

Conclusion générale

Cette recherche a voulu cerner la réalité des lesbiennes dans toute sa diversité et sa richesse. Nous avons voulu lever le voile sur le vécu de ces femmes « invisibilisées » par des siècles de sexisme, d'hétérosexisme et de lesbophobie, connaître leurs rapports avec les services sociaux et les services de santé ainsi que passer en revue les éventuelles expériences pour rendre les services accessibles aux lesbiennes au Québec.

Un concept peu connu, peu utilisé, « lesbophobie », a été mis de l'avant dans ce rapport afin de rendre compte le plus finement possible du vécu particulier des lesbiennes, souvent confondues aux gais. Les lesbiennes sont femmes et c'est parce que l'analyse différenciée selon le sexe s'applique à la population homosexuelle que la lesbophobie a été distinguée de l'homophobie. L'invisibilité sociale des lesbiennes, fruit de la lesbophobie, est discriminatoire.

- Peu d'efforts consentis jusqu'à présent pour répondre aux besoins des lesbiennes...

Un sondage réalisé dans les 142 CLSC du Québec a démontré que peu d'expériences visant une meilleure accessibilité des lesbiennes aux services ont été réalisées jusqu'à maintenant. Les orientations ministérielles *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles* sont pratiquement inconnues. Des répondants et répondantes de CLSC partagent la croyance qu'un traitement semblable à l'endroit de toutes les catégories d'utilisateurs et d'utilisatrices signifie l'absence de discrimination. Au contraire, traiter pareillement des personnes de statuts sociaux différents ou inégaux équivaut à pratiquer de la discrimination. D'autres considèrent qu'il y a peu ou pas de lesbiennes sur leur territoire. Dans certaines régions, le lesbianisme serait une question tabou. Une priorité accordée au dossier du VIH-SIDA a été constatée, laissant dans l'ombre toute la question de la santé des lesbiennes.

- Être lesbienne au Québec...

Les entretiens avec les lesbiennes ont laissé entrevoir au moins six thèmes ou moments de leur trajectoire de vie, dont le déroulement et le dénouement peuvent influencer leur santé mentale et physique. Nous les reprenons successivement ici dans l'ordre de leur présentation, qui ne correspond pas nécessairement à leur poids ni à leur succession dans la vie de toutes les lesbiennes. Ces moments, étapes ou périodes de leur vie peuvent accroître leur isolement social et mettre leur santé en péril.

Le « *coming out* à soi » constitue un *premier* processus clé dans la vie d'une lesbienne. Si on schématise, malgré la réduction que cette opération impose, nous avons passé en revue trois principales modalités de « *coming out* à soi ». Certaines femmes l'ont vécu sans heurts et expliquent être « nées lesbiennes », sans grande remise en question possible. D'autres, révélant des attirances bisexuelles, ont un jour fait le choix de vivre comme lesbiennes. Pour d'autres, qui se sont révélées plus « tard » dans leur vie, le processus fut plus complexe et ardu, avec un détour plus ou moins éprouvant par le mariage hétérosexuel.

Malgré l'importante diversité des vécus en matière de « *coming out* à soi », se reconnaître comme lesbienne impose dans tous les cas de franchir des barrières culturelles ou religieuses, sinon familiales, certainement sociales, c'est-à-dire imposées par l'hétérosexisme et la lesbophobie. Pour se reconnaître lesbiennes et apprendre à valoriser cette préférence pour les femmes, les lesbiennes doivent contrer les images négatives et les stéréotypes inculqués dès la petite enfance par la famille et l'école (et l'Église pour les plus âgées), ce qui exige une impressionnante force morale. Elles doivent résister à l'intériorisation de la lesbophobie, qu'exacerbent certains facteurs tels des rapports avec une famille lesbophobe, l'absence d'un réseau d'amies pour leur assurer du soutien et le cumul d'expériences négatives de tous ordres (difficultés familiales, discrimination au travail, surtout). Ces trois facteurs de vulnérabilité à la lesbophobie intériorisée rendent plus douloureux le processus de *coming out* de certaines lesbiennes.

À travers ce processus de *coming out*, les lesbiennes doivent combattre l'hétérosexisme et la lesbophobie dont s'imprègnent leurs rapports avec leur famille, leurs camarades et le personnel enseignant, ou le personnel des services sociaux et des services de santé. La famille peut constituer un réseau d'aide important et jouer un rôle primordial dans le développement d'une bonne estime de soi. Rares sont les lesbiennes du groupe étudié qui bénéficient de cet avantage. Le *coming out* à la famille représente pour cette raison un *deuxième* moment critique dans la trajectoire de vie des lesbiennes. Le dire à sa famille semble, dans plusieurs cas, marquer le début d'une période de tensions entre l'anticipation du rejet ou de l'acceptation, un processus plus ou moins long, non linéaire, marqué souvent par un déni, et qui n'aboutit pas toujours à l'acceptation. Les entretiens ont révélé que « le dire » à sa mère recelait des significations particulières, en raison peut-être des relations mère-fille souvent plus étroites - mais aussi parfois plus conflictuelles. Le lesbianisme peut aussi apparaître pour la mère comme une remise en cause du modèle de femme proposé, en plus de venir briser les rêves qu'elle avait nourris pour sa fille.

