

**Un regard qualitatif sur l'appariement basé sur l'orientation sexuelle en thérapie et la
relation thérapeutique**

Athourina David

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme
Maîtrise ès Arts en Psychologie du counselling

Faculté d'éducation
Université d'Ottawa

© Athourina David, Ottawa, Canada, 2024

Résumé

Les personnes LGBTQ sont confrontées à des risques accrus de problèmes de santé mentale, d'automutilation et de dépendance. L'accès à des services de santé mentale adaptés est crucial pour résoudre ces problèmes. La recherche souligne le rôle central de la relation thérapeute-client dans l'efficacité de la thérapie. Cette étude qualitative examine les expériences de clients LGBTQ dans des relations thérapeutiques où leur thérapeute partage une identité queer, examinant comment cette correspondance influence le développement et le maintien de la relation. Cette enquête tire des enseignements d'entretiens semi-structurés avec dix (n = 10) participants LGBTQ dont les thérapeutes se sont également identifiés comme LGBTQ. L'analyse thématique a révélé que l'appariement favorisait des espaces sûrs, l'authenticité et la validation, favorisant la confiance et l'acceptation de soi. Les clients appréciaient la divulgation de soi et la compétence culturelle. Des expériences non-appariés ont conduit à des attentes non-satisfaites et à un fardeau éducatif. Les clients ont discuté de facettes complexes de leur sexualité, en mettant l'accent sur la fluidité de l'orientation et des identités intersectionnelles. Les résultats suggèrent que l'appariement basé sur l'orientation sexuelle accélère potentiellement l'établissement de la confiance et favorise un sentiment de sécurité, ce qui a un impact positif sur la relation thérapeutique. En fin de compte, cette recherche vise à approfondir la compréhension des éléments de la relation thérapeutique propices à des résultats positifs pour les clients, façonnant potentiellement les pratiques pour mieux servir les personnes LGBTQ.

Mots clés : Relation thérapeutique, minorités sexuelles et de genre, appariement en thérapie

Table des matières

Problématique	1
L'alliance thérapeutique et le concept d'appariement	2
L'appariement basé sur le genre.....	4
L'appariement basé sur la race ou le groupe ethnique	5
Les besoins particuliers des personnes LGBTQ	7
Cadre conceptuel.....	9
Différencier l'orientation sexuelle et l'identité de genre	9
L'acronyme LGBTQ	10
Le modèle de « stress minoritaire »	11
Les microaggressions	12
Le thérapeute LGB et la perception des clients	12
L'alliance thérapeutique comme facteur de changement important.....	14
Objectifs de recherche.	15
Méthodologie	15
Introduction.....	15
Population	16
Instruments.....	17
Chercheur comme instrument	18
Fidélité.	19
Procédure	20
Analyse de données.....	20
Résultats	21
Thème 1: Questions phénoménologiques	21

Thème 2: Aspects utiles de l'appariement du point de vue du client	25
Thème 3: Traits et gestes du thérapeute qui sont appréciés	30
Thème 4: Expériences inadaptées et inutiles	32
Discussion	37
Limites	42
Implications pour la pratique	44
Implications pour la recherche.....	45
Références.....	46
Annexe A - Protocole d'entretien semi-structuré.....	57

Problématique

Les personnes d'orientation sexuelle minoritaire sont des individus qui s'identifient selon le spectre LGB, et parfois s'identifient comme queer ou questionnant. En 2000, l'American Psychiatric Association a éliminé l'attirance envers les personnes du même sexe en tant que maladie mentale et a reconnu les effets néfastes de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes LGB (American Psychological Association, 2012). Cette année-là, ils ont adopté des lignes directrices affirmées pour ces clients (American Psychological Association). Malgré les mouvements progressifs en Amérique du Nord visant à améliorer les soins aux personnes LGB, cette population fait toujours face à de nombreuses difficultés. Selon une enquête nationale réalisée aux États-Unis, les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles sont deux fois et demie plus susceptibles que les personnes hétérosexuelles d'avoir un problème de santé mentale (Medley et al., 2016). Une étude de King et al. (2008), ont constaté que les hommes gais étaient quatre fois plus susceptibles de tenter de se suicider que les hommes hétérosexuels, tandis que les femmes lesbiennes étaient deux fois plus susceptibles de tenter de se suicider que leurs homologues hétérosexuels. Les personnes de la communauté LGBTQ sont également plus à risque d'avoir un problème de toxicomanie et de se livrer à des comportements d'automutilation (Israel et al., 2008). De plus, l'orientation sexuelle était reconnue comme l'une des trois principales motivations des crimes de haine au Canada, et la moitié de ces crimes étaient considérés comme « violents » (Rayside, 2014).

La recherche influente d'Ilan Meyer (2003) sur le « stress des minorités » a révélé que les expériences de stigmatisation, de préjugés et d'homophobie intériorisée des personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles créent un environnement social hostile et stressant qui cause des problèmes de santé mentale tels que la détresse, l'anxiété et la dépression. Les recherches de

Bowers et Bieschke (2005) suggèrent que les personnes LGBTQ sont plus susceptibles de rechercher un traitement de santé mentale que leurs homologues hétérosexuels. Selon Israel et al. (2008), les clients des minorités sexuelles rencontrent souvent des pratiques thérapeutiques inutiles « telles que les préjugés hétérosexuels, le manque de connaissances sur les questions LGBTQ ou des attitudes méprisantes à l'égard de l'identité sexuelle ». Cette discrimination contribue à des taux plus élevés de problèmes de santé mentale au sein de cette communauté. Les Nord-Américains LGBTQ sont plus susceptibles d'être à faible revenu et sont plus susceptibles d'être sans-abri ou de se voir refuser un logement (Movement Advancement Project, 2014; Canadian Mental Health Association, s.d.). Cela a un impact sur l'accès à des services de santé mentale efficaces et adéquats. Somme toute, le groupe LGBTQ court un risque élevé de problèmes multiples et pourrait bénéficier de services de santé mentale spécialisés. Afin d'aider à améliorer les services de santé mentale pour cette population, il pourrait être intéressant d'envisager le concept d'appariement.

L'alliance thérapeutique et le concept d'appariement

La littérature existante met en évidence l'importance de l'alliance thérapeutique en tant qu'élément clé du processus de changement thérapeutique, plus encore que les techniques (Burckell et Goldfried, 2006). Selon Bordin (1979, tel que cité dans Miner, 2003), l'alliance thérapeutique est l'alignement entre un thérapeute et un client, et comporte trois composantes : lien de confiance, objectifs communs et accord sur les tâches. Cela souligne l'importance d'un thérapeute et d'un client partageant une perspective similaire sur le travail en cours et l'aspect de la collaboration en thérapie. L'alliance thérapeutique a été incluse dans la recherche sur des facteurs communs, tels que l'empathie et la chaleur, et il a été démontré qu'elle est plus fortement corrélée avec des résultats positifs pour le client (Lambert et Barley, 2001). Une méta-analyse de

24 études (Horvath et Symond, 1991 ; tel que cité dans Lambert et Barley, 2001) a rapporté que 26 % de la différence de taux de succès thérapeutique s'expliquait par la qualité de l'alliance thérapeutique. Bien que des compétences techniques, telles que l'utilisation d'interventions appropriées ou des habiletés de communication, soient également nécessaires, l'alliance « fournit le contexte dans lequel des techniques spécifiques exercent leur influence » (Lambert et Barley, 2001, p. 359). Il a été démontré que les caractéristiques personnelles d'un thérapeute sont directement liées à l'alliance thérapeutique, en particulier en ce qui concerne la composante de liaison (Miner, 2003). Sur la base de cette affirmation, le concept d'« appariement » en thérapie a été identifié comme potentiellement pertinent (Anderson et Carter, 1982). L'appariement décrit une situation dans laquelle un thérapeute et un client sont mis ensemble en fonction de caractéristiques similaires. Ceux-ci pourraient être basés sur des traits d'identité ou des types de personnalité. Par exemple, Werbart et al. (2018) ont trouvé des résultats positifs concernant l'appariement des types de personnalité du thérapeute et du client en fonction de leur dépendance émotionnelle.

La compétence culturelle est définie comme avoir « la compréhension des influences de la culture afin de fournir des soins appropriés aux patients d'un groupe culturel diversifié (Hope et Chappell, 2015, p. 152). » Bien que la compétence culturelle joue un rôle important au service des populations minoritaires (Hope et Chappell, 2015), les clients pourraient en avoir davantage besoin. Pour cette raison, l'appariement basé sur l'identité minoritaire a été étudié dans certaines populations. Il peut y avoir de nombreuses raisons à la préférence pour un professionnel de la santé mentale « correspondant ». Un thérapeute qui a une expérience vécue similaire ou identique basée sur l'identité pourrait être très sensible à des éléments tels que de petits signaux non verbaux et pourrait aider un patient à se sentir plus à l'aise pour rechercher un traitement de santé

mentale (Therapy FAQs, 2019). Partager une identité avec un thérapeute peut également aider à renforcer la confiance plus rapidement et peut faire une différence dans la relation thérapeutique. L'appariement basé sur le genre est un domaine de recherche qui a fait l'objet d'une attention considérable et qui est discuté ci-dessous.

L'appariement basé sur le genre

Les préférences de genres reconnus traditionnellement, soit homme ou femme, dans le choix du thérapeute peuvent provenir d'un besoin de se sentir plus à l'aise pour parler de sujets personnels ou intimes, tandis que d'autres préférences peuvent provenir d'expériences négatives ou traumatisantes telles que la violence domestique ou l'abus sexuel (Therapy FAQs, 2019). Du point de vue de la cliente, l'identification positive avec une thérapeute et le désir d'éviter les attitudes sexistes de la part des hommes pourraient favoriser une alliance thérapeutique (Stern, 2004). Malheureusement, les résultats de l'appariement basé sur le sexe sont souvent contradictoires et les perspectives sur le succès thérapeutique varient (Flaskerud, 1990). Dans une étude de Liu (2003), les participants avaient des impressions/perceptions plus favorables des conseillères et elles étaient jugées plus dignes de confiance. Les participantes étaient également plus susceptibles de demander l'aide de conseillères pour des problèmes interpersonnels. Shiner et al. (2016) ont constaté que l'appariement des sexes entre les patientes et les thérapeutes femmes n'était pas un prédicteur positif de la rétention du traitement chez les patients atteints du syndrome de stress post-traumatique, cependant, il y avait une légère augmentation de la rétention chez les patients masculins assignés à des thérapeutes femmes. Dans une autre étude sur l'appariement entre les genres et le maintien en traitement pour les toxicomanes, aucune différence significative n'a été trouvée dans les taux d'abandon ou le développement d'une alliance thérapeutique (Sterling et al., 1998). Néanmoins, les patientes traitées par des

thérapeutes ont eu tendance à poursuivre le traitement ambulatoire après leur sortie, ce qui indique un soutien partiel pour l'appariement basé sur le genre.

Zlotnic et al. (1998, tel que cité dans Miner, 2003) n'ont trouvé aucun avantage significatif à l'appariement basé sur le genre, mais Jones et al. (1987, tel que cité dans Miner, 2003) ont trouvé de meilleurs résultats pour les dyades appariées entre les genres par rapport aux dyades non appariées. Les résultats d'une étude (Wintersteen et al., 2005) sur l'appariement entre les genres et les adolescents consommateurs de substances ont révélé que les dyades appariées au genre signalaient des alliances plus élevées et étaient plus susceptibles de terminer le traitement, et que les adolescentes appariées à des thérapeutes femelles produisaient des scores d'alliance plus élevés. Johnson et Caldwell (2011) ont trouvé des preuves appuyant l'appariement basé sur le genre et la satisfaction des clients, mais elles n'étaient pas significatives. Ils ont supposé que la préférence de genre du thérapeute pût être basée davantage sur l'histoire individuelle que sur la préférence pour son propre genre. Il est important de se rappeler que les traits masculins et féminins culturellement définis en tant que traits de genre sont des construits qui sont définis socialement et psychologiquement (Stern, 2004). Maintenant que nous avons examiné l'appariement basé sur le genre, nous pouvons explorer un autre type d'appariement ; celui basé sur l'ethnicité.

