outils-elabores-dans-la-cadre-du-programme-inegalites-sociales-de-sante-2013-2015-fiches-variables-socioeconomiques-fiches-indices-de)

[programme-inegalites-sociales-de-sante-2013-2015-fiches-variables-](https://www.santepubliquefrance.fr/notices/outils-elabores-dans-la-cadre-du-programme-inegalites-sociales-de-sante-2013-2015-fiches-variables-socioeconomiques-fiches-indices-de)

[socioeconomiques-fiches-indices-de](https://www.santepubliquefrance.fr/notices/outils-elabores-dans-la-cadre-du-programme-inegalites-sociales-de-sante-2013-2015-fiches-variables-socioeconomiques-fiches-indices-de)

Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 455-462.

<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753135>

Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-Language Pathologists' Knowledge and Attitudes Regarding Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer (LGBTQ) Populations.

American Journal of Speech-Language Pathology, 24(2), 206-221.

https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095

Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth :

Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatric Clinics of North America*,

63(6), 985-997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>

Haymer, M., Buckler-Amabilis, S., Lawrence, K., & Tye, M. (2020). Language and History of the LGBTQ Community. In J. R. Lehman, K. Diaz, H. Ng, E. M. Petty, M. Thatikunta,

& K. Eckstrand (Éds.), *The Equal Curriculum : The Student and Educator Guide to*

LGBTQ Health (p. 1-12). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-24025-7_1

Herman, J. L. (2014). *Best practices for Asking Questions to Identify transgender and Other Gender minority respondents on population-based Surveys* (The GenIUSS Group). The Williams Institute. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Survey-Measures-Trans-GenIUSS-Sep-2014.pdf>

Higgins, A., Downes, C., Sheaf, G., Bus, E., Connell, S., Hafford-Letchfield, T., Jurček, A., Pezzella, A., Rabelink, I., Robotham, G., Urek, M., van der Vaart, N., & Keogh, B. (2019). Pedagogical principles and methods underpinning education of health and social care practitioners on experiences and needs of older LGBT+ people : Findings from a systematic review. *Nurse Education in Practice*, 40, 102625.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102625>

Institut français d'opinion publique. (2019). *Rapport d'étude pour la Fondation Jasmin Roy Sophie Desmarais : Observatoire des lgbtphobies, Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société*. Fondation Jasmin Roy.
<https://fondationjasminroy.com/initiative/le-regard-des-francais-sur-lhomosexualite-et-la-place-des-lgbt-dans-la-societe/>

JASP Team. (2024). [Logiciel]. <https://github.com/jasp-stats/jasp-desktop/commit/f090aac615220b43a569bf199023fb15a86ac9dc>

Jedrzejewski, T. (2016). *EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes* [Thèse de médecine, Paris Diderot - Paris 7]. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5210_JEDRZEJEWSKI_these.pdf

- Johnson, I. R., Pietri, E. S., Buck, D. M., & Daas, R. (2021). What's in a pronoun : Exploring gender pronouns as an organizational identity-safety cue among sexual and gender minorities. *Journal of Experimental Social Psychology*, 97, 104194. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2021.104194>
- Kelly, R. J., & Robinson, G. C. (2011). Disclosure of Membership in the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Community by Individuals With Communication Impairments : A Preliminary Web-Based Survey. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(2), 86-94. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0060\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0060))
- Kerlan, M. (2018). Éthique et pratique de soins en orthophonie. L'apport de la formation en éthique. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 61(1), 13-25. <https://doi.org/10.3917/spir.061.0013>
- Kirjava, S. A., Rawal, D., Xia, A., & Moshin, M. (2023). Contemporary LGBTQ+ content that should be included in allied health professions education. *Discover Education*, 2(1), 6. <https://doi.org/10.1007/s44217-023-00029-y>
- Klein-Dallant, C. (Éd.). (2019). *Voix et transidentités : La prise en charge vocale des personnes transgenres*. Ortho édition.
- Klotzbaugh, R., & Spencer, G. (2015). Cues-to-Action in Initiating Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender-Related Policies Among Magnet Hospital Chief Nursing Officers : A Demographic Assessment. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 110-120. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000069>
- La FNO – Fédération Nationale des Orthophonistes*. (s. d.). Consulté 17 mai 2024, à l'adresse <https://www.fno.fr/la-fno/>
- La Recherche en France—Annuaire des Ecoles Doctorales*. (s. d.). Consulté 17 mai 2024, à l'adresse <https://doctorat.campusfrance.org/phd/dschools>

