



Pour le dire...

**Rendre
les services sociaux
et les services de santé
accessibles aux lesbiennes**

Recherche et rédaction

Isabelle Mimeault

**Avec la collaboration
du comité Santé des lesbiennes
(comité consultatif)****Coordonnatrice du comité**

Lise Lamontagne
Directrice générale du RQASF

Membres du comité

Diane Heffernan
Karol O'Brien
Carole Tatlock
Shari Brotman
Marlo Ritchie

Mise en pages

Suzanne Chabot, POPCOMM

**Projet subventionné
par le ministère de la Santé
et des Services sociaux
du Québec (MSSS)**

Montréal

© RQASF, mai 2003

ISBN : 2-9806436-6-X

Table des matières

Avant-propos	7
Introduction	9
Chapitre I – Questions préliminaires	13
A. Problématique : contexte socio-historique québécois	13
B. Approche	16
◆ Approche féministe de la santé des femmes	17
◆ Approche systémique : déterminants de la santé	18
◆ Approche relationnelle : sexisme, homophobie, lesbophobie, racisme...	19
• <i>Comment le sexisme produit l'hétérosexisme et la lesbophobie</i>	20
• <i>Invisibilité des lesbiennes</i>	22
• <i>Existence et actualité du sexisme</i>	24
C. Méthodologie	25
◆ Enjeux méthodologiques de la recherche sur les lesbiennes	25
• <i>Question de l'identité : qui ?</i>	26
• <i>Question du nombre : combien ?</i>	26
• <i>Biais les plus fréquents dans la recherche sur les lesbiennes</i>	27
◆ Sondage dans tous les CLSC du Québec	29
◆ Méthodologie qualitative	29
• <i>Critères de sélection</i>	29
• <i>Entrevues de groupe en région et à Montréal</i>	30
• <i>Observation participante : Projet 10 et Jeunesse Lambda</i>	31
• <i>Entretiens individuels à Montréal</i>	31
• <i>Sources documentaires non publiées</i>	32
◆ Difficultés, impacts, validité et limites de la recherche	32
• <i>Difficultés du terrain, précautions éthiques et impacts immédiats des entrevues</i>	32
• <i>Validité et limites de la recherche</i>	33
Chapitre II – Accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé au Québec	35
A. Sondage dans les CLSC	35
◆ Résultats de la première étape (N = 142)	35
◆ Synthèse des commentaires reçus au téléphone (étape 1 : N = 142)	36
• <i>Pas de discrimination</i>	36

Rapport de recherche Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes

• <i>Individualisation des cas vécus</i>	37
• <i>Priorité au VIH-SIDA (homosexualité masculine)</i>	37
• <i>Pas une priorité</i>	37
• <i>Question tabou</i>	37
◆ Analyse des questionnaires remplis par les CLSC (étape 2 : N = 46)	38
• <i>Appréciation générale</i>	38
• <i>Question 1 : Diffusion des Orientations ministérielles</i>	39
• <i>Question 2 : Consultations des lesbiennes</i>	40
• <i>Question 3 : Adaptation des services</i>	42
• <i>Question 4 : Sensibilisation du personnel</i>	43
• <i>Question 5 : Concertation avec des organismes</i>	43
◆ Initiatives visant l'accessibilité des services (étape 3 : N = 3)	44
◆ Limites du sondage	45
◆ Disparités régionales	46
B. Statistiques du MSSS sur les formations	48
Conclusion du chapitre II	49
Chapitre III – Vécu des lesbiennes face aux services sociaux et aux services de santé au Québec	51
A. Profil des participantes	52
◆ Âge et statut socio-ethnique	52
◆ Niveau de scolarité complété	53
◆ Occupation et revenu	54
◆ Vécu hétérosexuel passé	54
◆ Situation de vie et maternité	55
B. Être lesbienne au Québec : vivre avec soi et avec les autres	55
◆ <i>Coming out : diversité des vécus</i>	56
• <i>C'est arrivé comme ça...</i>	57
• <i>Se reconnaître : contrer les images négatives et les stéréotypes</i>	60
• <i>Impacts de la culture</i>	63
◆ Famille d'origine	66
• <i>Le dire à sa famille... à sa mère</i>	67
• <i>Déni</i>	70
• <i>Familles lesbophobes</i>	73
◆ Écoles : vécu de lesbophobie	74
◆ Travail : milieu à haut risque	75
• <i>« Le dire » au travail</i>	77
• <i>Harcèlement et discrimination au travail</i>	78
• <i>Quand racisme et lesbophobie se croisent</i>	81
◆ Amitiés et famille choisie	82
• <i>Réseaux d'amies</i>	83
• <i>Diversité des réseaux</i>	86