L'appariement basé sur le groupe ethnique

De même que l'appariement basé sur le genre, l'appariement basé sur l'ethnicité a également été étudié, et les études ont produit des résultats mitigés. L'étude de Liu (2003) n'a trouvé aucun soutien pour l'appariement ethnique ou une différence significative entre les préférences pour les thérapeutes caucasiens et non caucasiens. Une étude de Barrow (2010) a conclu que les clients abusifs/négligents qui étaient appariés sur le plan ethnique étaient

beaucoup moins susceptibles de mettre fin prématurément au traitement que les clients non appariés sur le plan ethnique. La même étude a indiqué que l'appariement ethnique n'était pas lié à la satisfaction du client ou au résultat du counseling, mais que de plus petites différences d'identité ethnique étaient associées à la poursuite du counseling. Les résultats d'une méta-analyse (Cabral et Smith, 2011) ont démontré une forte préférence des clients pour un thérapeute de la même ethnicité et ont indiqué que les clients de même origine ethnique perçoivent leur thérapeute moyennement mieux que les clients non appariés. Selon cette revue, l'appariement ethnique était plus fortement lié aux préférences des clients, mais minimalement lié aux résultats des clients. Cabral et Smith (2011) ont supposé que l'appariement ethnique pourrait être bénéfique en raison des réseaux sociaux mutuels et des structures communautaires partagées. Claiborne (2014) n'a trouvé aucune différence significative dans les évaluations de l'alliance thérapeutique ou de la compétence culturelle des cliniciens chez les clients et thérapeutes afro-américains appariés sur le plan ethnique. L'étude de Townes et al. (2009) a révélé que l'identité ethnique, la méfiance culturelle (envers les Blancs, les institutions blanches, les conseillers blancs) et les attitudes de recherche d'aide prédisaient la préférence pour un conseiller noir par les clients noirs. Les auteurs expliquent cependant que tous les clients noirs ne préfèrent pas un conseiller noir. Dans l'étude de Johnson et Caldwell (2011), aucune différence significative dans les scores de satisfaction des clients n'a été trouvée chez les clients d'ethnicité appariée, mais d'autres caractéristiques ont été soulignées comme importantes pour les clients, telles que l'empathie, la chaleur, l'authenticité et le respect. Ce n'est peut-être pas la préférence de toutes les personnes appartenant à une minorité ethnique d'être jumelées à un thérapeute ayant des antécédents culturels similaires (Burman et al., 1998), mais il est difficile de tirer des conclusions claires sur les avantages potentiels, car la majorité des chercheurs ne font pas de distinction entre

l'ethnicité et la culture (Flaskerud, 1990). Les termes sont utilisés de manière interchangeable, ce qui a un impact sur les résultats. En outre, selon la méthodologie utilisée, différentes conclusions apparaissent, ce qui rend difficile la réponse aux questions de recherche (Karlsson, 2005).

Contrairement à l'appariement basé sur l'appartenance ethnique, l'appariement basé sur l'identité LGBTQ n'a pas été autant étudié. Ceci est particulièrement pertinent car davantage de changements sont apportés pour mieux accueillir la population LGBTQ en fonction de ses besoins spécifiques.

Les besoins particuliers des personnes LGBTQ

La sensibilisation aux problèmes rencontrés par la communauté LGBTQ a augmenté au cours des dernières années, et avec cette sensibilisation accrue, les services de santé mentale sont de plus en plus spécifiques pour répondre aux besoins de cette communauté (Jarrold, 2019). La thérapie affirmative LGBTQ est maintenant disponible pour les clients, et la compétence de conseiller affirmatif LGBTQ est acceptée comme norme éthique de soins (American Psychological Association, 2012). Cette approche se concentre sur l'autonomisation des personnes LGTBQ dans tous les domaines de la vie (Jarrold, 2019). Malgré ces progrès, il existe encore des problèmes généralisés dans le domaine du counseling aux personnes queer et trans (Altson, 2020) ; de nombreuses personnes, y compris celles du counseling, continuent d'avoir des attitudes négatives à l'égard de cette communauté (Herek et Mclemore, 2013 ; Rainey et Trusty, 2007). Pour ajouter, de nombreux thérapeutes estiment qu'ils n'ont pas reçu la formation universitaire appropriée pour travailler avec la population LGBTQ (Hope et Chappell, 2015). Les thérapeutes sont confrontés à certains défis tels que l'utilisation de la terminologie actuellement acceptée, ce qui peut être difficile, car les mots changent avec le temps et les termes précédemment acceptés peuvent devenir offensants (Hope et Chappell). Les lois, les niveaux de

discrimination et de stigmatisation, et le soutien disponible peuvent changer rapidement, ce qui oblige un thérapeute à se tenir constamment à jour (Hope et Chappell). Les personnes LGBTQ rapportent subir des *microagressions*, de petites insultes quotidiennes qui affectent leur bien-être et qui ont un impact à long terme, en thérapie (Bryan, 2018). Les exemples incluaient la formulation d'hypothèses stéréotypées et la supposition que l'orientation sexuelle est la racine de tous les problèmes du client (Shelton et Delgado-Romero, 2013).

Il serait difficile de dire que ces problèmes pourraient être résolus si une personne queer décidait de voir un thérapeute de la communauté LGBTQ, mais la littérature citée a indiqué que, du point de vue du client, la divulgation de l'identité d'un clinicien LGBTQ était utile pour contribuer à l'authenticité de la relation. Le clinicien était également perçu comme un modèle positif pour certains clients (Auset et Everall, 2003 et Hanson, 2005, tel que cité dans Bafiti, Viou et Tarasis, 2019). Certaines recherches soutiennent l'hypothèse selon laquelle les personnes appartenant à une minorité sexuelle préfèrent voir des thérapeutes de la minorité sexuelle (Kauffman et al., 1997 tel que cité dans Altson, 2020 ; Liddle, 1996 ; Burckell et Goldfried, 2006 ; Kelley, 2015), mais il est moins clair s'il existe des différences spécifiques dans la formation d'alliances thérapeutiques avec les membres de cette communauté (Burckell et Goldfried, 2006). Il y a peu de recherches sur le concept d'appariement basé sur l'identité LGB, surtout comparant au nombre de recherches effectuées sur l'appariement basé sur les genres binaires traditionnels ou sur l'origine ethnique. Compte tenu de cela, il pourrait être intéressant de s'interroger sur l'expérience de l'appariement basé sur l'identité LGB sur l'alliance thérapeutique. Plus spécifiquement, comment les clients LGB vivent-ils la relation thérapeutique dans un contexte où ils sont appariés sur la base de l'orientation sexuelle ?

Cadre conceptuel

Afin de pouvoir répondre à cette question, il est nécessaire de comprendre les concepts de l'orientation sexuelle et l'identité de genre, le modèle de « stress minoritaire », les microagressions, le thérapeute LGBQ ainsi que l'alliance thérapeutique comme facteur de changement important.

Différencier l'orientation sexuelle et l'identité de genre

Bien que relevant du même acronyme, certaines lettres des variantes du terme LGBTQ représentent l'orientation sexuelle, tandis que d'autres représentent l'identité de genre. L'orientation sexuelle fait référence à « l'attraction physique, romantique et/ou émotionnelle durable d'une personne pour une autre personne » (GLAAD, 2014), de sorte que les lettres L pour « lesbienne », G pour « gai » et B pour « bisexuel » sont représentatives d'orientations sexuelles. Un autre terme, « queer » représenté par la lettre Q, était à l'origine un terme péjoratif utilisé contre les membres de la communauté gaie, mais a depuis été réclamé et utilisé comme terme générique représentant l'orientation sexuelle minoritaire (NLGJA, s.d.). Certaines personnes choisissent d'utiliser cette étiquette pour leur orientation sexuelle parce qu'elles trouvent d'autres étiquettes inexactes ou trop restrictives. Le Q est aussi parfois utilisé pour représenter le « questionnement » pour ceux qui explorent encore leur orientation sexuelle.

L'identité de genre est « le sentiment interne et personnel d'une personne d'être un homme ou une femme ou en tant que personne en dehors de ce genre binaire » (GLAAD, 2014). La lettre T pour « trans » fait référence aux personnes dont l'identité de genre « peut ne pas correspondre à leurs caractéristiques physiques, sexuelles ou au sexe attribué à la naissance » (NLGJA, s.d.). Bien qu'il n'y ait qu'une seule lettre faisant référence à l'identité de genre dans

l'acronyme LGBTQ, il existe d'autres identités de genre, et certaines peuvent être représentées dans les différents acronymes utilisés par la communauté.

L'acronyme LGBTQ

De multiples variations de l'acronyme LGBTQ existent, ce qui peut semer la confusion chez ceux qui ne sont pas familiers avec les termes faisant référence à l'orientation sexuelle et aux minorités de genre. Avarosis (2007), un défenseur de longue date des droits des homosexuels, a expliqué que ce que l'on appelait la « communauté gaie » a évolué en « gais et lesbiennes » pour inclure les lesbiennes, puis changé à nouveau en « LGB » pour inclure les bisexuels. À la fin des années 90, la lettre T a été ajoutée pour inclure les personnes transgenres/transsexuelles. Finalement, plus de lettres ont été ajoutées aux LGBT pour signifier des identités et des orientations différentes pour être plus inclusives. Il peut y avoir des variations selon la région et l'organisation. Outright Action International, une organisation à but non lucratif basée aux États-Unis, utilise l'acronyme LGBTIQ, avec le I pour *intersexué*, pour représenter les personnes nées avec des caractéristiques sexuelles biologiques qui ne sont pas traditionnellement associées à des corps masculins ou féminins (Gold, 2018). Une autre organisation à but non lucratif, le 519 basé à Toronto, au Canada, utilise l'acronyme LGBTQ2S. La combinaison chiffre-lettre 2S représente *Two-Spirit*, un terme utilisé par les peuples autochtones pour désigner une personne qui incarne à la fois un esprit masculin et féminin. Il est utilisé pour décrire l'identité sexuelle, spirituelle et de genre (Felice, 2020). Certains acronymes comporteront un signe plus (+) pour inclure toutes les autres orientations sexuelles et identités de genre qui ne sont pas couvertes par les autres lettres (Cherry, 2020). Certaines organisations utiliseront un acronyme complètement différent, comme le National Institutes of Health, qui utilise SGM comme abréviation pour *sexual and gender minorities* (Smith, 2016). Pour cette recherche,

l'acronyme utilisé serait LGBTQ, représentant les groupes de minorités sexuelles (lesbiennes, gais, bisexuelles et queer) selon lesquels appartiennent les participants. Maintenant que le vocabulaire de ces groupes minoritaires a été défini, il est possible d'explorer une théorisation de la cause de détresse et troubles de santé chez ces groupes.

Le modèle de « stress minoritaire »

Le modèle de « stress minoritaire » développé par Meyer (2003) suggère que les cultures minoritaires (fondées sur l'ethnicité, la sexualité, le sexe, etc.) subissent de plus grands incidents de stress sous forme de préjugés et de discrimination au sein de la structure sociale de la société. Cela conduit à des résultats de santé (mentale, physique et psychologique) plus négatifs pour les populations minoritaires. Dans le modèle de Meyer, il décrit des sources de stress « distales ». Ce sont des événements objectifs et observables qui résultent directement de la sexualité d'un individu. Cela peut inclure les préjugés (ex. : discrimination dans le lieu de travail) et la violence. Meyer décrit également des sources de stress « proximales ». Ce sont des internalisations d'attitudes négatives et de préjugés de la société : homophobie intériorisée chez les personnes gaies et lesbiennes, biphobie intériorisée chez les personnes bisexuelles et transphobie intériorisée chez les personnes transgenres. Les facteurs de stress proximaux et distaux ont un impact négatif sur la santé mentale des personnes LGBTQ et conduisent à plusieurs troubles comme l'abus de substances ou l'anxiété (Meyer, 2003). Cependant, l'identité minoritaire peut avoir des effets positifs et conduire à de meilleurs résultats de santé lorsque les individus sont connectés ou impliqués avec d'autres dans la même communauté minoritaire (Meyer et Frost, 2012).

Hendricks et Testa (2012) ont pu adapter le modèle de stress minoritaire de Meyer (2003) pour les personnes transgenres et les personnes non conformes au genre, en trouvant la littérature pertinente pour expliquer le stress des minorités pour les minorités de genre. Somme toute, le

modèle de stress minoritaire a été développé afin d'expliquer le taux plus élevé de troubles de santé chez les communautés minoritaires. En plus d'être exposées à des facteurs de stress majeurs tels que la discrimination et la violence, les minorités de genre et d'orientation sexuelle sont exposées à des incidents quotidiens, mineurs et chroniques liés aux préjugés (Meyer et al., 2011, cité dans Meyer et Frost, 2012). Ces incidents, appelés microagressions, semblent mineurs, mais peuvent être dommageables avec le temps.

Les microagressions

Selon Nadal et al. (2014, p.72), nous pouvons définir les microagressions comme des « indignités brèves et banales, quotidiennes verbales, comportementales ou environnementales, intentionnelles ou non, qui communiquent des insultes et des insultes hostiles, désobligeantes ou négatives envers les membres des groupes opprimés. » Bien que les microagressions soient généralement conceptualisées dans le contexte de l'ethnicité (Cathers, 2019), elles sont vécues par des personnes d'orientation sexuelle et de genre minoritaires en thérapie. Ils peuvent nuire à l'expérience thérapeutique (Shelton et Delgado-Romero, 2013) et avoir un impact sur le bien-être à long terme des clients en thérapie (Bryan, 2018). Décrypter les microagressions est un défi en raison de leur subtilité et de leurs tactiques apparemment dénuées de sens et inoffensives (Shelton et Delgado-Romero, 2013). Pour résumer, les microagressions ont la capacité d'avoir un impact négatif sur l'expérience thérapeutique et de dissuader les personnes LGB de demander de l'aide. Il pourrait être intéressant de se demander si la consultation d'un thérapeute LGB pourrait aider à éviter certaines expériences négatives telles que les microagressions.