- Litosseliti, E., & Georgiadou, I. (2019). Taiwanese speech–language therapists’ awareness and experiences of service provision to transgender clients. *International Journal of Transgenderism*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1553693>
- Lombrail, P. (2000). 26. Accès aux soins. In D. Fassin, A. Leclerc, H. Grandjean, M. Kaminski, & T. Lang, *Les inégalités sociales de santé* (p. 403-418). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.fassi.2000.01.0403>
- Lombrail, P. (2007). Inégalités de santé et d’accès secondaire aux soins. *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2006.12.002>
- LONVIS-ROME, I. (2023). *Plan national d’actions pour l’égalité, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2023-2026*. Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l’antisémitisme, et la haine anti-LGBT. <https://www.dilcrah.gouv.fr/>
- LURCO, Laboratoire Unadreo de Recherche Clinique en Orthophonie. (s. d.). unadreo. Consulté 17 mai 2024, à l’adresse <https://www.unadreo.org/lurco/presentation-du-lurco/>
- Mahendra, N. (2019). Integrating Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Issues Into the Multicultural Curriculum in Speech-Language Pathology : Instructional Strategies and Learner Perceptions. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(2), 384-394. https://doi.org/10.1044/2019_PERS-SIG14-2018-0007
- Makadon, H. J. (2011). Ending LGBT invisibility in health care : The first step in ensuring equitable care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78(4), 220-224. <https://doi.org/10.3949/ccjm.78gr.10006>
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3^e éd.). Lamarre. <https://www.decitre.fr/livres/la-relation-soignant-soigne-9782757302002.html>

- Matthews, J.-J., Olszewski, A., & Petereit, J. (2020). Knowledge, Training, and Attitudes of Students and Speech-Language Pathologists About Providing Communication Services to Individuals Who Are Transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 597-610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148
- McCann, E., Lee, R., & Brown, M. (2016). The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT : A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 57, 39-53. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.06.013>
- McCurtin, A., & Roddam, H. (2012). Evidence-based practice : SLTs under siege or opportunity for growth? The use and nature of research evidence in the profession. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 11-26. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00074.x>
- 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), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 209-213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>
- Ministère de l'Enseignement supérieur & et de la Recherche. (2013, septembre 5). *Bulletin Officiel n°32*. enseignementsup-recherche.gouv.fr. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo32/ESRS1317552D.htm>
- Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2022, mars 3). *Système de santé, médico-social et social*. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

- Moll, J., Krieger, P., Moreno-Walton, L., Lee, B., Slaven, E., James, T., Hill, D., Podolsky, S., Corbin, T., & Heron, S. L. (2014). The Prevalence of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Education and Training in Emergency Medicine Residency Programs : What Do We Know? *Academic Emergency Medicine*, 21(5), 608-611. <https://doi.org/10.1111/acem.12368>
- OCDE. (2019). Le défi LGBT : Comment améliorer l'intégration des minorités sexuelles et de genre ? In *Panorama de la société 2019 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE* (Éditions OCDE). OCDE. <https://doi.org/10.1787/764772bf-fr>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Closing the gap in a generation : Health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health* (p. 33). OMS. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Pampalon R, Hamel D, Alix C, & Landry M. (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec* [Bibliothèque numérique canadienne]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1698>
- Papadopoulos, I. (2018). *: A Guide for Healthcare Students and Practitioners*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315560984>
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2018). Barriers to Gender-Affirming Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Sexuality Research & Social Policy: Journal of NSRC: SR & SP*, 15(1), 48-59. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services : An

- integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578-589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12720>
- Rhoten, B., Burkhalter, J. E., Joo, R., Mujawar, I., Bruner, D., Scout, N. F. N., & Margolies, L. (2022). Impact of an LGBTQ Cultural Competence Training Program for Providers on Knowledge, Attitudes, Self-Efficacy, and Intentions. *Journal of Homosexuality*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00918369.2021.1901505>
- Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3-4), 146-163. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260>
- Sekoni, A. O., Gale, N. K., Manga-Atangana, B., Bhadhuri, A., & Jolly, K. (2017). The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: A mixed-method systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 21624. <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21624>
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 99, 103386. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- SOS homophobie. (2022). *Rapport sur les LGBTIphobies: Rapport annuel 2021* (21). <https://www.sos-homophobie.org/informer/rapport-annuel-lgbtiphobies>
- Stark, B. C., & Tanney, S. (2020). *Gender-affirming services in speech-language pathology: A survey of current practices*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/gx9ar>
- Streed, C. G., & Davis, J. A. (2018). Improving Clinical Education and Training on Sexual and Gender Minority Health. *Current Sexual Health Reports*, 10(4), 273-280. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0185-y>