Les expériences discriminatoires vécues à l'école et au travail constituent un *troisième* ensemble de moments déterminants dans la trajectoire de vie des lesbiennes. Qu'il s'agisse de remarques, comportements ou harcèlement lesbophobes vécus à l'école ou au travail, les

Conclusion générale

séquelles de ces expériences se répercutent parfois dans toute la vie et pour longtemps. Dans le contexte où les femmes sont particulièrement touchées par des conditions de travail nuisibles à leur santé mentale en raison, notamment, d'une organisation du travail déficiente, d'une demande psychologique élevée ainsi que d'un plus haut taux de violence physique et psychologique, le travail représente un milieu à haut risque pour les lesbiennes. Une grande majorité des lesbiennes s'abstiennent de « le dire » au travail, pour éviter la lesbophobie. Néanmoins, de simples *souçons* peuvent alimenter l'expression de préjugés et de harcèlement lesbophobes. En ce qui concerne les lesbiennes des minorités visibles, prime le racisme, sous la forme de discrimination et de harcèlement au travail, ce qui représente un cumul de risques pour la santé des plus imposants.

Nous avons évoqué le fait qu'une « famille d'origine » lesbophobe représentait un facteur de vulnérabilité à l'intériorisation de la lesbophobie pour les lesbiennes. Ces familles activement lesbophobes, nuisibles à la santé des lesbiennes par leurs actes et leurs paroles, conduisent à un plus grand isolement de ces femmes. C'est pourquoi les lesbiennes cherchent à se « choisir » une famille, c'est-à-dire à se constituer un réseau d'amitiés profondes avec des femmes. La formation d'un réseau d'amitiés profondes représente un *quatrième* élément clé de la santé des lesbiennes. Certaines ont réussi à former un tel réseau d'entraide et de soutien solide avec des amies lesbiennes, pour combler les lacunes de leur réseau familial. D'autres femmes, surtout des jeunes et des membres des minorités racisées, affichent des réseaux plus diversifiés en termes de sexe, d'orientation sexuelle et d'origines ethniques ou nationales.

Une telle différence entre, d'une part, les sous-groupes des jeunes et des minorités « audibles » et « visibles » et, d'autre part, les autres répondantes est apparue au niveau des rapports avec la communauté lesbienne. Alors que pour plusieurs, la communauté remplit un rôle essentiel de soutien social, certaines affirment peu s'y reconnaître. Bien que toutes s'entendent pour dire que la communauté est diversifiée, ce qui contribue à sa richesse, certaines s'y sentent sinon exclues, du moins isolées. C'est le cas pour celles qui ont été mariées, celles qui ne fréquentent pas les lieux reconnus pour leur clientèle lesbienne, celles qui ont intériorisé beaucoup de lesbophobie, de même que certaines autres de différents âges et origines. Celles appartenant aux minorités dites visibles affronteraient ni plus ni moins de racisme dans la communauté lesbienne que dans la société dans son ensemble. Cela permet d'affirmer que ces dernières doivent faire face à un plus grand nombre de situations de discrimination au cours de leur vie, ce qui représente des risques accrus pour leur santé.

Si le fait de vivre en couple est considéré comme un déterminant de la santé, il l'est davantage pour un groupe minoritaire tel que les lesbiennes, affectées par l'isolement social. Il s'agit d'un *cinquième* aspect fondamental de la trajectoire de vie des lesbiennes. Certaines particularités du couple lesbien sont de nature à affecter la santé de ces femmes. L'invisibilité et la taille

réduite de la communauté lesbienne limitent les possibilités de rencontrer l'âme sœur. La lesbophobie intériorisée de l'une ou l'autre des partenaires peut engendrer des difficultés de couple. Des liens de dépendance accrus peuvent aussi apparaître, vu une certaine tendance à la fusion, qu'exacerbe la non-reconnaissance sociale du couple. Enfin, le couple lesbien se distingue du couple hétérosexuel par un certain tabou, déni ou non-reconnaissance de la violence, une violence pourtant tout aussi destructrice de la personne.

Le *sixième* et dernier événement clé de la trajectoire de vie des lesbiennes concerne la migration, qui fut abordée dans la section sur l'isolement social des lesbiennes comme barrière à l'accès aux services sociaux et aux services de santé. En effet, la migration peut marquer le début d'un isolement social accru, tout comme il peut aussi représenter une libération, pour celles qui ont fui un milieu lesbophobe.