Le thérapeute LGB et la perception des clients

Dans une étude américaine menée auprès de participants incluant des gais et lesbiennes (Kelley, 2015), 21 % des participants ont indiqué que leur thérapeute était dédaigneux ou

considérerait leur orientation sexuelle comme un problème. Selon Singh et Dickey (2017), moins de 30 % des psychologues ont des compétences pour travailler avec des personnes transgenres et non binaires. Dans Frommer (2003, p.62), il est dit que « le thérapeute qui a une expérience de première main en tant qu'individu gai transmettra sa compréhension de cette expérience d'une manière différente de celle du thérapeute qui ne l'a pas, et le patient ressentira cette différence. » L'orientation sexuelle d'un thérapeute est un élément important de la thérapie, en particulier lorsqu'il travaille avec des clients appartenant à un groupe minoritaire (Liddle, 1996). Il a été démontré que les préférences envers un thérapeute de la minorité sexuelle augmentent avec le temps (Goettshe, 2015) et que ces préférences deviennent plus importantes pour les clients dont la sexualité a été dévoilée (Bashan, 2004). Bafiti et al. (2018) ont constaté que, du point de vue d'un thérapeute, la révélation de son orientation sexuelle aidait à éliminer les barrières, créait de la crédibilité, avait un effet puissant sur le client et aidait le thérapeute à se sentir habilité. Dans une autre étude de Carroll et al. (2011), les participants ont estimé que les conseillers gais et lesbiens se dévoilant eux-mêmes étaient plus dignes de confiance que leurs homologues non-dévoilant.

Bafiti et al. (2018) ont constaté que les connaissances d'un thérapeute, une vision non pathologique de l'orientation sexuelle minoritaire et la qualité d'une relation thérapeutique étaient des éléments importants pour les clients LGB. Kelley (2015) a constaté que la relation thérapeutique joue un rôle important dans les perceptions des clientes gaies et lesbiennes de leur thérapeute. Cette étude a également révélé que les clients gais et lesbiens qui croyaient que leur thérapeute était également homosexuel les considéraient comme ayant des pratiques plus utiles que leurs homologues hétérosexuels. Le peu d'études qui examinent la relation entre les thérapeutes LGBTQ et les clients rend difficile de tirer des conclusions sur la qualité potentielle

de l'appariement (Altson, 2020). Malgré le manque de recherche sur ce type d'alliance spécifique, il est encore possible de considérer l'alliance thérapeutique comme un facteur majeur de changement.

L'alliance thérapeutique comme facteur de changement important

L'alliance thérapeutique est vue, selon la littérature, comme un élément clé du processus de changement thérapeutique (Burckell et Goldfried, 2006) qui est fortement corrélé avec des résultats de traitement positifs (Lambert et Barley, 2001 ; Baldwin et al., 2007). La conceptualisation multithéorique de Bordin (1979) de l'alliance thérapeutique comporte trois éléments : le lien de confiance, les objectifs communs et un accord sur les tâches. Dans cette alliance, client et le thérapeute sont des collaborateurs, chargés de bâtir une relation ensemble. Bordin (1979) stipule que l'alliance est au sein de toutes les relations thérapeutiques. Baldwin et al. (2007) ont constaté que les thérapeutes qui formaient des alliances plus solides avec leurs patients présentaient de meilleurs résultats statistiquement significatifs que les thérapeutes qui ne formaient pas d'alliances aussi fortes. Une méta-analyse de 79 études réalisées par Martin et al. (2000) a révélé qu'il existe une relation modérée cohérente entre l'alliance thérapeutique et le résultat. Au Royaume-Uni, une étude sur les expériences des personnes transgenres en matière de recherche et de réception de conseils suggère que l'alliance thérapeutique peut être particulièrement pertinente pour la population transgenre en raison de son sentiment de vulnérabilité et de marginalisation (Hunt, 2013). De plus, les participants ont déclaré qu'ils appréciaient une relation thérapeutique dans laquelle ils se sentaient confirmés, écoutés et compris. Pour résumer, l'alliance thérapeutique est considérée comme un facteur important de changement de thérapie et est liée à des résultats thérapeutiques positifs.

Objectifs de recherche

Tenant en compte de ce qui précède, la présente étude tentera d'apporter un nouveau regard de la perspective des clients sur la relation thérapeutique dans le contexte d'appariement basé sur l'identité LGBTQ. La question principale de ce projet est : « Comment les clients LGBTQ vivent-ils la relation thérapeutique dans un contexte où ils sont appariés sur la base de l'orientation sexuelle ? » Les sous-questions actuelles demandent :

- 1) « Du point de vue des clients, comment l'appariement influence-t-il le développement ou le maintien de la relation thérapeutique ? » et
- 2) « Comment l'appariement influence-t-il le cours de la thérapie ? »

Ainsi, cette étude pourra compléter le peu de littérature existante disponible dans ce domaine, et offrir des pistes pour recherches futures. Maintenant que le cadre conceptuel a été établi, il est possible de poursuivre avec la méthodologie.

Méthodologie

Introduction

La présente recherche est une étude qualitative qui a cherché à explorer l'expérience des clients en contexte d'appariement et comment ils perçoivent la relation thérapeutique. Elle est de nature interprétative et se concentre sur les expériences du client. Une approche qualitative a été choisie pour aider à examiner une interaction complexe entre l'identité minoritaire et le développement des relations.

Population

Pour cette étude, les données ont été recueillies auprès de dix clients (n=10). Les participants s'identifient comme LGBTQ et sont donc des personnes dont l'orientation sexuelle

n'est pas hétérosexuelle. Les participants à l'étude sont âgés de plus de 18 ans en raison de restrictions éthiques impliquant des mineurs. Ils devaient également vivre au Canada et être capables d'écrire et de parler anglais ou français. Ils devaient aussi un avoir ordinateur ou téléphone avec accès à l'internet. Afin de pouvoir comparer l'expérience, les clients ont dû nécessairement avoir consulté un thérapeute qui s'identifie comme LGB et un thérapeute qui ne s'identifie pas comme LGB, sans ordre particulier. Ils devaient aussi avoir terminé la thérapie. De plus, sur la base de la recherche sur l'alliance thérapeutique (Ardito et Rabellino, 2011), il faut environ cinq séances pour développer une alliance thérapeutique en thérapie à court terme, le développement culminant à la troisième séance. Donc, les clients ont dû avoir suivi au moins trois séances de thérapie avec chaque thérapeute afin de pouvoir partager leur expérience relative au développement de l'alliance. Enfin, les thérapeutes des clients pouvaient être des psychothérapeutes, des psychologues ou des conseillers agréés. Ci-dessous se trouve un tableau avec les informations démographiques des participants.

Table 1. Informations démographiques des participants

Pseudonyme	Âge	Orientation sexuelle	Identité de genre	Origine ethnique	Région géographique
Andromeda	28	Queer	Non-binaire/ Genderqueer	Noir – Africain	Ontario (ville)
Carina	29	Bisexuel	Queer	Blanc	Ontario (rural)
Cassiopeia	30	Bisexuel, Polyamoureux	Non-binaire/ Agenre	Noir – Canadien	Ontario (ville)
Centaurus	29	Queer	Non-binaire	Sud-asiatique	Ontario (ville)
Cygnus		Queer, Aromantique/asexuel	Queer	Blanc – Européen	Ontario (ville)
Orion	29	Queer/Lesbienne	Non-binaire	Blanc – Canadien	Ontario (ville)
Pegasus	28	Lesbienne	Femme cisgenre	Noir – Africain	Ontario (rural)
Serpens	32	Lesbienne	Femme cisgenre	Noir – Canadien, Noir – Caraïbes	Ontario (ville)

Ursa Major	25	Bisexuel	Femme cisgenre	Blanc – Européen	Ontario (ville)
Virgo	29	Biromantique/ Panromantique	Non-binaire	Blanc	Ontario (ville)

Instruments

Afin de cueillir des données pour cette étude, les participants ont été soumis à un entretien semi-dirigé et posé des questions relatives à leur démographie et à trois sujets principaux. Des questions de conclusion leur ont été également posées. L'entretien semi-structuré a été choisi comme outil flexible de collecte de données, et les questions sont ouvertes et créées pour encourager les participants à explorer leurs expériences pertinentes dans le domaine d'intérêt sans diriger leurs réponses (Khallio, 2016).

Les questions démographiques ont permis d'obtenir les informations suivantes : âge, identité de genre, orientation sexuelle, origine ethnique, et région géographique. Ces questions cherchaient également à trouver des informations concernant le nombre de séances de thérapie complétées ainsi que l'orientation thérapeutique du professionnel qu'ils ont consulté. Les questions principales ont suivi trois thèmes spécifiques. Le premier thème était centré sur l'orientation sexuelle du participant, avec des questions qui ont tenté de comprendre l'importance de cet aspect pour lui ainsi que son sentiment d'appartenance au groupe LGBTQ. Le deuxième thème s'est concentré sur des questions qui ont exploré comment le participant vit l'orientation sexuelle de son thérapeute ainsi que basé sur l'appariement, ses expériences utiles ou inutiles en thérapie. Le troisième thème s'est porté sur l'alliance thérapeutique et a exploré le développement de la relation de plus que les moments de tension. Les participants ont également été interrogés sur leurs expériences passées avec un thérapeute non queer. Enfin, une question de

conclusion a permis de revenir sur les parties les plus saillantes de la conversation, ainsi que de voir comment les participants se sont sentis après l'entretien.

Puisqu'il n'y a pas eu d'études qualitatives similaires menées dans le passé, le protocole d'entretien semi-structuré était exploratoire et basé sur ce que le chercheur pensait fera place à une discussion pertinente. Un essai pilote a été effectué avec un participant consentant avant la collecte des données afin de valider l'instrument et de s'assurer de la faisabilité de l'étude.

Chercheur comme instrument

Dans la recherche qualitative, les caractéristiques uniques d'un chercheur ont le potentiel d'influencer l'analyse des résultats (Pezalla et al., 2012), transformant le chercheur en instrument d'enquête. Pour cette raison, le chercheur doit se situer dans son travail et clarifier ses expériences, ses identités et ses hypothèses afin de partager son regard et ses éventuels préjugés. Le chercheur principal de cette étude a passé huit ans à travailler avec des jeunes LGBTQ dans un cadre de services sociaux et trois ans à travailler comme assistant de recherche dans le domaine du logement et des services communautaires, la recherche se concentrant sur les jeunes LGBTQ et autochtones. Le chercheur a également effectué son stage de maîtrise dans un hôpital et a travaillé comme conseiller téléphonique de crise pendant un an. Concernant les identités, le cadre de référence apporté dans cette étude sera celui d'une personne de couleur. Au-delà de la prise de conscience de sa propre perspective, il est également recommandé d'utiliser une autoréflexivité accrue dans la recherche qualitative (Pezalla et al., 2012). Ainsi, les expériences, les identités et les hypothèses du chercheur ont été réfléchies avant les entretiens avec les participants et tout au long du processus de recherche.

Fidélité

Lincoln et Guba (1985) ont développé une liste de critères pour aider à façonner le concept de fidélité dans la recherche qualitative. Ces critères comprennent la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. Les recommandations de Nowell et al. (2017) sur la fidélité dans la recherche qualitative ont été pris en considération. La crédibilité correspond à la concordance entre les points de vue des participants et la représentation de ceux-ci par le chercheur. Ceci a été réalisé en identifiant le chercheur comme un instrument et en utilisant la triangulation en permettant au directeur de thèse d'examiner et de contester les points de vue du chercheur. Pour ajouter à la crédibilité de cette étude, la vérification des membres a été utilisée pour confirmer les résultats et les interprétations des données des participants. En ce qui concerne la transférabilité, ou la généralisation des résultats du projet, des descriptions détaillées de la recherche et de la démographie des participants ont été données afin que ceux qui cherchent à transférer les résultats à leur propre recherche puissent porter ce jugement. Pour satisfaire aux critères de fiabilité, le processus de recherche a été clairement documenté et cohérent. Une piste d'audit avec des enregistrements de données brutes, des notes, des transcriptions et des processus décisionnels a été créée afin de faciliter la répétition de cette recherche. La confirmabilité, ou le degré de neutralité des résultats, a été atteint en incluant des informations telles que les raisons des choix méthodologiques et analytiques tout au long de l'étude. Cela aidera à informer les lecteurs sur comment et pourquoi certaines décisions ont été prises. Enfin, un journal réflexif a été tenu par le chercheur principal pour enregistrer son dialogue intérieur, ses idées et ses décisions tout au long du processus de recherche.