- Tanney, S., & Stark, B. C. (2020). Gender-affirming services in speech-language pathology : A survey of current practices. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/gx9ar>
- Taylor, S., Barr, B.-D., O, 'Neal-Khaw Jennifer, Schlichtig, B., & Hawley, J. L. (2018). Refining Your Queer Ear: Empowering LGBTQ+ Clients in Speech-Language Pathology Practice. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(14), 72-86. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG14.72>
- Toselli, A. (2016). Le soin. *L'Orthophoniste*, 360, 28-29.
- Tremblay, E., Verduyck, I., Auger, L.-P., & Jemel, B. (2022). *L'orthophonie pour toustes : Création d'un sondage pour explorer la compétence interculturelle par rapport à la diversité sexuelle et la pluralité des genres dans les milieux de l'orthophonie canadiens francophones*. [Travail Dirigé inédit] Université de Montréal.
- Unadreo—Trouver des financements. (s. d.). Consulté 17 mai 2024, à l'adresse <https://www.unadreo.org/la-recherche/trouver-des-financements/>
- Unger, C. A. (2015). Care of the Transgender Patient : A Survey of Gynecologists' Current Knowledge and Practice. *Journal of Women's Health*, 24(2), 114-118. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4918>
- Vasconcellos-Bernstein, D. (2013). Instauration l'alliance thérapeutique. *Le Journal des psychologues*, 310(7), 25-28. <https://doi.org/10.3917/jdp.310.0025>
- Vogler-Elias, D., Mack, S., Goings, A., & Dehaven, E. (2020). What Are Your Pronouns? Our Journey Toward Cultural Humility. *Reflections: Narratives of Professional Helping*, 26(2), Article 2.
- Warrier, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M.-C., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and

psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals.

Nature Communications, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>

Yarhouse, M. A., Sides, J., & Page, C. (2018). The Complexities of Multicultural Competence with LGBT+ Populations. In C. L. Frisby & W. T. O'Donohue (Éds.), *Cultural Competence in Applied Psychology: An Evaluation of Current Status and Future Directions* (p. 575-602). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78997-2_23

Youatt, E. J., Harris, L. H., Harper, G. W., Janz, N. K., & Bauermeister, J. A. (2017). Sexual Health Care Services Among Young Adult Sexual Minority Women. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(3), 345-357. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0277->

x

ANNEXES

Annexe 1 : Notice d'information et Consentement présenté en début de sondage.....	75
Annexe 2 : Liste des questions du sondage.....	81
Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des répondant·e·s.....	85
Annexe 4 : Lien vers le glossaire du sondage	89
Annexe 5 : Exemple d'affiches de sollicitation diffusées sur les réseaux sociaux	90

Annexe 1 : Notice d'information et Consentement présenté en début de sondage



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal
Québec



Bienvenue au sondage :



Un sondage bienveillant qui vise à explorer la compétence interculturelle par rapport à la diversité sexuelle et de genre dans les milieux de l'orthophonie/logopédie francophones.

Veillez bien lire les informations suivantes avant de procéder au sondage.

INTRODUCTION

Ce sondage est destiné à toute personne qui étudie ou travaille dans le milieu de l'orthophonie/logopédie francophone. Les questions du sondage portent sur vos attitudes et vos connaissances par rapport à la diversité sexuelle et de genre, ainsi que sur vos actions à visée inclusive. Enfin, elles explorent votre perception du soutien reçu des milieux de travail et des institutions pour tenir compte de cette diversité dans votre pratique clinique et vos réflexions. Les données recueillies serviront à mieux comprendre vos besoins et vos perceptions sur la compétence interculturelle en orthophonie/logopédie relativement à la diversité sexuelle et de genre.

Qui peut participer?

Ce sondage est destiné à toute personne qui étudie ou travaille dans le milieu de l'orthophonie/logopédie et qui se sent assez à l'aise en français pour répondre adéquatement au sondage. Nous espérons que vous participerez en grande nombre. Sachez que tous les profils suivants sont les bienvenus (et que cette liste n'est pas exhaustive) :

- Étudiant·e·s en orthophonie/logopédie;

- Orthophonistes/logopèdes/logopédistes, et ce, peu importe les populations auprès desquelles vous intervenez;
- Aides en santé de la communication, agent·e·s de stimulation du langage, etc.;
- Personnel d'enseignement ou de recherche dans le domaine de l'orthophonie/logopédie.

N'hésitez pas à contacter un·e membre de l'équipe de recherche si vous hésitez quant à votre admissibilité au sondage.

Dans le cas particulier des communautés autochtones, nous voulons entendre toute personne ayant une expérience reliée à la réadaptation de la communication (ex. assistant·e·s à l'orthophoniste, éducatrices spécialisé·e·s, agent·e·s communautaires, agent·e·s de réadaptation). Nous valorisons vos perspectives et voulons éviter qu'elles soient exclues en raison de votre appellation d'emploi officielle.

Comment je participe?

Vous êtes invité·e à répondre à un sondage en ligne. Vos réponses sont anonymes. Votre participation est entièrement volontaire.

Le sondage prend une trentaine minutes à compléter. Vous avez la possibilité d'enregistrer vos réponses pour compléter le sondage plus tard. La majorité des questions sont à choix multiples, mais le sondage contient aussi des zones de commentaire libre et quelques questions ouvertes qui visent à approfondir notre compréhension de vos perceptions. Vous pouvez ignorer toutes les questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre. Vous pouvez aussi vous arrêter à tout moment.

Qui est responsable de ce projet?