Table des matières

◆ Rapports avec la (les) communauté(s) lesbienne(s)	87
• <i>Cultures et sentiments d'appartenance</i>	87
• <i>Lieux de sociabilité</i>	89
• <i>Isolement de certaines</i>	89
• <i>Vécu de racisme</i>	91
◆ Le couple invisible	93
◆ Vie de quartier et visibilité	95
◆ Participation sociale et activités communautaires	96
C. Rapport avec le système de santé et état de santé	99
◆ Évitement des services sociaux et des services de santé	99
• <i>Critiques de l'approche dominante</i>	101
◆ État de santé physique	103
• <i>Gynécologie</i>	103
• <i>Prévention : test pap et mammographie</i>	104
• <i>Maladies transmissibles sexuellement (MTS)</i>	104
• <i>Ménopause</i>	105
◆ État de santé mentale	105
• <i>Estime de soi</i>	105
• <i>Troubles alimentaires</i>	107
• <i>Toxicomanies : alcool, drogues, tabac</i>	107
• <i>Dépression</i>	108
• <i>Idées suicidaires et tentatives de suicide</i>	111
D. Besoins des lesbiennes relativement à l'accès aux services	112
◆ « Le dire »...	113
• <i>... pour exister</i>	113
• <i>... pour se libérer</i>	114
• <i>... pour être mieux soignée et traitée</i>	115
• <i>... mais à quelles conditions</i>	118
◆ Des informations à jour	119
◆ Des services offerts par des femmes ou des services séparés	120
• <i>L'accès à des services professionnels offerts par des femmes</i>	120
• <i>Des services particuliers ou des services séparés</i>	121
E. Barrières vécues dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé	122
◆ Discrimination hétérosexiste et lesbophobe	123
• <i>Présomption d'hétérosexualité à l'accueil, dans les formulaires et les lieux physiques</i>	123
• <i>Présomption d'hétérosexualité dans les relations thérapeutiques</i>	124
• <i>Discrimination et préjugés</i>	126
• <i>Accès à la maternité</i>	131
• <i>Conception hétérosexiste de la famille</i>	132
◆ Ignorance et manque de compétence des professionnels et professionnelles de la santé	139
• <i>Sexualité des lesbiennes</i>	139
• <i>Examens gynécologiques</i>	142
• <i>Santé mentale</i>	142
• <i>Éducation des professionnels et professionnelles de la santé</i>	147

Rapport de recherche Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes

◆ Lesbophobie et hétérosexisme intériorisés	148
● <i>Stress du coming out et anticipations de discrimination</i>	149
● <i>Conception hétérosexiste de la famille</i>	152
◆ Pauvreté	153
● <i>Choisir une approche</i>	154
● <i>Changer de thérapeute</i>	156
◆ Isolement social et invisibilité	156
● <i>Au retour ou lors d'une migration</i>	156
● <i>Impacts de l'invisibilité sociale</i>	157
F. Particularités des barrières pour certains sous-groupes	159
◆ Régions : plus grande invisibilité	159
● <i>Des barrières ? Quelles barrières ?</i>	159
● <i>Manque d'anonymat</i>	160
● <i>Invisibilité et manque de ressources</i>	161
◆ Jeunes : santé mentale fragilisée	162
● <i>Interventions inappropriées</i>	163
◆ Lesbiennes âgées : marginalités silencieuses	166
◆ Minorités « visibles » : racisme et pauvreté	169
Conclusion du chapitre III	172
Conclusion générale	175
Recommandations du RQASF	183
Annexes	187
Annexe I – Tableaux	187
Annexe II – Graphiques	201
Annexe III – Guides d'entrevue de la recherche qualitative	203
◆ Guide d'entrevue de groupe (général)	203
◆ Guide d'entrevue de groupe (maternité)	205
◆ Guide d'entretien semi-dirigé	207
Bibliographie	211

Avant-propos

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est un organisme multidisciplinaire qui se préoccupe de la santé mentale et physique des femmes. L'organisme est né du besoin de concertation et de mobilisation chez les femmes sur des questions relatives à leur santé. À la suite d'une vaste analyse des besoins afin d'identifier le meilleur moyen de porter l'analyse féministe sur le terrain de la santé des femmes, le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec (1985) est devenu le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (1997). Sa mission est de travailler solidairement, dans une perspective féministe, à l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes. Bien qu'il s'intéresse à la santé de toutes les femmes, le Réseau tient compte, dans ses interventions publiques, activités de formation et recherches, des situations particulières vécues par les femmes peu scolarisées, handicapées, présentant des problèmes de santé mentale, en perte d'autonomie, lesbiennes, autochtones et rencontrant des barrières en raison de leur langue, couleur ou origine ethnique ou nationale.