Procédures

Les participants ont été recrutés en utilisant une combinaison de techniques afin de maximiser les chances de trouver des participants éligibles. Les publications en ligne ont été placées dans des groupes de médias sociaux tels que « Ottawa Valley 2SLGBTQ+ » sur Facebook et des forums publiques sur Reddit. Des affiches ont aussi été accrochées dans les magasins et cafés du village gay d'Ottawa. Enfin, des courriels directs ont été envoyés à des participants potentiels connus grâce au réseau professionnel du chercheur. Les participants potentiels ont enregistré leur intérêt par courriel et ont passé par un court entretien téléphonique de sélection pour s'assurer qu'ils répondent aux critères de participation de l'étude. À partir de là, les candidats appropriés ont été sélectionnés et un entretien a été organisé. Les participants ont été informés des procédures de confidentialité et des directives de consentement. Ils ont eu la possibilité de choisir leurs propres pseudonymes pour garantir l'anonymat. Les entretiens se sont déroulés à l'aide d'une application de chat vidéo sécurisée pour aider à inclure les participants à distance. Enfin, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits, et une analyse thématique a servi à dégager des thèmes principaux.

Analyse de données

En utilisant les procédures d'analyse thématique de Braun et Clarke (2016), les données qualitatives des entretiens ont été analysées et des thèmes ont été générés afin de mieux comprendre les expériences et les perceptions complexes des clients LGB dans des contextes d'appariement et de non-appariement. Les auteurs présentent six phases de leur processus : 1) la familiarisation avec les données ; 2) la création des codes initiaux ; 3) la recherche de thèmes ; 4) l'évaluation des thèmes ; 5) la définition et la dénomination des thèmes, et enfin 6) la production du rapport. Cette méthode d'analyse est flexible ; elle peut être utilisée pour analyser des

ensembles de données de tailles multiples et peut être utilisée avec différentes méthodes et approches de collecte de données (Clarke et Braun, 2016). Cette version a permis également l'utilisation de procédures robustes et systématiques qui vont au-delà d'un résumé et qui présentent les données d'une manière accessible à ceux qui ne font pas partie des communautés académiques (Clarke et Braun, 2014), permettant une meilleure diffusion des connaissances et de la compréhension à ceux qui ne font pas partie des cercles académiques. L'analyse initiale a été menée par le chercheur et auditée par le superviseur afin d'augmenter la qualité et la fiabilité de l'analyse.

Résultats

L'analyse thématique a permis de dégager quatre grands thèmes : 1) les questions phénoménologiques et l'expérience de l'orientation sexuelle des participants, 2) les aspects utiles de l'appariement du point de vue du client, 3) les traits positifs généraux du thérapeute, 4) les expériences d'appariement non utiles/blessantes. Chaque thème principal est divisé en sous-thèmes qui développent davantage ce que les clients ont partagé dans leurs entretiens. Les sous-thèmes seront étayés par des verbatims tirés des transcriptions.

Thème 1 : Questions phénoménologiques et expérience des participants en matière d'orientation sexuelle

Fluidité de l'orientation sexuelle

Les participants ont exprimé la fluidité et la flexibilité de l'étiquetage de l'orientation sexuelle, soulignant qu'elle peut représenter à la fois l'attrance et l'identité. Pour certains, l'orientation sexuelle est considérée comme une forme de résistance : « queer to me is about like being in opposition to the dominant state » (Andromeda). Tandis que pour d'autres, il s'agit de la

manière dont ils souhaitent être intimes avec leurs partenaires : « I'm not interested in any sort of like straight sex via the like straight script, and the heterosexual, like, narrative that is prevalent in this culture » (Orion). Les participants ont souligné que l'orientation sexuelle joue un rôle essentiel dans l'orientation des liens et des relations, et qu'un étiquetage spécifique n'est pas toujours nécessaire. Ursa Major a indiqué qu'elle utilisait le terme « bisexuelle », mais que « queer, je suppose, serait un terme général, mais c'est probablement parce que j'ai déjà choisi le terme [bisexuelle] et que je l'ai consolidé, je m'en tiens à celui-là ». (Traduction libre de : queer, I guess, would be like a general term, but it's probably just because I already picked that and solidified it, I just stick with that one.) D'autres ont partagé des expériences similaires en choisissant une étiquette dans le passé, tout en se laissant la possibilité d'explorer leur sexualité et d'être ouvert au changement : « [labelling] doesn't feel like I have to be fixed to like one thing that I'm attracted to, or that I like. It can be like continually changing and continuously evolving » (Centaurus). Les clients apprécient les thérapeutes et les autres personnes de leur entourage qui comprennent et respectent la fluidité de l'orientation sexuelle, ce qui permet une exploration positive et continue de soi et une façon d'être moins restrictive.

Une vision intersectionnelle de soi

Les clients ont expliqué à quel point leur orientation sexuelle était liée à leur appartenance à d'autres groupes marginalisés, soulignant qu'ils considéraient rarement leurs problèmes queer comme distincts des autres aspects d'eux-mêmes. Pegasus a déclaré que son orientation sexuelle était liée à son identité personnelle plus large : « I think it's very much for me, it's associated with my gender identity, but also like with being black ». Les participants ont souligné l'interconnexion des différentes facettes de leur identité, telles que la race, le sexe et la neurodivergence, dans la formation de leurs expériences et le rôle que cela joue dans leur vie. « I

think that a lot of tension comes from the mismatch of, of values and community. And it's... someone can't really understand how to help you if they don't understand the world that you live in » (Virgo). Il est devenu important de rechercher des thérapeutes capables de comprendre et d'aborder les multiples dimensions de leurs problèmes. Les clients semblaient classer leur identité en termes d'importance et essayaient de chercher des thérapeutes en fonction de cela et des problèmes à traiter. Cassiopeia a décrit une situation dans laquelle iel cherchait un thérapeute de couple avec leur partenaire : « We had to have a conversation about whether or not their race mattered and, in the end, we decided that it mattered more, their like non-monogamous experience mattered more to us than their racial experience ». Les participants ont accordé de l'importance aux professionnels ayant une expérience vécue de ces identités, car ils estiment qu'ils peuvent apporter un soutien sensible à leurs expériences uniques. « I know a therapist has to empathize with, like many different struggles, many different people, but I still think like, having someone who has gone through it themselves is just a little bit more reassuring » (Ursa Major). Dans l'ensemble, les clients se sont reconnus comme des êtres complexes ayant des besoins complexes, et ils ont cherché des professionnels de la santé mentale capables d'opérer dans un cadre intersectionnel et de les comprendre pleinement.

Oppression et discrimination

Les clients ont fait part de leur expérience de l'oppression et de la discrimination au sein de la société et dans le domaine de la santé mentale, soulignant la nécessité pour les thérapeutes d'être sensibles à ces sujets. Ils ont expliqué les défis que représente le fait d'être queer dans une société qui ne les accepte pas encore pleinement :

So I was doing really unhealthy things like getting drunk in order to have gay experiences, or like hiding it, doing it in sort of like sketchy situations. And so I really wanted to like, have somebody else encourage me and give me permission to, you know, go do it in public, and actually like date, euh, lesbians. (Orion)

D'autres participants ont fait part des difficultés rencontrées en dehors et au sein de la communauté LGBTQ+, telles que l'homophobie ou la biphobie intériorisée. « “[Bisexual] can be like a challenging label to have or to give yourself because, like, there is sort of discrimination in both queer communities and also heterosexual groups, so that can be like a challenge for sure » (Carina). Les clients reconnaissent que ces problèmes existent depuis longtemps et reconnaissent l'histoire de la discrimination et de l'oppression dans le domaine de la santé mentale : « And I think, even just like, given the history of the way that gay and queer people have been treated in the mental health system, I think a lot of that stigma still exists » (Cygnus). Les raisons de rechercher des expériences d'appariement semblent provenir des besoins et intérêts personnels des individus, mais les participants n'ont pas négligé l'influence de l'oppression et de la discrimination sociétales plus importantes sur leur décision de consulter des thérapeutes et des services spécifiques.

Impact négatif de la culture majoritaire et des facteurs religieux

Les facteurs culturels et religieux, ainsi que la désapprobation de la famille, ont eu un impact sur les expériences des clients et sur leur besoin de compréhension de la part des thérapeutes. Ursa Major a décrit la réaction suivante des membres de sa famille religieuse lorsqu'ils ont appris qu'elle sortait avec un nouveau partenaire : « a lot of my family was relieved because it's like oh, finally, she's dating a dude like thank God, that's over, right? You know, the classic ». Les participants ont évoqué les difficultés rencontrées pour naviguer entre les attentes familiales et culturelles et ont noté qu'il était parfois très difficile de recevoir le type de soutien qu'ils recherchaient. Carina a expliqué qu'elle avait été déçue de recevoir un document dans une clinique de santé mentale qu'elle avait visitée :

It was like mentioning stuff about like ways that people act out could be like how they dress, it was kinda like if they shaved their head or dyed it like bright color,

dyed your hair bright colors, which, like in the queer community is obviously really common.

D'autres participants ont partagé des expériences similaires de lutte contre une culture majoritaire qui ne correspondait pas aux communautés auxquelles ils appartenaient. Dans l'histoire de Centaurus, ils ont décrit les difficultés liées à l'appartenance à une culture minoritaire et le manque de modèles autour d'eux, d'où l'importance de rechercher des expériences correspondantes : « But for me I think what I really needed was to see myself in someone that I didn't really get to see myself before, so I think for me personally, it makes a big difference ». Alors que Virgo a noté que les raisons de l'appariement pouvaient dépendre du climat politique, soulignant que « nous vivons dans une période si continuellement tumultueuse et d'une augmentation du niveau de violence à l'égard de la communauté queer, cela en fait une plus grande priorité. » (Traduction libre de : We live in such continuously tumultuous time and increasing violence towards, like the queer community it is, it does make it more of a priority.) Dans l'ensemble, les clients recherchaient des thérapeutes capables de les aider à surmonter ces difficultés tout en leur apportant une validation et un soutien face aux pressions familiales et sociétales.

Thème 2 : Aspects utiles de l'appariement du point de vue du client

Création d'un espace de sécurité

Les clients ont souligné le rôle que le fait d'être apparié à un thérapeute qui partage une orientation sexuelle minoritaire a joué dans la création d'un environnement sûr et confortable pour les séances de thérapie. Cet espace sécurisé leur a permis de discuter ouvertement de sujets sensibles et de s'engager dans une démarche de développement personnel sans craindre d'être jugés ou mal compris. Comme l'a déclaré Cygnus, « so for me, it's important to like, have someone that identifies as like gay or even queer, because that for me creates an inherent sense

of safety, because then I don't go in with that like diluted sense of self ». Pour de nombreux clients, le fait de savoir que leur thérapeute s'identifie comme queer les rassure immédiatement, avant même que le travail thérapeutique ne commence : « [General therapy], I don't know if it's a safe place for going into this but the queer therapy I definitely was feeling like a safe place from the very beginning » (Carina). Le sentiment immédiat de sécurité a encouragé les clients à partager des pensées et des questions qu'ils se sentaient incapables d'exprimer auparavant, en particulier lorsqu'elles étaient liées à leur orientation sexuelle. Comme l'a dit Andromeda : « It just makes you feel so safe when I'm like, you don't see what you're doing as subversive, so like I don't have to see what I'm doing as subversive either, or bad cause like it's just normal to us. And it like just makes it so safe to just talk about whatever is going on ». L'espace de sécurité qui permet d'exister et de partager librement a facilité le parcours thérapeutique des clients.

Fait place à l'authenticité

La possibilité d'être authentique en thérapie est très appréciée par les clients et souvent considérée comme une attente de la thérapie lorsqu'ils entrent dans un contexte d'appariement. Ils ont exprimé qu'ils pouvaient être plus authentiques et transparents avec leur thérapeute d'une manière qu'ils n'auraient pas pu l'être avec d'autres professionnels : « I probably would have been as like strictly business like with anyone else. But I may not have been as like, like...Genuine, or may not have been as like, put all my cards on the table, so to speak » (Cygnus). Les clients ont également déclaré que l'expérience de l'appariement les avait aidés à être plus authentiques en ce qui concerne la divulgation de leur orientation sexuelle et les raisons pour lesquelles ils cherchaient à suivre une thérapie. Orion a décrit ce qui suit :

[...] knowing going in that this person was queer, it like really encouraged me to like, actually say what I was there for, whereas sometimes for my other therapy I really make, it will take me like four or five sessions to actually say what I'm there

for. But in for this, for this queer therapist I was able to come out like right at the starting gate and say, like, this is why I'm here. Please help.

Cette expérience s'est également étendue à la manière dont les clients se sont sentis capables de se présenter. Les thérapeutes se sont comportés comme des modèles d'authenticité :

What I like about him is just the authenticity and like, how visibly queer he is, and how in his queerness, he is like, he's unapologetically queer in a way that it makes me feel so safe showing up in my queerness and my messiness. (Andromeda)

Cela a permis aux clients d'accepter leur vulnérabilité et de montrer leur vraie personnalité.