Ce sondage s'inscrit dans les projets d'étude de Élioz PANNETIER (il), étudiant au Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO) au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de l'Université de Nantes, ainsi que de ÉLIE TREMBLAY (iel), étudiant·e à la maîtrise en sciences de l'orthophonie et de l'audiologie (M. Sc.) à l'École d'orthophonie et d'audiologie (ÉOA) de l'Université de Montréal. Élie avait initialement élaboré le sondage dans le cadre de sa maîtrise professionnelle en orthophonie (M. P. O.) avec la collaboration de plusieurs chercheur·e·s, orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie.

Le projet de ces deux étudiant·e·s est dirigé par INGRID VERDUYCKT (elle), Ph. D., professeure agrégée et chercheuse à l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal; AUREL SOYEZ-GAYOUT (il/iel), Psychologue clinicien et Psychothérapeute, doctorante en 2ème année au Laboratoire Psychopathologie et Processus de Changement de l'Université Paris 8 (EA 2027), co-direction par Nathalie Duriez (Paris 8) et Denise Medico (UQAM); et LISANDRE LABRECQUE-LEBEAU (elle) Ph.D., Professeure associée au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais et Chercheure universitaire en milieu de pratique au CREMIS.

L'équipe de recherche inclut aussi d'important·e·s collaborateur·ice·s, soit : LOUIS-PIERRE AUGER (il), M. Erg., M. Sc., étudiant au doctorat à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal; et BOUTHEINA JEMEL (elle), Ph.D., professeure agrégée et chercheuse à l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal.

Y a-t-il des avantages, des inconvénients ou des risques à participer à cette recherche?

Il n'y a pas de compensation ou d'avantages directs reliés à votre participation, mais vos réponses contribueront à mieux comprendre les besoins et perceptions des personnes qui étudient ou travaillent dans les milieux de l'orthophonie/logopédie francophones sur la compétence interculturelle par rapport à la diversité sexuelle et la pluralité des genres. Grâce à vos réponses, des ressources spécifiques et adaptées aux milieux de l'orthophonie/logopédie francophones pourraient être élaborées pour favoriser la prestation de soins et services culturellement sensibles. Le sondage pourrait également vous sensibiliser à divers enjeux rencontrés par les minorités sexuelles et de genre en orthophonie/logopédie.

Il n'y a pas non plus d'inconvénients ou de risques particuliers associés à votre participation au sondage. Votre participation demande bien sûr du temps et pourrait engendrer de la fatigue. La possibilité d'enregistrer vos réponses pour compléter le sondage plus tard, voire d'ignorer certaines questions, pourrait permettre de réduire ces inconvénients. Il se peut aussi que certaines questions ravivent des souvenirs reliés à des expériences désagréables (ex. homophobie, transphobie). Si une question provoquait chez vous de fortes pensées ou émotions négatives, vous êtes encouragé·e à arrêter le sondage immédiatement et à contacter une personne ou un organisme en mesure de vous écouter et de vous soutenir.

Au Canada, vous pouvez notamment rejoindre :

- Interligne, ligne d'écoute pour les personnes concernées par la diversité sexuelle et de genre : 1 888-505-1010 (sans frais)
- Service canadien de prévention du suicide : 1-833-456-4566 (sans frais)
- Suicide Action Montréal : 1 866-277-3553 (sans frais)
- Un centre d'écoute local. Vous pouvez en trouver une liste en suivant ce lien Web : <https://www.crisisservicescanada.ca/fr/ressources-locales-et-soutien/>.

En France, vous pouvez notamment rejoindre :

- Croix-rouge écoute (soutien psychologique) : 0800 858 858
- Contact (ligne d'écoute LGBTQIA+ friendly) : 0 805 69 64 64
- Ligne d'Azur (ligne d'écoute LGBTQIA+ friendly) : 0 801 20 30 40

Si vous vous trouvez à l'extérieur du Canada ou de la France, vous êtes invité·e à identifier un centre d'écoute dans votre région avant de commencer à remplir le sondage.

Est-ce que mes données personnelles sont protégées?

Vos réponses seront recueillies de façon anonyme, c'est-à-dire qu'aucun renseignement permettant de vous identifier directement ne sera collecté. Toutefois, les réponses à certaines questions, par exemple sur le parcours professionnel, pourraient vraisemblablement permettre d'identifier une personne par une combinaison d'identificateurs indirects. Si vous croyez que vous pourriez être identifié·e à partir de vos réponses à certaines questions, sentez-vous à l'aise de ne pas répondre à celles-ci.

Vous pourrez choisir de nous fournir votre adresse courriel afin d'être tenu·e au courant des résultats de la recherche. Dans ce cas, votre adresse courriel sera consignée à endroit différent de vos réponses au sondage et ne sera jamais transmise à une personne extérieure à l'équipe de recherche.