Le RQASF est reconnaissant au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec d'avoir accepté de subventionner ce projet de recherche. Mes remerciements vont tout d'abord aux participantes, pour leur générosité et leur disponibilité. Mille mercis aux membres du comité Santé des lesbiennes qui, participant à six réunions et à plusieurs échanges de *courriels* tout au long du projet, ont su prodiguer des conseils et avis fort utiles. Merci aussi à Danièle Julien, qui a pris part aux premiers travaux du comité. Comment exprimer ma reconnaissance également à toute l'équipe des travailleuses du Réseau qui, par son soutien, son humour, sa joie de vivre, offre un cadre de travail à la fois stimulant, détendu et agréable, nécessaire à la production d'une telle recherche... Toute ma gratitude va à France Doyon qui obtint le financement nécessaire à la réalisation du projet et accepta de lire et commenter la version préliminaire de ce rapport. Merci aussi à Johanne Frenette qui a si gentiment accepté de veiller à la mise en forme de la bibliographie, de colliger certains tableaux et d'effectuer des recherches dans Internet. Enfin, un merci tout particulier à Lise Lamontagne, directrice générale du Réseau, pour sa confiance et son appui.

Une diffusion élargie des résultats de ce rapport (sous différentes formes) est prévue. Le rapport complet ainsi qu'une synthèse seront également disponibles dans le site Internet du RQASF : <http://www.rqasf.qc.ca>. Une version anglaise de la synthèse sera également produite.

Isabelle Mimeault, chercheure

Introduction

Cette recherche découle d'une consultation menée en 1999 auprès de lesbiennes par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF, ci-après aussi nommé le Réseau), à l'occasion de la réalisation de son Cadre de référence¹. Depuis cette consultation, le manque d'accessibilité aux services vécu par les lesbiennes préoccupe vivement le Réseau, en raison de l'impact d'une telle lacune pour la santé de ce segment de la population. C'est pourquoi le Réseau a mis sur pied le comité Santé des lesbiennes qui réunit des femmes de différents milieux, toutes préoccupées par la santé des lesbiennes. Le travail de ce comité a conduit à l'élaboration du présent projet de recherche qui concerne l'accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé et le vécu de ces femmes face aux services. Ce comité, que coordonne le Réseau, a agi à titre de comité consultatif tout au long du projet. Les résultats ont fait l'objet de discussions qui ont servi à l'élaboration de recommandations.

N'étant pas concentrées spécialement en milieu urbain, et *a fortiori* dans des secteurs limités des grandes villes, n'étant pas non plus considérées à risque de contracter le VIH-SIDA, les lesbiennes ont moins bénéficié des efforts entrepris par les services publics pour rejoindre la population homosexuelle. Pourtant, de même que pour les gais², les lesbiennes vivent la marginalisation, l'hétérosexisme³ et l'homophobie dans la société en général et à l'intérieur des services sociaux et des services de santé. Le comité de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur les services de santé mentale offerts aux femmes a rendu public, en 1997, un rapport qui reconnaît clairement l'orientation sexuelle au nombre des déterminants de la santé (MSSS 1997a).

Dans la majorité des recherches, les lesbiennes se confondent aux gais, comme si leurs problèmes étaient les mêmes. L'actualité des dernières années sur la difficulté de reconnaître les symptômes de détresse psychologique chez les hommes, non seulement appuie la revendication féministe pour l'analyse différenciée, mais confirme sa pertinence. Notre analyse démontre que l'analyse différenciée selon les sexes doit aussi s'appliquer à la population homosexuelle. C'est pourquoi nous avons exploré les besoins spécifiques des lesbiennes en matière d'accès aux services de santé et ce, en conformité avec la politique du gouvernement

1. Vous pouvez consulter le Cadre de référence du RQASF dans son site Internet à l'adresse suivante : http://www.rqasf.qc.ca/publications/cr_sommaire.html

2. Dans cette étude, le terme « gais » concerne les homosexuels de sexe masculin. Toutefois, certaines lesbiennes qui ont participé à l'étude utilisent aussi le mot « gaies » pour « lesbiennes », ce qu'on peut constater dans les extraits d'entretiens cités tout au long de ce rapport.

3. Nous verrons plus loin que l'hétérosexisme est une forme de rapport de pouvoir qui impose l'hétérosexualité comme unique norme sociale acceptable, ce qui exclut l'homosexualité. Selon la norme hétérosexiste, l'homosexualité est considérée comme une maladie, une tare, une perversion...

en matière de condition féminine, plus précisément au niveau des actions sectorielles du Programme d'action 2000-2003 : *Suivre la mise en œuvre des politiques et des orientations au regard des différents programmes, services et mesures nécessaires pour répondre aux besoins des femmes en matière de santé et de services sociaux* (SCF 2000 : 97).