Fournit une validation

Le fait d'être jumelé à un thérapeute en fonction de l'orientation sexuelle a donné aux clients un plus grand sentiment d'entente. « I feel like I definitely felt like seen and understood from the therapist » (Ursa Major). Les participants ont déclaré que leur thérapeute semblait les comprendre plus rapidement, eux et leurs expériences propres à leur orientation sexuelle. Ceci est bien démontré dans le verbatim :

And that made it feel like when we shared stuff, they were validating of how we were feeling. They kinda understood again, like the context of why [queer] people feel the way that they do, and where that kind of like external pressure is coming from. And it was just like this feeling of getting each other right off the right off the bat. (Carina)

Les clients ont apprécié l'acceptation ressentie de la part de leurs thérapeutes appariés et ont noté que cela a facilité le développement de la relation thérapeutique parce qu'ils n'ont pas eu à passer du temps à expliquer leur identité ou leurs expériences. Cassiopeia commente l'aspect temporel de cette situation dans son entretien : « I, at no point did he make me second guess myself, or like invalidate how I was feeling. I really appreciated that we could like really focus on what we were talking about instead of me trying to like validate my identity with him ». Ce type de validation semble être attendu par les clients des thérapeutes queer, et semble même dépasser le type de validation qui serait typiquement offert dans un contexte professionnel. Les participants ont

déclaré qu'il était particulièrement exceptionnel que quelqu'un partageant leur identité et leurs expériences les reconnaisse et les approuve. « So they could really relate and once again, yeah, like the, they're able to validate me in a completely different way. Cause it's like, again, just walked a mile in my shoes » (Serpens). Et souvent, cette validation était forte et se transformait en une célébration de l'orientation sexuelle des clients : « [...] they were very encouraging, like very like loudly, and like proudly encouraging of my queerness and their enthusiasm about my burgeoning queerness was exactly what I needed to hear at the time » (Orion). Cette célébration semblait particulièrement pertinente pour les clients qui consultaient pour des questions liées à l'orientation sexuelle. Dans l'ensemble, la validation reçue dans un contexte assorti était significative pour les participants et a favorisé un sentiment plus profond de connexion et de confiance dans la relation thérapeutique.

La facilitation par le partage de l'expérience vécue

Le partage de l'expérience vécue, y compris la propre expérience du thérapeute en matière d'orientation sexuelle, a été considéré comme bénéfique dans la thérapie. Dans l'ensemble, les clients étaient satisfaits de l'autodivulgence significative utilisée par leurs thérapeutes, en particulier en ce qui concerne les expériences de vie plus difficiles : « Um, and they shared their own experiences as well with coming out and with being queer, which I just found was so helpful » (Orion). Cela a contribué à un sentiment de compréhension plus profonde du point de vue des clients et a aidé à faciliter la divulgation de soi de leur côté. Contrairement à l'inclusion performative, Cygnus affirme que les thérapeutes queers encouragent la divulgation en la modélisant eux-mêmes :

And it's interesting because, if I've ever worked with queer therapists, or like queer practitioners, they'll ask me my pronouns, or whatever, or they'll like, you know, ask me about like more orientation, or whatever, but they'll like, introduce

themselves first to kinda like pave the way like they'll be like, 'Hey, this is my name. These are my pronouns.'

Cela a facilité le processus thérapeutique pour les participants, car ils ont ressenti un meilleur équilibre des pouvoirs entre eux et leurs thérapeutes dans un contexte d'appariement. Les clients recherchaient cette expérience vécue partagée dans l'espoir d'une compréhension mutuelle et d'une camaraderie accrue : « I also just want to speak to someone who like really gets it and knows what it's like to have to have that conversation with your parents and it just- it gave me what I was looking for in the, again, the shared experience » (Serpens). Elle a servi de base à l'établissement d'un rapport dans la relation thérapeutique, permettant aux clients de se sentir compris et soutenus à un niveau profond.

Propice à l'autoconservation

L'appariement avec un thérapeute sur la base de l'orientation sexuelle a évité aux clients de devoir naviguer dans des contextes potentiellement menaçants et de justifier certains aspects de leur identité et de leurs expériences. Comme l'a dit Serpens : « I think it's something that anytime you're opening up to a therapist about you just never know how the reaction is going to be like you hope for it ». L'appariement a allégé la pression de l'autojustification et a permis aux clients de se concentrer sur leurs problèmes sans craindre le jugement, l'invalidation ou les réactions négatives. Les participants ont expliqué que cela éliminait la nécessité de jouer aux devinettes et permettait au processus thérapeutique de se mettre en place :

Whether someone is like extremely religious or extremely conservative in their views, and no one wants to be judged while they're bearing their soul to somebody, so it becomes a sussing out game of 'How can I figure out what their opinions are while also just having a therapy session?' and knowing that that's not a game that you have to play with another person, is, it leaves room for like the actual soul bearing to happen. (Virgo)

Les clients peuvent avoir confiance dans le fait que leur thérapeute les accepte et les soutient inconditionnellement, en particulier lorsqu'ils parlent de leur orientation sexuelle et de leurs relations amoureuses. Cela a donné de la valeur aux séances, car les clients admettent qu'il est généralement difficile de procéder autrement : « And if I have to hide that whole part of my life then it makes it really difficult for me to get anything out of that session » (Centaurus). Dans l'ensemble, l'appariement a permis aux clients de divulguer des informations et d'aborder des sujets sensibles sans crainte ni honte, ce qui a facilité leur parcours thérapeutique.

Thème 3 : Traits et gestes du thérapeute qui sont appréciés

Traits positifs généraux du thérapeute

Les clients apprécient beaucoup les thérapeutes qui font preuve d'empathie, d'authenticité et qui sont capables d'établir un lien personnel. Quelle que soit l'orientation sexuelle du thérapeute, les caractéristiques rogériennes semblent cruciales pour instaurer la confiance et résoudre les tensions. Elles ont également aidé les clients à se sentir à l'aise lorsqu'il s'agissait de s'exprimer : « I appreciated that like I was sort of just allowed to express myself however I saw fit. So it ended with a lot of times with me swearing about things which he's just sort of like leaned into » (Cassiopeia). Les participants apprécient les thérapeutes qui cultivent des espaces sans jugement, et qui semblent les considérer positivement quelle que soit la situation. Comme l'a dit la Virgo : « If, if we spoke on certain like frustrations, it felt like they were, if not outright agreed with me like, it felt as though there wasn't any judgment ». Dans le même ordre d'idées, les participants ont apprécié l'authenticité. Lorsqu'un thérapeute fait preuve d'authenticité, cela permet aux clients de « sentir qu'ils baissent leur garde » (Andromeda). (Traduction libre de : feel their guard drop.) Ces traits de caractère ont contribué à des expériences thérapeutiques positives dans les contextes appariés et non appariés.

Divulgence de l'identité du thérapeute

Les thérapeutes qui ont fait part de leur propre expérience ont été considérés comme très utiles et jugés positivement. Les clients ont trouvé du réconfort et de la validation auprès des thérapeutes qui ont révélé des luttes similaires. Dans des contextes appariés, les participants ont expliqué qu'il était utile d'entendre l'histoire de la révélation d'orientation sexuelle d'un thérapeute, ou des expériences difficiles concernant la sexualité. « So my partner is out to some people but not completely out and they, [...] so they also connected that way. So they understood because they had experienced that with one of their partners » (Serpens). Au-delà de la validation trouvée dans la divulgation utile de soi, les participants ont également été éveillés à l'idée que leur situation pouvait être résolue de manière positive et ont été inspirés à trouver un nouvel espoir. Cassiopeia a partagé ceci : « It was nice to like hear his story, and know that, like people showed up for him, and that there's a very good chance of people could do the same for me ». Les clients ont également été en mesure d'envisager davantage de possibilités pour eux-mêmes. En partageant leur expérience avec un thérapeute, les participants ont exprimé leur capacité à explorer et à comprendre les possibilités qui s'offrent à eux : [...] they had done a lot of things in their life. So they're very like, like they could kind of just point to a lot of different pathways, directions » (Ursa Major). En général, la divulgation de soi a été perçue comme une pratique utile et valide.

Reconnaissance des perspectives intersectionnelles par le thérapeute

Les clients préfèrent les thérapeutes qui intègrent des perspectives intersectionnelles dans leur pratique et reconnaissent la complexité de leur identité. Cela a contribué à créer un environnement plus inclusif et plus favorable et, comme l'ont exprimé certains participants, à donner du sens à la thérapie :

So they really did like look at things from an intersectional perspective, like looking at what it means to be like somebody who's from a rural area, for example, or like, you know how all of these things, all of these like different parts of our identity, play in like, how that kind of compounds with our sexual orientation. So that's important. That's something that I feel like really does need to be acknowledged in order to have like meaningful therapy. (Carina)

Les clients apprécient que les thérapeutes comprennent les défis et les expériences uniques associés aux identités croisées, telles que la race, le sexe et l'orientation sexuelle. Ceci était particulièrement pertinent pour les clients qui partageaient des problèmes liés à la race : « Like I've had some really incredible experiences with therapists who aren't black, who like could see that like I was in pain, because as a black person, I was taught to normalize my pain » (Andromeda). Les thérapeutes qui ont reconnu leurs clients au-delà des problèmes présentés ont également fait preuve d'un sens plus profond de la connexion et de la compréhension. Comme l'a exprimé Centaurus : « I would prefer that they focus on me as an entire person ». Cela a permis d'améliorer le processus thérapeutique et d'engager les clients de manière plus significative dans des contextes appariés et non appariés.

Thème 4 : Expériences inadaptées et inutiles

Expériences antérieures négatives avec des thérapeutes non-queer

Des expériences négatives ont été racontés avec des thérapeutes hétérosexuels qui faisaient preuve d'attitudes cishétéronormatives ou se livraient à des microagressions, entravant ainsi le processus thérapeutique. Parmi les exemples de microagressions, citons le fait de supposer le sexe des partenaires des clients et d'utiliser des pronoms incorrects. Les clients ont fait part de leur détresse émotionnelle face à ces situations : « I just felt like totally alien, like I was like just this, like object to be studied and like it was like just draining, and felt really uncomfortable after » (Carina). Les participants admettent que même si certains de ces incidents

ont pu être des accidents, ils ont tout de même introduit de la tension et de l'insatisfaction dans la thérapie :

And then there'd be times in session where, like I don't know, they like have a slip of the tongue, and, like either, like misgender, me, or like talk about like, other things. And it was just like, so it's kinda like icky, like they correct themselves but then it was just like I don't know, just like gave me like the ick, you know?
(Cygnus)

Les clients ont ressenti de l'invalidation et de la frustration lorsque les thérapeutes ont fait preuve d'ignorance ou ont refusé de reconnaître leur orientation sexuelle. Virgo a raconté que son thérapeute « a refusé de reconnaître que j'étais queer. Il a dit : Eh bien, même si tu l'es, personne ne te prendrait au sérieux, parce que tu as l'air féminin. » (Traduction libre de : [The therapist] refused to acknowledge that I was queer. Said, 'Well, even if you are like, nobody would take you seriously, cause you look feminine.) Les participants ont indiqué que ces expériences ont entravé le processus thérapeutique, porté atteinte à leur estime de soi et les ont dissuadés de poursuivre la thérapie.

Symptomisation et pathologisation

Les clients ont fait état d'expériences négatives lorsque les thérapeutes, dans des contextes non appariés, pathologisaient ou ignoraient certains aspects de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Carina a décrit une situation qui s'est produite à l'accueil, lorsqu'on lui a demandé son orientation sexuelle :

But my experience that I had was like, basically, Are you, gay, or are you straight like, are you heterosexual or homosexual? And that is on the sheet. So like, I understand like that's too bad that your sheet says. But at the same time, like when I very specifically expressed my identity, I was challenged on that like as if it were, I was being like difficult, or as if I was being like, you know, trying to like stir things up.

De telles situations ont été qualifiées d'invalidantes et les professionnels de la santé mentale ont été perçus comme manquant de sensibilité. La thérapie a également été jugée inutile car les

solutions proposées par les professionnels ne reflétaient pas la réalité ou l'expérience vécue par les participants : « I had someone flat out say to me that my issues would be fixed if I got married to a man and had babies, you know? » (Cygnus) Les participants ont compris ces situations comme un rejet de la part du thérapeute. Et même si un professionnel de la santé mentale se dit favorable à la communauté LGBTQ+, cela n'a pas protégé les participants contre ce type de préjudice :

They were so like, even if they said that they were open to queerness, like they were still implicitly trying to map me back to some idea of norms they're like, Oh, maybe your like non-monogamy is what's making you miserable. (Andromeda)

Lorsque l'orientation sexuelle et l'identité de genre des clients étaient considérées comme la source de leurs problèmes, cela renforçait les sentiments de honte et de malaise. Dans l'ensemble, l'expérience de la symptomatisation et de la pathologisation a été préjudiciable aux participants et a conduit à une insatisfaction vis-à-vis de la thérapie.