L'équipe de recherche fera tout en son pouvoir afin de garantir la confidentialité de l'ensemble des données recueillies, par exemple en gardant les données sur un serveur ou ordinateur sécurisé et en utilisant un logiciel de cryptage avec mot de passe.

Une fois que vous aurez complété et envoyé le sondage, il sera impossible de retirer et détruire spécifiquement vos données puisque ces dernières seront anonymes. Toutes les données recueillies pour ce projet de recherche seront détruites 7 ans après la fin du projet selon les règles de conservation en vigueur à l'Université de Montréal.

Les résultats de ce sondage pourraient être utilisés dans des publications ou des communications ou, encore, être présentés à des conférences. Les données recueillies pourraient être utilisées dans d'autres projets de recherche de même nature, conditionnellement à leur approbation éthique et dans le respect des mêmes principes de confidentialité.

À qui puis-je parler si j'ai des questions concernant l'étude?

Pour toute question, préoccupation ou commentaire, vous pouvez contacter notre équipe de recherche à l'adresse courriel : lorthophoniepouroustes@gmail.com.

Voici également les adresses courriels des deux étudiant·e-s-chercheur·e-s et de leur directrice de recherche commune :

- Élie (iel), étudiant·e-chercheur·e au Canada : elie.tremblay.16@umontreal.ca
- Élioz (il), étudiant-chercheur en France : elioz.pannetier@etu.univ-nantes.fr
- Ingrid (elle), directrice de recherche : ingrid.verduyckt@umontreal.ca

Ce projet a été approuvé par le *Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie* de l'Université de Montréal. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheur·e-s concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le comité par téléphone au 514 343-6111 poste 33346 ou par courriel à l'adresse cerep@umontreal.ca ou encore consulter le site Web : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Si vous avez des plaintes concernant votre participation à cette recherche, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman (c'est un « protecteur des citoyen·ne·s ») de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Y a-t-il autre chose que je devrais savoir avant de commencer le sondage?

Vous verrez que l'écriture inclusive est utilisée dans les questions de ce sondage. Par exemple, vous lirez « étudiant·e » plutôt que « étudiante » ou « étudiant ». L'utilisation du point médian (·) vise ici à n'effacer aucune identité de genre.

Quelques définitions de base peuvent être utiles pour bien comprendre les questions de ce sondage. Nous avons préparé un glossaire pour que vous puissiez vous y référer au besoin

pendant la complétion du sondage. Si vous le téléchargez, vous pouvez aussi le garder afin de vous y référer dans d'autres contextes.

Aurel SOYEZ-GAYOUT (il/iel), Ingrid VERDUYCKT (elle), Lisandre LABRECQUE-LEBEAU (elle), Élie TREMBLAY (iel), Élioz PANNETIER (il).

CONSENTEMENT

- **J'ai lu et compris les conditions décrites ci-dessus. En répondant au sondage, j'accepte de participer au projet de recherche selon les informations énoncées. Du même coup, j'atteste que je remplis les critères d'inclusion (étudier ou travailler dans le milieu de l'orthophonie/logopédie et me sentir assez à l'aise en français pour répondre adéquatement au sondage).**

Annexe 2 : Liste des questions du sondage

Dimension comportementale

Situation actuelle

- B1a Dans ma collecte de données et dans mes interactions, je tiens compte de la diversité des structures familiales (ex. : famille homoparentale, famille polyamoureuse, famille choisie).
- B2a Dans ma collecte de données et dans mes interactions, je donne l'opportunité aux patient·e·s de me faire part de leurs pronoms, accords et prénom d'usage.
- B3a Je précise d'emblée mes pronoms et accords d'usage, dans ma signature de courriel par exemple.
- B4a Je respecte les volontés et la confidentialité des patient·e·s en lien avec leurs pronoms, accords et prénom d'usage.
- B5a J'intègre l'écriture inclusive dans mes échanges écrits et mes documents (ex. compte-rendu de bilan/rapport d'évaluation, plan d'intervention) lorsque c'est approprié.
- B6a Je cherche des données probantes ou d'autres sources de connaissances pertinentes afin d'offrir un accueil et des soins appropriés aux personnes 2S/LGBTQIA+.
- B7a Je participe au développement de matériel, de documents et/ou de connaissances pour offrir un accueil et des soins appropriés aux personnes 2S/LGBTQIA+.
- B8a Dans ma pratique en voix, je me forme (ou je reste à jour) quant aux approches en harmonisation de la voix pour les personnes ayant des demandes en lien avec leur identité de genre.
- B9a J'applique les données probantes et autres sources de connaissances actuellement disponibles afin d'offrir un accueil et des soins appropriés aux personnes 2S/LGBTQIA+.
- B10a J'utilise du matériel (livres, images, outils d'évaluation) avec des personnages diversifiés (ex. : familles homoparentales, personnages non binaires) dans ma pratique clinique. Si mon milieu de travail ne possède pas de matériel avec des personnages diversifiés, j'en promeus l'achat ou la création.
- B11a Quand mon objectif thérapeutique concerne les pronoms « il » et « elle » ou les accords masculins et féminins, j'évite de faire des associations entre l'identité de genre et l'expression de genre (ex. : cheveux longs = fille = elle).
- B12a Quand mon objectif thérapeutique concerne les pronoms, j'aborde des pronoms diversifiés comme « iel », « ya », « ille », « al », « ol », « ul » ou « im ».