En tant que femmes, les lesbiennes doivent faire face à des difficultés sociales particulières, qui se manifestent principalement par une insertion différenciée sur le marché du travail et une plus grande pauvreté. L'*Enquête sociale et de santé 1998* (Enquête Santé Québec) révèle que 21,2 % des femmes sont « pauvres » ou « très pauvres » contre 17,7 % des hommes (Chevalier et Sauvageau 2000 : 83). Au Québec, le taux d'assistance sociale⁴ était en 2000 de 9,6 % (618 896 prestataires), s'établissant à 9,4 % pour les femmes et 8,8 % pour les hommes.

L'*Enquête sociale et de santé 1998* (ISQ 2000) est la première étude probabiliste (c'est-à-dire avec un échantillon au hasard), au Québec, à poser la question de l'orientation sexuelle. Ses résultats confirment l'importance d'accorder une attention particulière à la population homosexuelle, reconnaissant que ces personnes vivent des difficultés spécifiques, liées à leur orientation sexuelle : isolement, idées suicidaires, parasuicides (tentatives de suicide), détresse psychologique. Selon la même enquête, les lesbiennes sont en proportion deux fois plus nombreuses que les femmes hétérosexuelles à être considérées « très pauvres », soit 15,5 % pour les premières contre 6,9 % pour les secondes (Clermont et Lacouture 2000 : 224). Cette étude confirme également que les lesbiennes ont moins recours aux services préventifs : ces dernières risquent donc d'être plus vulnérables à certains problèmes de santé.

Malgré tous ces facteurs de risque, les lesbiennes sont, d'après certains auteurs, la catégorie sociale la moins étudiée au Québec et au Canada (Carroll 1999 ; Chamberland 1999 ; Demczuk 1998). Moins de travaux encore auraient déjà été réalisés au sujet des lesbiennes âgées et de celles issues des minorités ethniques ou racisées (Ryan, Brotman et Rowe 2000). La présente recherche est d'ailleurs, à notre connaissance, la toute première à donner la parole à des lesbiennes de diverses origines, qui rencontrent des barrières sociales supplémentaires en raison de la couleur de leur peau, de la consonance étrangère de leur nom ou de leur langue d'origine, bref à révéler le racisme vécu par ce sous-groupe de femmes au Québec. Nous souhaitons voir ces femmes, tout comme l'ensemble des lesbiennes du Québec, être reconnues comme des citoyennes à part entière.

Outre la volonté de rendre publique la voix de lesbiennes de toutes origines (majoritaire et minoritaires), de tous âges et de différentes régions, la recherche poursuit deux principaux

4. Le taux d'assistance sociale est le rapport entre le nombre de prestataires de l'aide sociale (incluant les enfants à charge) et la population totale des 0-64 ans (ISQ 2001 : 340).

Introduction

objectifs. D'abord, documenter, à partir de la réalité des lesbiennes, les obstacles et barrières qu'elles rencontrent dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé, afin de formuler des recommandations concrètes pour améliorer les services. Aussi, répertorier les expériences développées à ce jour pour rendre les services plus sensibles à la réalité des lesbiennes, afin d'identifier les conditions ayant prévalu à la mise sur pied de ces expériences. Si de tels projets ont déjà été mis de l'avant, il apparaît pertinent de les faire connaître et de les adapter à différents contextes ou, encore, de s'en inspirer pour la conception de nouveaux outils d'intervention ou de sensibilisation.

L'approche et la méthodologie privilégiées, axées sur le vécu et l'histoire de vie des lesbiennes, ont permis d'identifier des facteurs de vulnérabilité de cette population ainsi que des périodes ou moments cruciaux de leur trajectoire de vie qui peuvent avoir un impact sur leur santé, ce qui pourra aider à déterminer les actions et interventions les plus appropriées auprès de ces femmes.

Cette recherche veut éclairer la diversité de la réalité lesbienne et, de ce fait, contrer les mythes et préjugés que rencontrent ces femmes ainsi que la discrimination dont elles sont l'objet. Elle contribuera, nous l'espérons, à renouveler les pratiques et les interventions auprès des lesbiennes. Nous souhaitons qu'elle saura aussi mobiliser la communauté lesbienne autour des enjeux relatifs à la santé et, surtout, conscientiser les décideurs au sujet d'une réalité trop souvent et depuis longtemps ignorée. Afin que ces femmes puissent enfin vivre et « le dire » plus librement, sans impacts négatifs sur leur santé.