La peur du jugement

Lorsque les thérapeutes ne partageaient pas une orientation sexuelle non-hétérosexuelle, les clients craignaient d'être jugés ou désapprouvés par eux. Ils se sentent alors plus sur leurs gardes et hésitent à s'ouvrir. Comme Cygnus, de nombreux clients ressentent cette peur en réaction à des expériences passées négatives :

I find that I'm generally hesitant to seek out therapy based on past experiences. I find that I'm more resistant to it, and then I find that if I do end up seeking out therapy, I'm that much more guarded and edited in terms of what I do disclose. Yeah, and even in terms of the way that like, not even just like the way that I like what I verbally disclose but even like the way I present myself.

Cette crainte les a empêchés d'être authentiques et vulnérables, et a contribué à un sentiment de distance et de malaise dans la relation thérapeutique. Pour cette raison, certains participants ont estimé qu'il n'était pas possible de consulter un thérapeute hétérosexuel : « I was very, very, I was

just very scared to talk about [queer] things. I couldn't talk to anybody about it with someone that I didn't also think was queer » (Orion). Ils hésitaient à parler de leur sexualité avec des thérapeutes non-queers, craignant des réactions négatives de la part des professionnels. Les clients ont compris qu'en fonction du jugement du thérapeute, la qualité du traitement thérapeutique qu'ils reçoivent serait affectée : « [...] well, somebody's personal, I guess biases around queerness, or a lack of understanding affects the treatment that I'm gonna get » (Pegasus). La peur du jugement a conduit les participants à moins se dévoiler et à passer plus de temps à deviner le véritable niveau d'acceptation d'un professionnel de la santé mentale.

Le fardeau de l'explication/de l'éducation

Des clients ont exprimé leur frustration de devoir expliquer leur orientation sexuelle et leurs expériences à des thérapeutes qui ne les comprennent pas, ce qui est qualifié de chronophage et d'épuisant sur le plan émotionnel. Pour les participants, l'attente était que les thérapeutes étaient responsables de leur compétence culturelle et qu'ils doivent prendre l'initiative d'explorer leurs problèmes. Ils avaient besoin d'être soulagés du fardeau de l'explication : « I was already having a hard time explaining [sexual orientation] to myself. So I really didn't wanna have to explain it to another person who might not have that identity firsthand » (Cassiopeia). Pour d'autres, il s'agissait d'une attente des thérapeutes qu'ils soient informés de leurs identités et de leurs expériences et qu'ils offrent un environnement de soutien et d'affirmation sans exiger d'eux une formation plus poussée :

And I also expected that therapist to have like quite a bit of knowledge on my identity, so that I don't have to like explain myself over and over again. And just like, yeah, like, not feeling like, I have to like, teach my therapist things that I need to talk about. (Centaurus)

Le fait d'éduquer son thérapeute a été perçu comme une expérience gênante, les participants ayant l'impression que cela démontrait un manque de compréhension de la part des

professionnels et introduisait un besoin de se justifier ses sentiments. Les participants voulaient s'engager dans une thérapie et ne pas avoir à « s'expliquer et à expliquer pourquoi ces problèmes sont des problèmes, ainsi que la société dans son ensemble et tout cela » (Carina). (Traduction libre de : [...] have to kind of explain themselves and explain why these issues are issues, and like the bigger society and all of that.) Cet obstacle a conduit les clients à rechercher spécifiquement des expériences d'appariement parce qu'ils auraient autrement utilisé leur temps de séance pour enseigner à leurs thérapeutes des sujets qu'ils s'attendaient à ce qu'ils connaissent : « I picked them specifically because they were queer and the expectation was for that part of my life not to have to be consistently explained or added like an addendum to everything that I'm saying » (Virgo). Le fardeau de l'éducation dans des contextes non compatibles ralentit la productivité thérapeutique et confère aux clients une responsabilité non souhaitée.

Expérience vécue contre connaissance formelle

Bien que les clients apprécient les thérapeutes ayant une expérience vécue liée à l'orientation sexuelle minoritaire, ils reconnaissent également l'importance des connaissances et de la formation formelles des thérapeutes pour une prise en charge efficace. Cependant, les thérapeutes ayant une expérience vécue s'engagent souvent plus profondément dans les questions liées à l'orientation sexuelle, ce qui permet une exploration et une compréhension plus approfondies des expériences des clients. C'est notamment pour cette raison que les clients ont estimé qu'il était plus important de consulter un thérapeute non hétérosexuel : « It was just a moment where I was like, I don't need an ally. I was like, I want to speak to someone who, yeah, has been there » (Serpens). Les clients ont indiqué que les thérapeutes qui n'avaient pas d'expérience vécue semblaient avoir du mal à comprendre ou à aborder certains aspects de

l'expérience de leurs clients : « I feel like there's a certain nuance and like understanding that even with allies, I don't necessarily get » (Cygnus). Une participante a indiqué qu'elle avait choisi de ne pas divulguer les problèmes liés à l'orientation sexuelle à son thérapeute pour cette raison : « It's not like she would tell me not to talk about it. It just wouldn't really like, I don't know if she'd like get it per se » (Ursa Major). Cette participante a décrit la thérapie comme « manquant de quelque chose ». (Traduction libre de : lacking something.) D'autres participants ont comparé leurs expériences à des thérapies antérieures où ils se trouvaient dans un contexte identique, et ont reconnu la différence de traitement de leurs problèmes queer :

However, the few times that I brought up, like my own feelings about my LGBT life, or things like you know my nervousness about coming out to my parents, my nervousness about being queer in public they, they didn't really dive into it in a way that I think I wanted. (Orion)

De telles expériences ont conduit les clients à ressentir un sentiment de déconnexion ou d'insatisfaction dans le cadre de la thérapie. Ils ont reconnu que, bien qu'il soit toujours utile de parler à un professionnel de la santé mentale, il est important d'avoir quelqu'un qui puisse s'identifier à eux et les soutenir de la manière qu'ils souhaitent.

Discussion

Les résultats de cette analyse qualitative exploratoire donnent un aperçu des expériences nuancées des personnes appartenant à une minorité d'orientation sexuelle dans un contexte thérapeutique apparié. Les thèmes extraits des données mettent en évidence les multiples facettes de l'appariement avec des thérapeutes qui partagent une expérience vécue similaire, les raisons qui poussent à rechercher ce type de thérapeute et l'impact que cela a sur la relation et le processus thérapeutiques. La discussion portera sur les implications de ces résultats pour les clients et les thérapeutes, ainsi que sur les domaines de recherche et de pratique futurs.

Des relations fondées sur des espaces sûrs et accueillants

L'un des principaux thèmes identifiés dans l'analyse est l'importance de créer des espaces sûrs et positifs pour les personnes appartenant à une minorité sexuelle dans le cadre de la thérapie. Les clients ont exprimé une forte préférence pour l'appariement avec des thérapeutes partageant une orientation non hétérosexuelle. Ce critère d'appariement a facilité le développement du lien de confiance et de l'authenticité dans la relation thérapeutique. Les clients ont déclaré se sentir mieux compris, validés et soutenus de manière nuancée lorsqu'ils travaillaient avec des thérapeutes qui partageaient ce côté de leur identité. Par conséquent, le processus d'appariement a influencé positivement le développement et le maintien de la relation thérapeutique en favorisant un sentiment de sécurité et d'appartenance. Les clients ont senti qu'ils pouvaient immédiatement en dire plus sur eux-mêmes. L'appariement semble également créer une base sur laquelle la relation thérapeutique peut s'appuyer. Ces résultats concordent avec ceux d'une étude qualitative parallèle menée par Jumarali (2022), qui s'est concentrée sur les participants LGBTQ racisés. Les résultats sont également cohérents avec la revue systématique de King et al. (2007) sur la recherche dans le domaine de la psychothérapie avec les personnes LGBT. Bien que les résultats soient mitigés en ce qui concerne les avantages et les inconvénients de la consultation d'un thérapeute LGBT, la majorité des clients préfèrent consulter des thérapeutes LGBT, car ils se sentent ainsi plus à l'aise et plus en sécurité et ont un modèle à suivre. Comme l'indiquent les résultats de cette étude, les thérapeutes queer ont fait preuve d'authenticité et ont utilisé des révélations significatives pour rassurer les clients et valider leurs sentiments (par exemple, leurs propres histoires de déclaration). Ceci est cohérent avec d'autres recherches (Danzer, 2018) qui suggèrent que l'autodivulgence du thérapeute a un impact positif sur la perception du thérapeute par le client et diminue le sentiment d'isolement et de

déconnexion du client. Les expériences d'appariement semblent offrir automatiquement une psychothérapie affirmative LGBTQ. Les exemples mentionnés dans les entretiens des participants à cette étude ressemblent aux recommandations faites aux thérapeutes par Hinrichs & Donaldson (2017), comme l'inclusion d'un langage LGBT positif sur leur page web, la création d'un espace pour parler des relations importantes et l'incorporation d'une utilisation significative des pronoms.

Intersectionnalité et identité

Un autre thème clé qui ressort des données est l'intersectionnalité de l'identité et son influence sur le processus thérapeutique. L'appariement sur la base de l'orientation sexuelle était crucial pour de nombreux clients, mais ils ont également souligné l'importance pour les thérapeutes de reconnaître et de valider d'autres facettes de leur identité, telles que la race et le sexe. Les clients ont indiqué qu'ils se considéraient dans une optique intersectionnelle et que leur orientation sexuelle était rarement séparée de leurs autres expériences. Ils recherchaient donc des thérapeutes capables de comprendre et d'aborder les multiples dimensions de leur identité afin de leur apporter un soutien efficace. Ainsi, l'appariement a influencé le cours de la thérapie en façonnant le contenu et la profondeur de l'exploration thérapeutique. De nombreux participants ont indiqué qu'ils cherchaient à s'associer à un thérapeute sur plusieurs axes, comme le fait d'être queer et noir. Cela corrobore une étude récente qui a révélé une préférence plus marquée pour l'appariement basé sur la race dans les populations noires et noires américaines (Ilagan et Heatherington, 2021). Un des participants a spécifiquement recherché un thérapeute queer qui était également polyamoureux comme eux, afin de pouvoir parler de ses multiples partenariats et de 'garantir' une compréhension. Dans l'étude de Jumarali (2022) sur l'appariement avec des LGBTQ racisés, les participants s'attendaient à un type de compréhension similaire grâce au

partage de l'expérience vécue. Les thérapeutes LGBTQ racisés étaient censés posséder des connaissances qui ne pouvaient pas être enseignées de manière académique, mais plutôt des connaissances expérientielles basées sur leur appartenance à des communautés minoritaires. Comme dans la présente étude, il a été constaté que cela facilitait un engagement plus profond dans la thérapie, car les participants n'avaient pas besoin d'utiliser le temps de leurs séances pour expliquer leur orientation sexuelle ou leur genre.

La préférence des clients pour une correspondance sur différents axes est liée à la théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner (1979), qui évoque une préférence naturelle pour les membres du groupe auquel un individu s'identifie, comme la communauté LGBTQ+. Cette théorie a permis de mettre en évidence l'importance de l'identité, qu'Ervin et Stryker (2001) définissent comme l'importance d'une identité ou le sentiment de valeur qu'une personne accorde à une identité pour elle-même. Les participants à cette étude semblaient avoir un système de classement interne dans lequel leur décision de consulter un thérapeute d'un certain sexe, d'une certaine race ou même d'une certaine orientation sexuelle était basée sur leur importance de l'identification sociale, ainsi que sur les problèmes spécifiques qu'ils avaient à traiter. Une fois l'appariement établi et la relation construite, l'appariement ne semble plus jouer aucun rôle en ce qui concerne la rupture et la réparation de la relation thérapeutique. Les tensions dans la thérapie semblaient soit inexistantes, soit dues aux différences de perception des problèmes présentés par les clients. En faisant le lien avec les trois éléments de l'alliance de Bordin (1979), on touche à l'élément des objectifs communs, puisque le thérapeute et le client ne sont pas d'accord sur ce qui doit être résolu. Les participants à cette étude ont déclaré que l'appariement ne jouait aucun rôle dans la résolution des tensions. Ils étaient généralement ceux qui concédaient pour maintenir la paix et ne s'attaquaient pas à ces tensions, quelle que soit la concordance sur l'un ou l'autre axe.