Situation souhaitée

Les questions sur la situation souhaitée (QBs) commençaient par « Selon moi, il serait important que les orthophonistes... », puis reprenaient l'aspect de la situation actuelle exploré par la question au numéro correspondant en QBa. Par exemple :

B1s Selon moi, il serait important que les orthophonistes tiennent compte de la diversité des structures familiales (ex. : famille homoparentale, famille polyamoureuse, famille choisie) dans leur collecte de données et dans leurs interactions.

Dimension cognitive

- A1 J'ai déjà réfléchi au fait que tous les milieux où travaillent des orthophonistes (dont le mien) peuvent accueillir des patient·e·s et familles des communautés 2S/LGBTQIA+, c'est-à-dire des communautés bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queer, en questionnement, intersexes, asexuelles, aromantiques, agenres ou d'autres minorités sexuelles et de genre.
- A2 Je comprends la distinction entre les concepts d'expression de genre, d'identité de genre et d'orientation sexuelle.
- A3 J'ai déjà identifié des situations professionnelles où mes biais (préjugés conscients ou inconscients) en lien avec l'expression et l'identité de genre pourraient influencer mes comportements.
- A4 J'ai déjà identifié des situations professionnelles où mes biais (préjugés conscients ou inconscients) en lien avec l'orientation sexuelle pourraient influencer mes comportements.
- A5 Je connais les enjeux et les besoins spécifiques en orthophonie des personnes bispirituelles.
- A6 Je connais les enjeux et les besoins spécifiques en orthophonie des personnes intersexes, trans et non binaires.
- A7 Je connais les enjeux et les besoins spécifiques en orthophonie des personnes asexuelles, bisexuelles, gaies, lesbiennes, pansexuelles ou d'une autre minorité sexuelle.
- A8 Je sais qu'il existe divers pronoms neutres, comme « iel », « ya », « ille », « al », « ol », « ul » ou « im » (plutôt que « il » ou « elle »).
- A9 Je sais écrire d'une façon qui est inclusive de la pluralité des genres.
- A10 Je comprends les divers concepts et termes se rapportant à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres.
- A11 Je connais les barrières d'accès aux soins de santé (obstacles) auxquelles font face les personnes 2S/LGBTQIA+ spécifiquement dans le milieu de l'orthophonie.
- A12 Je connais des ressources cliniques et communautaires pertinentes vers lesquelles je pourrais référer des patient·e·s 2S/LGBTQIA+ au besoin.

Dimension contextuelle

Milieus de travail

C1 De façon générale, mon milieu de travail est adapté aux besoins des personnes 2S/LGBTQIA+.

- C2 Dans mon milieu de travail, il y a des formulaires, des outils et du matériel sensibles aux diverses identités de genre et orientations sexuelles.
- C3 Dans mon milieu de travail, il y a une politique antidiscriminatoire spécifique et visible en lien avec l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre.
- C4 Dans mon milieu de travail, il y a des salles de bains non genrées clairement indiquées.
- C5 Mon milieu de travail exige explicitement que ma pratique soit sensible à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres.
- C6 Mon milieu de travail exige que je suive une ou des formation(s) spécifiquement sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres.
- C7 Mon milieu de travail me donne les moyens de suivre des formations sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres (ex. temps libéré, remboursement ou financement pour assister à des formations).
- C8 Dans mon milieu de travail, j'ai déjà entendu des remarques homophobes et/ou transphobes.
- C9 Dans mon équipe de travail, j'ai des interactions avec des personnes ouvertement 2S/LGBTQIA+ (ou qui m'ont personnellement divulgué leur autoidentification à ces communautés).

Institutions académiques et réglementaires

- C10 Divers enjeux 2S/LGBTQIA+ ont été abordés à travers ma formation initiale en orthophonie.
- C11 Pendant votre formation initiale en orthophonie, environ combien d'étudiant·e·s avez-vous cotoyé·e·s :
- a) qui étaient autochtones et s'identifiaient ouvertement aux communautés bispirituelles (« Two-Spirit ») (ou qui vous ont personnellement divulgué leur autoidentification à ces communautés).
 - b) qui s'identifiaient ouvertement aux communautés intersexes, trans ou non binaires (ou qui vous ont personnellement divulgué leur autoidentification à ces communautés).
 - c) qui s'identifiaient ouvertement aux communautés asexuelles, bisexuelles, gaies, lesbiennes, pansexuelles ou d'une autre minorité sexuelle (ou qui vous ont personnellement divulgué leur autoidentification à ces communautés).
- C12 De façon générale, je crois que les services en orthophonie dans ma région sont adaptés aux personnes 2S/LGBTQIA+.
- C16 Je me sens encadré·e par rapport à la tenue de dossier en lien avec la diversité sexuelle et la pluralité des genres (ex. : quand et comment noter au dossier l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre d'une personne que j'accompagne de façon sécuritaire).