Nous avons également noté, pour terminer cette partie discutant du rapport à soi et avec les autres des lesbiennes participantes à l'étude, que les lesbiennes se sentaient à l'aise à Montréal mais qu'elles n'en évitaient pas moins de s'afficher en public. Enfin, nous avons évoqué l'importante implication des répondantes dans des activités communautaires, qui est apparue pour plusieurs comme une stratégie pour briser l'isolement.

- *Pour vivre en santé...*

Avant de détailler leurs besoins et les barrières rencontrées dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé, le rapport des lesbiennes avec le système de santé et leur état de santé ont été questionnés. La recherche a révélé, à l'instar d'autres études états-uniennes et canadiennes, que les lesbiennes démontraient une certaine résistance à consulter les services médicaux. Pourtant, plusieurs sont apparues préoccupées de leur santé, ce qu'indiquent notamment leur quête d'informations sur la santé des femmes et leur approche auto-santé. Plusieurs répondantes ont fait connaître leurs critiques de l'approche de soins et du modèle dominant. Ces critiques rencontrent celles que formulent les féministes : un système davantage centré sur les maladies que sur les personnes et la prévention, une approche déshumanisante et curative, caractérisée par le manque d'écoute et la prise de médicaments aux effets secondaires plus ou moins importants.

Concernant leur état de santé physique et mentale, les informations recueillies ont révélé certains impacts des barrières à l'accès aux services sociaux et aux services de santé. Plus du tiers des répondantes n'auraient jamais passé de « test pap », ce qui correspond à une tendance forte notée dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Cependant, l'ensemble de celles en âge de passer une mammographie de dépistage du cancer du sein l'aurait fait, ce qui dénote une préoccupation de nos répondantes en cette matière. Au niveau de la santé mentale, nous avons

Conclusion générale

examiné certains aspects révélateurs d'une faible estime de soi, tels que les troubles alimentaires, les toxicomanies, la dépression et les tentatives de suicide. Pour chacune de ces questions, les lesbiennes ont affiché une vulnérabilité importante. Le nombre de dépressions et de tentatives de suicide, entre autres, est préoccupant.

Les lesbiennes ont-elles des besoins spécifiques en matière de services sociaux et de services de santé ? Leurs besoins sont en général ceux de toutes les femmes mais à ceux-ci s'ajoutent des besoins particuliers (en santé sexuelle par exemple). À travers leurs récits, les lesbiennes ont exprimé le besoin fondamental d'être respectées, écoutées et informées adéquatement sur leur santé. Des services non lesbophobes, qui permettent le dévoilement de son orientation sexuelle en toute sécurité, sont attendus. Plusieurs souhaiteraient l'accès à une médecine intégrant les approches conventionnelle et complémentaires.

Cinq types de barrières ont permis d'analyser le vécu d'« invisibilisation » et de lesbophobie des lesbiennes dans leurs rapports avec les services sociaux et les services de santé :

Discrimination hétérosexiste et lesbophobe

Elle se manifeste, d'emblée, par une forte présomption d'hétérosexualité à l'accueil et dans les formulaires : jamais la question de l'orientation sexuelle n'est posée puisque « être une femme » signifie « être hétérosexuelle ». Cette présomption d'hétérosexualité est discriminatoire et affecte également la relation des lesbiennes avec les professionnelles et professionnels de la santé. La discrimination et les préjugés lesbophobes se manifestent également par des attitudes de rejet, de déni ou de manque de respect, par des paroles parfois offensantes, jusqu'au refus de prodiguer des soins dans certains cas.

Ignorance et manque de compétence des professionnelles et professionnels de la santé

Ils s'expliquent en partie par l'invisibilité des lesbiennes et la lesbophobie. Ils empêchent les lesbiennes d'avoir accès à des informations pertinentes sur leur sexualité (protection des MTS, par exemple) et à des soins appropriés en santé mentale.

Lesbophobie et hétérosexisme intériorisés

On parle de lesbophobie et d'hétérosexisme intériorisés lorsqu'une lesbienne appréhende des attitudes négatives si elle dévoile son orientation sexuelle. Ces anticipations de discrimination se nourrissent autant du vécu personnel que de la discrimination collective, c'est-à-dire celle dirigée contre les lesbiennes comme groupe social minoritaire. Elle conduit à des anticipations de discrimination qui peuvent nuire à la relation thérapeutique et conduire à l'évitement des services sociaux et des services de santé.