Les défis du non-appariement

L'analyse a révélé les conséquences négatives du non-appariement entre les clients et les thérapeutes, en particulier dans les contextes où l'identité sexuelle du client n'est pas affirmée. Les clients ont déclaré avoir été victimes de microagressions, de pathologisation et d'un manque de compréhension de la part de thérapeutes qui ne partageaient pas leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Ces expériences ont entravé le développement et le maintien de la relation thérapeutique, entraînant un sentiment de malaise, d'insatisfaction et une réticence à s'engager pleinement dans la thérapie. Les expériences rapportées étaient très similaires à celles relevées par Shelton et Delgado-Romano (2013) sur les expériences LGBTQ en psychothérapie, telles que les hypothèses hétéronormatives, l'évitement des questions queer et la symptomatisation de l'orientation sexuelle. Par conséquent, un manque de compétence dans le travail avec cette population a posé des problèmes au cours de la thérapie, entravant les progrès et empêchant d'atteindre les objectifs thérapeutiques. Cette constatation est conforme à la récente analyse documentaire de Moagi et al. (2021), selon laquelle les clients LGBTQ+ continuent d'être victimes de victimisation, de stigmatisation et de discrimination, ce qui entraîne une augmentation des problèmes de santé mentale. Ils continuent également de se heurter au manque de connaissances des praticiens sur les questions LGBT et aux stéréotypes. Les participants à cette étude se sont fait l'écho d'un manque de formation et de connaissances de la part des thérapeutes hétérosexuels et, dans certains cas, d'une ignorance délibérée. On attend de tout thérapeute qu'il fasse preuve de sensibilité et de compréhension à l'égard des problèmes d'un client, mais parfois, il peut suffire de soutenir une personne dans l'exploration de son orientation sexuelle. Une formulation de cas dans Hinrichs et Donaldson (2017) donne un exemple positif d'un client explorant les ressources communautaires et s'engageant dans la communauté

LGTBQ+ avec le soutien d'un thérapeute travaillant dans une optique de thérapie affirmative. En fin de compte, qu'il s'agisse de la thérapie d'affirmation ou de l'appariement, les résultats de cette étude confirment que l'alliance entre le client et le thérapeute est un élément clé du changement thérapeutique.

Limites

La recherche n'est jamais sans limites. En ce qui concerne les données démographiques, les participants qui se sont portés volontaires étaient tous originaires de l'Ontario, avec un mélange de milieux ruraux et urbains. En outre, la moitié des participants (50 %) se sont identifiés comme PANDC (Personnes autochtones, noires, et de couleur). De plus, les identités des participants étaient souvent entremêlées, ce qui rend difficile d'isoler l'expérience de l'orientation sexuelle sur leurs expériences thérapeutiques indépendamment d'autres identités croisées. Cette complexité reflète la nature intersectionnelle de l'identité (Crenshaw, 1993) et souligne la nécessité d'une compréhension nuancée de la façon dont les diverses facettes de l'identité interagissent dans le contexte thérapeutique.

Tous les participants ont intentionnellement choisi un thérapeute queer, ce qui indique un désir à rechercher une thérapie d'affirmation dans cet échantillon. Par conséquent, aucun des participants n'a découvert l'orientation sexuelle de son thérapeute au cours des séances, contrairement à l'hypothèse initiale. La question de l'entretien a donc été modifiée, passant de « comment vous êtes-vous senti(e) au niveau de sécurité une fois qu'il/elle/iel a révélé son orientation sexuelle ? » à « sachant cela avant la thérapie, quel a été l'impact de cette révélation sur votre sentiment de sécurité ? » Cette modification a pu limiter l'exploration des différences potentielles d'expériences entre le fait de découvrir l'orientation du thérapeute pendant les séances de thérapie et le fait de la connaître à l'avance. En tant que telle, l'étude s'est limitée à

ceux qui recherchaient activement une thérapie dans des espaces où ils s'attendaient à des soins affirmatifs, ce qui peut ne pas refléter les expériences des personnes accédant à une thérapie dans des contextes plus généraux. En raison de la rareté des recherches antérieures sur le sujet spécifique exploré dans cette étude, l'élaboration du guide d'entretien n'a pas été basée sur la littérature existante. Il a été développé spécifiquement pour cette étude, ce qui, tout en permettant une certaine flexibilité pour aborder les expériences uniques des participants, signifiait également que la portée des questions était quelque peu limitée par l'interprétation du phénomène par le chercheur, laissant potentiellement de côté d'autres domaines d'enquête de valeur.

Cette étude s'est appuyée sur des données autodéclarées par les participants, qui pourraient être sujettes à des biais de mémoire sélective et à des inexactitudes. En outre, l'attribution par les participants du succès thérapeutique à des facteurs autres que l'appariement peut avoir influencé leurs rapports rétrospectifs, affectant potentiellement la précision des résultats. Les participants ont été invités à se souvenir de leurs expériences thérapeutiques antérieures et à en rendre compte, ce qui peut avoir introduit des biais de mémorisation et des inexactitudes dans leurs comptes-rendus. La nature rétrospective du processus de collecte des données a pu affecter la fidélité des souvenirs des participants concernant le déroulement de leur thérapie au fil du temps. Enfin, les participants ont été invités à partager leurs expériences thérapeutiques les plus récentes et les plus pertinentes, conformément aux critères de sélection de l'étude. Cependant, il est possible qu'ils aient eu d'autres expériences thérapeutiques qui n'ont pas été explorées en profondeur, ce qui pourrait limiter l'étendue des informations concernant les expériences de l'appariement et du non-appariement.

Implications pour la pratique

Sur la base des résultats de cette analyse, plusieurs implications pour la pratique se dégagent. Les thérapeutes devraient donner la priorité à la formation continue et à l'éducation à la thérapie positive LGBTQ+ afin d'améliorer leur compétence et leur sensibilité culturelles. De plus, il est essentiel que les programmes de counselling et de thérapie incluent une éducation obligatoire sur les communautés minoritaires sexuelles et de genre. Cela peut être intégré aux cours d'éthique existants ou par le biais d'un cours de counselling multiculturel obligatoire, garantissant que les futurs thérapeutes sont bien préparés à s'engager auprès de populations diverses. Déplacer le fardeau de l'éducation des clients et confier cette responsabilité aux thérapeutes est primordial pour favoriser une pratique plus inclusive et plus compréhensive. Ce faisant, nous pouvons garantir que ces communautés reçoivent les soins empathiques et compétents qu'elles méritent, améliorant ainsi les résultats thérapeutiques et répondant à leurs besoins uniques.

En outre, des efforts devraient être déployés pour accroître la diversité du personnel de santé mentale afin de mieux refléter les communautés qu'il sert. Cette étude a comblé un vide dans la recherche sur les expériences d'appariement basées sur l'orientation sexuelle et a fourni une base de compréhension de ce qui se passe dans la relation thérapeutique en termes de développement et de maintien. Ce type de recherche est bénéfique pour les thérapeutes, qui peuvent ainsi mieux comprendre comment soutenir les clients d'orientations sexuelles et de genres minoritaires. Les thérapeutes pourraient s'engager dans des pratiques réflexives pour positionner leurs identités par rapport à celles de leurs clients et accroître la conscience de leurs croyances personnelles, comme le suggère Bidell (2016 ; cité dans Moagi et al., 2021).

Implications pour la recherche

Les recherches futures devraient explorer l'efficacité de l'appariement et des interventions conçues pour améliorer la congruence thérapeute-client dans divers contextes culturels. Il serait également utile d'étudier les points spécifiques ou les événements de la vie pour lesquels la pertinence de l'appariement devrait être prise en considération. Les perspectives des thérapeutes dans les contextes d'appariement devraient également être explorées. En outre, des études longitudinales examinant les résultats à long terme des personnes LGBTQ+ bénéficiant d'une thérapie d'affirmation sont justifiées pour mieux comprendre l'impact de la congruence identitaire sur la santé mentale et le bien-être. Cette analyse qualitative a fourni des informations précieuses sur les expériences des personnes LGBTQ+ en quête de thérapie et sur l'importance de l'appariement entre thérapeute et client pour favoriser des relations thérapeutiques sûres, positives et efficaces. En tenant compte des besoins et des identités uniques de diverses populations de clients, les professionnels de la santé mentale peuvent œuvrer à la création d'espaces plus inclusifs et équitables où tous les individus peuvent s'épanouir et guérir.

Références bibliographiques

- Altson, H. D. (2020). *Unpacking the Invisible Handbag: The Lived Experiences of Women Who Love Women in Therapy with Heterosexual, White, Female Therapists* (Order No. 27735144). Disponible sur ProQuest Dissertations & Theses Global. (2338979571). <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/2338979571?accountid=14701>
- American Psychological Association. (2012). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 67(1), 10–42. 10.1037/a0024659
- Anderson, L., et Carter, J. H. (1982). Psychotherapy: Patient-therapist matching reconsidered. *Journal of the National Medical Association*, 74(5), 461–464.
- Ardito, R. B., et Rabellino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology*, 2(270). 10.3389/fpsyg.2011.00270
- Avarosis, J. (2007, 7 octobre). How did the T get in LGBT? *Salon*. Récupéré le 28 novembre, 2020, du site <https://www.salon.com/2007/10/08/lgbt/>
- Bafiti, T., Viou, M., et Tarasis, P. (2018). « Stepping up the ladder in safety » : An interpretative phenomenological analysis of how LGB clients experience their therapists' sexual orientation. *The European Journal of Counselling Psychology*, 7(1), 211-223. 10.5964/ejcop.v7i1.139
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., et Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. 10.1037/0022-006x.75.6.842

- Barrow, A. (2010). *The effects of ethnic matching on abusive/neglectful minority clients' counseling satisfaction, engagement, pre-mature termination, and outcome* (Order No. 3423926). Disponible sur ProQuest Dissertations & Theses Global. (761448203). <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/761448203?accountid=14701>
- Bashan, F. (2004). *Therapist self-disclosure of their sexual orientation: From a client's perspective* (Order No. 3156916). Disponible sur ProQuest Dissertations et Theses Global. (305419399). <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/305419399>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research et Practice*, 16(3), 252-260. 10.1037/h0085885
- Bowers, A. M. V., et Bieschke, K. J. (2005). Psychologists' Clinical Evaluations and Attitudes: An Examination of the Influence of Gender and Sexual Orientation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(1), 97–103. 10.1037/0735-7028.36.1.97
- Braun, V., et Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 26152. 10.3402/qhw.v9.26152
- Bryan, S. E. (2018). Types of LGBT Microaggressions in Counselor Education Programs. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 12(2), 119–135. 10.1080/15538605.2018.1455556
- Burckell, L. A., et Goldfried, M. R. (2006). Therapist qualities preferred by sexual-minority individuals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 32–49. 10.1037/0033-3204.43.1.32
- Burman, E., Gowrisunkur, J., et Sangha, K. (1998). Conceptualizing cultural and gendered identities in psychological therapies. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 1(2), 231–255. 10.1080/13642539808402311

- Cabral, R. R., et Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 537-554. 10.1037/a0025266
- Canadian Mental Health Association. (s. d.) *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans & Queer identified People and Mental Health*. CMHA Ontario. <https://ontario.cmha.ca/documents/lesbian-gay-bisexual-trans-queer-identified-people-and-mental-health/>.
- Carroll, L., Gauler, A. A., Relph, J., et Hutchinson, K. S. (2011). Counselor Self-Disclosure: Does Sexual Orientation Matter to Straight Clients? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 33(2), 139-148. 10.1007/s10447-011-9118-4
- Cathers, C. (2019). *The Therapeutic Alliance between Transgender or Gender Nonbinary Patients and Cisgender Therapists* (Order No. 13860387). Disponible sur ProQuest Dissertations et Theses Global. (2288850217). <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/2288850217>
- Cherry, K. (2020, 30 novembre). What Does LGBTQ+ Mean? [Article de blog]. Récupéré le 30 novembre, 2020, du site <https://www.verywellmind.com/what-does-lgbtq-mean-5069804>
- Claiborne, C. N. (2014). *The Effect of Culture-Specific Performance-Based Assessment Techniques and Ethnic Matching on African Americans' Perceptions of Therapeutic Alliance and Cultural Competence* (Order No. 3645620). Disponible sur ProQuest Dissertations & Theses Global. (1626384393). <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/1626384393>
- Clarke, V., et Braun, V. (2016). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. 10.1080/17439760.2016.1262613

Crenshaw, K. (1993). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. 10.2307/1229039

Danzer, G. (2018). Therapeutic Self-Disclosure: An Evidence-Based Guide for Practitioners. 10.4324/9780203730713.

Ervin, L. H., et Stryker, S. (2001). Theorizing the relationship between self-esteem and identity. In T. J. Owens, S. Stryker, & N. Goodman (Eds.), *Extending self-esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (pp. 29–55). Cambridge University Press. 10.1017/CBO9780511527739.003.

Flaskerud, J. H. (1990). Matching Client and Therapist Ethnicity, Language, and Gender: A Review of Research. *Issues in Mental Health Nursing*, 11(4), 321–336. 10.3109/01612849009006520

Frommer, M. S. (2003). Reflections on Self-Disclosure, Shame and Emotional Engagement in the Gay Male Psychoanalytic Dyad. Dans J. Drescher, A. D'Ercole, et E. Schoenberg (auteurs), *Psychotherapy with gay men and lesbians: Contemporary dynamic approaches* (pp. 59-70). New York: Harrington Park Press.