Exploration de solutions potentielles

- A13 Je ressens le besoin de suivre des formations complémentaires afin de me sentir compétent·e dans ma pratique (actuelle ou future) auprès de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres.
- C13 Je crois que les organismes de réglementation doivent exiger explicitement que la pratique de l'orthophonie soit sensible à la diversité sexuelle et à la pluralité des genres.
- C14 Je crois que les organismes de réglementation doivent exiger que leurs membres se forment spécifiquement sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres.
- C15 Je crois que les organismes de réglementation doivent donner les moyens à leurs membres de se former sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres (ex. offre de formations, remboursement ou financement pour assister à des formations).

Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des répondant·e·s

Caractéristique	<i>n</i>	%
Caractéristiques sociodémographiques, aspect individuel		
Statut professionnel atteint et, s'il y a lieu, nombre d'années avec le titre d'orthophoniste ¹		
Orthophoniste	120	60
Depuis moins de 5 ans	48	24
Depuis 5-14 ans	41	21
Depuis 15 ans ou plus	31	17
Étudiant·e en orthophonie	78	39
Autre	1	1
Groupe d'âge		
25 ans ou moins	83	42
26-35 ans	67	34
36-45 ans	25	13
46-55 ans	17	9
56-65 ans	4	2
Plus de 65 ans	1	0
Préfère ne pas répondre	2	1
Identité de genre		
Femme	180	91
Non binaire	3	3
Homme	7	1
En questionnement	1	1
Préfère ne pas répondre	6	2
Autre : « femme et genderqueer » (<i>n</i> = 1), non spécifié (<i>n</i> = 1)	2	1
Modalité de genre		
Cisgenre	182	91
Transgenre	1	1
En questionnement	6	3

Caractéristique	<i>n</i>	%
Préfère ne pas répondre	9	5
Sans réponse	1	1
Orientation sexuelle²		
Hétérosexuelle	122	61
En questionnement	28	14
Bisexuelle	29	15
Queer	9	5
Demisexuelle	5	3
Pansexuelle	11	6
Asexuelle	6	3
Lesbienne	12	6
Gaie	4	2
Préfère ne pas répondre	6	3
Autre : « demi-romantique » (n = 1), « pas de terme utilisé » (n = 1), « ceterosexuelle » (n = 1)	3	1
Caractéristiques sociodémographiques, aspect contextuel		
Région géographique actuelle (du lieu de travail, sinon de résidence)		
Pays de la Loire	42	23
Ile-de-France	27	15
Auvergne-Rhône-Alpes	22	12
Hauts-de-France	19	10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15	8
Occitanie	13	7
Bretagne	10	5
Nouvelle-Aquitaine	8	4
Centre-Val de Loire	6	3
Grand Est	4	2
Normandie	4	2
Bourgogne-Franche-Comté	2	1

Caractéristique	<i>n</i>	%
Corse	2	1
Guadeloupe	1	1
Martinique	5	2
Réunion	1	1
Nouvelle-Calédonie	3	1
Autre : « Antilles » (<i>n</i> = 1), « 98 » (<i>n</i> = 1)	2	1
Non applicable ou préfère ne pas répondre	8	4
Milieu(x) de travail au cours de la dernière année		
Exercice Libéral	70	35
Exercice salarié	24	12
Exercice mixte	40	20
Non applicable	65	32
Relation aux communautés 2S/LGBTQIA+		
Autoidentification aux communautés 2S/LGBTQIA+		
Oui	58	29
Non	118	59
Je ne sais pas	19	10
Non applicable ou préfère ne pas répondre	4	2
Nombre de personnes 2S/LGBTQIA+ dans l'entourage (famille ou ami·e·s proches)		
Aucune personne		
Une personne	23	12
Quelques personnes	20	10
De nombreuses personnes	124	62
Non applicable ou préfère ne pas répondre	30	15
	2	1
Formation reçue sur des enjeux 2S/LGBTQIA+		
Pas du tout	141	71
Plutôt non	23	12

Caractéristique	<i>n</i>	%
Plutôt oui	23	12
Tout à fait	10	5
Non applicable ou préfère ne pas répondre	2	1

Notes : ¹La somme des pourcentages diffère parfois légèrement de 100 % en raison de l'arrondissement.

²Pour cette question, la somme des pourcentages est supérieure à 100 % puisque les personnes répondantes pouvaient sélectionner plus d'une réponse.

Annexe 4 : Lien vers le glossaire du sondage

<https://ls.sondages.umontreal.ca/upload/surveys/768549/files/Glossaire%20v4.pdf>

Annexe 5 : Exemple d'affiches de sollicitation diffusées sur les réseaux sociaux

Affiche N°1

AFFICHE DE SOLLICITATION
Un projet du Labo IV

**PARTICIPEZ DÈS
MAINTENANT AU SONDAGE**

**L'ORTHOphonie
POUR TOUSTES**

Un sondage bienveillant visant à explorer la compétence interculturelle par rapport à la **diversité sexuelle et de genre** dans les milieux de l'orthophonie francophones

QUI PEUT PARTICIPER ?
Toute personne :

- Qui **étudie ou travaille dans le milieu de l'orthophonie** (peu importe son appellation officielle)
- Et dont les **habiletés en français** sont suffisantes pour répondre

ACCÉDEZ AU SONDAGE ICI :
<http://ls.sondages.umontreal.ca/768549>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal Québec

CREMIS Nantes Université Université de Montréal UNIVERSITÉ PARIS 8

Approbation éthique obtenue du CEREP de l'Université de Montréal.
Pour plus d'informations sur le projet : lorthophoniepouroustes@gmail.com



AFFICHE DE SOLLICITATION

Un projet du Labo IV



PARTICIPEZ AU SONDAGE



Un sondage bienveillant visant à explorer la compétence interculturelle par rapport à la **diversité sexuelle et de genre** dans les milieux de l'orthophonie francophones

QUI PEUT PARTICIPER?

Toute personne :

- Qui **étudie ou travaille dans le milieu de l'orthophonie**
- Et dont les **habiletés en français** sont suffisantes pour répondre

ACCÉDEZ AU SONDAGE ICI :

<http://ls.sondages.umontreal.ca/768549>



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal
Québec

CREMIS

CRIR

Nantes
Université

Université
de Montréal

UNIVERSITÉ
PARIS 8

Approbation éthique obtenue du CEREP de l'Université de Montréal.

Pour plus d'informations sur le projet : lorthophoniepourtoustes@gmail.com

L'orthophonie pour toustes : exploration de la compétence interculturelle relative aux diversités sexuelles et à la pluralité des genres dans le milieu de l'orthophonie en France

RESUME

Des inégalités sociales de santé (ISS) affectent les personnes 2S/LGBTQIA+, notamment dans les soins en orthophonie. La compétence interculturelle des professionnel·le·s de santé contribue à réduire les ISS en favorisant un accueil et des prises en soin plus adaptés aux diversités. De précédentes études internationales ont exploré certaines dimensions de la compétence interculturelle des orthophonistes mais aucune n'a été réalisée en France.

Cette étude dresse un état des lieux de la compétence interculturelle des orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie en France, en lien avec les diversités sexuelles et la pluralité des genres (DSPG). Pour cela, une enquête par sondage comprenant les trois dimensions de la compétence interculturelle (cognitive, comportementale et contextuelle) a été diffusée. 199 réponses ont été récoltées. Cette étude démontre le besoin d'améliorer les connaissances des orthophonistes sur les enjeux spécifiques aux personnes 2S/LGBTQIA+ afin qu'ils puissent adopter une pratique sensible aux DSPG. Pour cela, les organismes règlementaires, les milieux de travail de l'orthophonie, les institutions académiques ainsi que les orthophonistes et étudiant·e·s en orthophonie peuvent travailler ensemble dans la mise en place de changements afin d'offrir un espace de soin en orthophonie qui soit sensible aux DSPG, accueillant pour les personnes 2S/LGBTQIA+ et qui prenne en compte l'ensemble des besoins de ces patient·e·s pour y répondre de façon adaptée.

Mots-clés : *2S/LGBTQIA+, compétence interculturelle, diversité sexuelle et pluralité des genres, inégalités sociales de santé, orthophonie*

ABSTRACT

Social inequalities in health affect 2S/LGBTQIA+ people, particularly in speech therapy. The intercultural competence of healthcare professionals helps to reduce these inequalities, by fostering a reception and care more adapted to diversity. Previous international studies have explored certain dimensions of speech therapists' intercultural competence, but none have been carried out in France.

This study takes stock of the intercultural competence of Speech-Language Pathologists (SLPs) and Speech-Language Pathology (SLP) students in France, in relation to sexual and gender diversity (SGD). To this end, a sample survey covering the three dimensions of intercultural competence (cognitive, behavioral and contextual) was distributed. 199 responses were received. This study demonstrates the need to improve speech therapists' knowledge of issues specific to 2S/LGBTQIA+ people, so that they can adopt a sensitive practice to SGDs. To achieve this, regulatory bodies, SLP workplaces, academic institutions as well as SLPs and SLP students need to be involved in implementing changes to provide a sensitive and welcoming space for 2S/LGBTQIA+ people in SLP care, taking into account the full range of these patients' needs and responding appropriately.

Keywords : *2S/LGBTQIA+, intercultural competence, sexual and gender diversity, social inequalities in health, speech therapy*