GLAAD. (2014, 30 juin). How is sexual orientation different from gender identity? Récupéré le 26 novembre, 2020, du site <https://www.glaad.org/how-sexual-orientation-different-gender-identity>

Goettsche, R. S. (2015). *Lesbian, gay, and bisexual client experiences and therapeutic practice with sexual minorities: An interpretive phenomenological analysis* (Order No. 3682372). Disponible sur ProQuest Dissertations et Theses Global. <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/1658104167>

- Gold, M. (2018, 21 juin). The ABCs of L.G.B.T.Q.I.A.+. *The New York Times*. Récupéré le 25 novembre, 2020, du site <https://www.nytimes.com/2018/06/21/style/lgbtq-gender-language.html>
- Hendricks, M. L., et Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460-467.
10.1037/a0029597
- Herek, G. M., et Mclemore, K. A. (2013). Sexual Prejudice. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 309–333. 10.1146/annurev-psych-113011-143826
- Hinrichs, K. L. M., et Donaldson, W. (2017). Recommendations for use of affirmative psychotherapy with LGBT older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 73(8), 945–953.
10.1002/jclp.22505.
- Hope, D. A., et Chappell, C. L. (2015). Extending Training in Multicultural Competencies to Include Individuals Identifying as Lesbian, Gay, and Bisexual: Key Choice Points for Clinical Psychology Training Programs. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(2), 105–118. 10.1111/cpsp.12099
- Hunt, J. (2013). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288-296. 10.1080/14733145.2013.838597
- Ilagan, G. et Heatherington, L. (2021). Advancing the understanding of factors that influence client preferences for race and gender matching in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*. 35. 1-24. 10.1080/09515070.2021.1960274.

- Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W. A., Sulzner, J. M., et Cohen, J. (2008). Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 361–368. 10.1037/0735-7028.39.3.361
- Jarrold, J. (2019, 1 avril). *Gay, Lesbian & LGBTQ Therapy: What Is LGBTQ Counseling?* TherapyTribe. <https://www.therapytribe.com/therapy/gay-counseling-lesbian-lgbt/>.
- Johnson, L. A., et Caldwell, B. E. (2011). Race, Gender, and Therapist Confidence: Effects on Satisfaction with the Therapeutic Relationship in MFT. *The American Journal of Family Therapy*, 39(4), 307–324. 10.1080/01926187.2010.532012
- Jumarali, S. (2022). The Impact of Identity-Based Matching on the Psychotherapy Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer People of Color (Order No. 28966665). Disponible sur ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/openview/58f4f8c56fb792c876fe4add964f2d26/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., et Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. 10.1111/jan.13031
- Karlsson, R. (2005). Ethnic Matching Between Therapist and Patient in Psychotherapy: An Overview of Findings, Together with Methodological and Conceptual Issues. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(2), 113–129. 10.1037/1099-9809.11.2.113
- Kelley, F. A. (2015). The therapy relationship with lesbian and gay clients. *Psychotherapy*, 52(1), 113–118. 10.1037/a0037958

- King, M., Semlyen, J., Killaspy, H., Nazareth, I. et Osborn, D. (2007). A Systematic Review of Research on Counselling and Psychotherapy for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., et Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1). 10.1186/1471-244x-8-70
- Lambert, M. J., et Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. 10.1037/0033-3204.38.4.357
- LGBTQ Life. (2019, 10 septembre). *LGBTQ Glossary*. Homewood Student Affairs – Jon Hopkins University. <https://studentaffairs.jhu.edu/lgbtq/education/glossary/>.
- Liddle, B. J. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings on helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 394-401. 10.1037/0022-0167.43.4.394
- Lincoln, Y., et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Liu, H. S. (2003). *Client's perception of seeking counseling as a function of counselor ethnicity, counselor acculturation, counselor gender, and client gender* (Order No. 3106895). Disponible sur ProQuest Dissertations & Theses Global. (305314014). <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/305314014?accountid=14701>
- Martin, D. J., Garske, J. P., et Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. 10.1037/0022-006x.68.3.438

- Medley, G., Lipari, R. N., Bose, J., Cribb, D. S., Kroutil, L. A., et McHenry, G. (2016). *Sexual Orientation and Estimates of Adult Substance Use and Mental Health: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/report/sexual-orientation-and-estimates-adult-substance-use-and-mental-health-results-2015-national>.
- 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. 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Meyer, I. H., et Frost, D. M. (2012). Minority Stress and the Health of Sexual Minorities. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*, 252-266. 10.1093/acprof:oso/9780199765218.003.0018
- Miner, C. A. (2003). *Female therapists-male clients: Gender role, therapeutic behavior and the working alliance* (Order No. 3109903). Disponible sur ProQuest Dissertations & Theses Global. (305216832). <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/305216832>
- Moagi, M., van Der Wath, A, Jiyane, P. et Rikhotso, R. (2021) Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: An integrated literature review. *Health SA*. 2021 Jan 20;26:1487. 10.4102/hsag.v26i0.1487. PMID: 33604059; PMCID: PMC7876969.
- Movement Advancement Project. (2014). *Paying an Unfair Price: The Financial Penalty for Being LGBT in America*. Retrieved from <https://www.lgbtmap.org/file/paying-an-unfair-price-full-report.pdf>.

- Nadal, K. L., Davidoff, K. C., Davis, L. S., et Wong, Y. (2014). Emotional, behavioral, and cognitive reactions to microaggressions: Transgender perspectives. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(1), 72-81. 10.1037/sgd0000011
- NLGJA. (s.d.). Terminology. Récupéré le 26 novembre, 2020 du site <https://www.nlgja.org/stylebook/terminology/>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., et Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 160940691773384. 10.1177/1609406917733847
- Pezalla, A. E., Pettigrew, J., et Miller-Day, M. (2012). Researching the researcher-as-instrument: An exercise in interviewer self-reflexivity. *Qualitative Research*, 12(2), 165–185. 10.1177/1468794111422107
- Rainey, S., et Trusty, J. (2007). Attitudes of Master's-Level Counseling Students Toward Gay Men and Lesbians. *Counseling and Values*, 52(1), 12–24. 10.1002/j.2161-007x.2007.tb00084.x
- Rayside, D. (2014). The Inadequate Recognition of Sexual Diversity by Canadian Schools: LGBT Advocacy and Its Impact. *Journal of Canadian Studies*, 48(1), 190–225. 10.3138/jcs.48.1.190
- Rhodes, R., Hill, C., Thompson, B. et Elliott. R. (1994). Client Retrospective Recall of Resolved and Unresolved Misunderstanding Events. *Journal of Counseling Psychology*. 41. 473-483. 10.1037/0022-0167.41.4.473.
- Shelton, K., et Delgado-Romero, E. A. (2013). Sexual orientation microaggressions: The experience of lesbian, gay, bisexual, and queer clients in psychotherapy. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 59–70. 10.1037/2329-0382.1.s.59

- Shiner, B., Westgate, C. L., Harik, J. M., Watts, B. V., et Schnurr, P. P. (2016). Effect of Patient-Therapist Gender Match on Psychotherapy Retention Among United States Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 642–650. 10.1007/s10488-016-0761-2
- Singh, A. A., et Dickey, L. M. (2017). Affirmative counseling with transgender and gender nonconforming clients. *Handbook of Sexual Orientation and Gender Diversity in Counseling and Psychotherapy.*, 157-182. 10.1037/15959-007
- Smith, A. (2016, 10 juin). Get to Know the SGM Research Committee [Article de blog]. Récupéré le 25 novembre, 2020 du site <https://www.edi.nih.gov/blog/communities/get-know-sgm-research-committee>
- Sterling, R. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P., et Serota, R. (1998). Therapist/patient race and sex matching: treatment retention and 9-month follow-up outcome. *Addiction*, 93(7), 1043–1050. 10.1046/j.1360-0443.1998.93710439.x
- Stern, S. I. (2004). *The relationship of counselor gender and gender role orientation characteristics to perceived counselor effectiveness for female clients with an eating disorder* (Order No. 3149025). Disponible sur ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/305139304>
- Tajfel, H., et Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33–48). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Therapy FAQs. (2019, 18 avril). *Does the Sex or Gender of the Therapist Matter?* GoodTherapy. <https://www.goodtherapy.org/blog/faq/does-sex-or-gender-of-therapist-matter>.

- Townes, D. L., Chavez-Korell, S., et Cunningham, N. J. (2009). Reexamining the relationships between racial identity, cultural mistrust, help-seeking attitudes, and preference for a Black counselor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 330–336. 10.1037/a0015449
- Werbart, A., Hägertz, M., et Ölander, N. B. (2018). Matching Patient and Therapist Anaclitic–Introjective Personality Configurations Matters for Psychotherapy Outcomes. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(4), 241–251. 10.1007/s10879-018-9389-8
- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., et Diamond, G. S. (2005). Do Gender and Racial Differences Between Patient and Therapist Affect Therapeutic Alliance and Treatment Retention in Adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400–408. 10.1037/0735-7028.36.4.400

Annexe A

Protocole d'entretien semi-structuré

Date : _____ **Time/Heure :** _____ **Nom/Name :** _____

A. Information pour les participants/Information for Participants :

Cette étude qualitative vise à comprendre l'expérience du client de la relation thérapeutique lorsque le client et le thérapeute sont « appariés » (partagent la même identité) sur la base d'une identité LGB. L'objectif de la recherche est d'élargir la compréhension de la relation thérapeutique et des éléments qui pourraient l'influencer. Je vais vous poser des questions sur vos expériences dans un contexte thérapeutique « apparié », et des questions sur vos perspectives sur l'alliance de travail avec votre thérapeute. L'entretien sera enregistré avec votre consentement, retranscrit et anonymisé.

This qualitative study seeks to understand the client's experience of the therapeutic relationship when client and therapist are "matched" (share the same identity) based on an LGB identity. The goal of the research is to broaden the understanding of the therapeutic relationship and the elements that could influence it. I am going to ask you questions about your experiences in a "matched" therapeutic context, and questions about your perspectives on the working alliance with your therapist. The interview will be audio recorded with your consent, transcribed, and anonymized.

B. Revue des procédures de consentement/Consent Procedures Review

C. Interview questions

1. Pouvez-vous décrire votre orientation sexuelle ?
 - a. Que représente-t-il pour vous ?
2. Quelles étaient vos attentes par rapport à la thérapie ?
3. Comment décririez-vous la relation entre vous et votre thérapeute ? Qu'avez-vous apprécié chez lui/elle/iel ? Qu'avez-vous déploré ?
4. Comment avez-vous découvert l'orientation sexuelle de votre thérapeute ?
 - a. Si vous l'avez découvert lors de sessions ultérieures, quel impact cela a-t-il eu sur votre sentiment de sécurité ?
 - b. Est-ce que l'orientation sexuelle du thérapeute est un enjeu important pour vous ? Pourquoi ?
 - c. Est-ce qu'il y a autre aspect de leur personne qui sont important pour vous ? Pourquoi ?
5. De quelles manières l'appariement a-t-il amélioré ou interféré avec le développement de la relation thérapeutique ?
 - a. Avez-vous un exemple d'un moment ou cela a entré en jeu pour vous ?
6. Pouvez-vous décrire un moment de tension entre vous et ce thérapeute ?
 - a. Comment la tension a-t-elle été résolue, si elle a été résolue ?
 - b. L'appariement a-t-il joué un rôle là-dedans ?
7. Avez-vous eu un autre thérapeute non queer dans le passé ?
 - a. Comment décririez-vous la relation entre vous et l'autre thérapeute ?

- b. Comment leur orientation sexuelle a-t-elle joué un rôle, le cas échéant ?
 8. Y a-t-il autre chose que vous voudriez ajouter que vous jugez important et dont nous n'avons pas parlé ?
-

1. Can you describe your sexual orientation?
 - a. What does it represent for you?
2. What were your expectations of the therapy?
3. How would you describe the relationship between you and your therapist? What did you like about him/her/them? What did you dislike?
4. How did you find out your therapist's sexual orientation?
 - a. If you found out in later sessions, how did this impact your sense of safety?
 - b. Is the therapist's sexual orientation an important issue for you? Why?
 - c. Is there any other aspect of their person that is important to you? Why?
5. In what ways did matching enhance or interfere with the development of the therapeutic relationship?
 - a. Do you have an example of a time when this came into play for you?
6. Can you describe a moment of tension between you and this therapist?
 - a. How was the tension resolved, if it was resolved?
 - b. Did matching have a role to play in this?
7. Have you had another non-queer therapist in the past?
 - a. How would you describe the relationship between you and the other therapist?
 - b. How did their sexual orientation play a role, if any?
8. Is there anything else you would like to add that you feel is important that we have not talked about?