Pauvreté

Les femmes, et davantage encore les lesbiennes, figurent parmi les populations les plus démunies au Québec. À cette pauvreté économique, lourde de rapports quotidiens inégalitaires et discriminatoires, s'ajoute une pauvreté des réseaux sociaux. Les lesbiennes n'ont bien souvent pas les moyens financiers de choisir l'approche thérapeutique souhaitée (acupuncture, homéopathie, par exemple). Certaines d'entre elles sont même prêtes à s'endetter pour accéder à la médecine complémentaire. D'autres sont contraintes de consulter en psychiatrie (frais couverts par la RAMQ) alors qu'elles auraient souhaité être référées en psychologie.

Isolement social

Les lesbiennes sont socialement plus isolées que les gais. Moins de ressources et de services s'offrent à elles. C'est un facteur de fragilisation qui peut mener à l'évitement des services sociaux et des services de santé et à des difficultés émotives.

Pour surmonter ces barrières, les répondantes utilisent plusieurs stratégies. Certaines sont des stratégies de protection (défensives), d'autres sont des stratégies de contournement (de l'obstacle) et certaines autres sont des stratégies de « visibilité » (plus offensives). La première façon de se protéger de la discrimination et du rejet, que ce soit pour garder son emploi ou s'assurer le respect des professionnels et professionnelles de la santé, quand un stigmat est *invisible*, est de garder le silence. Les lesbiennes, avant de révéler leur orientation sexuelle, cherchent souvent des signes d'ouverture chez la personne en face d'elles. Particulièrement dans les régions, le déni s'apparente à une stratégie d'adaptation face à la lesbophobie et à l'hétérosexisme ambiants. Silence et déni sont toutefois des stratégies de survie contre la discrimination lesbophobe qui peuvent entretenir l'invisibilité sociale et impliquer des effets néfastes sur la santé.

Ces cinq types de barrières concernent l'ensemble des lesbiennes. Des particularités pour certains sous-groupes sont apparues. Pour les lesbiennes des régions, le manque d'anonymat dans les services, le manque de ressources ainsi que l'invisibilité et l'isolement accrus imposent un stress de tous les instants. Les jeunes, quant à elles, soulignent l'isolement et la lesbophobie vécus au secondaire, en particulier. Des interventions inappropriées, propres à nuire au déroulement harmonieux de leur *coming out* et à leur santé mentale, ont été signalées. Pour ce qui est des lesbiennes âgées, une majorité ont passé leur vie entière en marge de la société, à garder le silence, à vivre les discriminations, à devoir composer avec la lesbophobie et l'hétérosexisme de la société, à des époques où l'homosexualité était un *crime*, un *péché*, une *maladie*... Ces lesbiennes s'inquiètent du sort qui leur sera réservé dans les centres d'accueil et les centres de soins de longue durée, dans des établissements où l'existence de discrimination lesbophobe a été documentée. En ce qui concerne les lesbiennes des minorités « visibles », elles ont encore moins tendance à consulter les services sociaux et les services de santé que les

Conclusion générale

autres lesbiennes, en raison d'une barrière linguistique et du racisme. Elles sont également plus pauvres.

- Pour le dire...

L'analyse des rapports sociaux révélés par l'examen de la trajectoire de vie des lesbiennes et des barrières qu'elles rencontrent dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé a montré les impacts importants de la lesbophobie sur la santé des lesbiennes. Plusieurs mythes et préjugés ont été battus en brèche. Les lesbiennes constituent un groupe social d'une très grande hétérogénéité, mise en évidence par l'analyse. Il est faux de préjuger que les lesbiennes ne se préoccupent pas de leur santé, parce qu'elles consultent peu, sinon pas du tout, les services de santé. Les lesbiennes évitent les services lesbophobes, qui présument d'emblée de leur hétérosexualité, elles évitent précisément ces rencontres éprouvantes, nuisibles pour leur santé. Il est urgent que tous les niveaux décisionnels et institutionnels prennent conscience du fait que les lesbiennes sont un groupe minoritaire. Les « traiter comme tout le monde », comme l'affirmait une répondante d'un CLSC, engendre des effets discriminatoires graves pour leur santé physique et psychologique. **La présomption d'hétérosexualité à l'accueil, dans les formulaires et dans les relations thérapeutiques doit absolument être éliminée des pratiques dans les services sociaux et les services de santé.**

Enfin, ce rapport montre que même si la Loi sur l'union civile représente un progrès des plus appréciés, la loi n'est pas une panacée. Il est impératif que la société québécoise adapte ses services à cette loi des plus progressistes. La loi doit être appuyée par des mesures concrètes pour lui donner vie et opérer un changement graduel des mentalités. Pour la santé des lesbiennes.

Pour le dire... et pour le vivre.

Recommandations du Comité consultatif

Compte tenu des barrières discutées dans ce rapport, les réunions de travail avec le comité ont permis de formuler des recommandations qui visent à *rendre accessibles* les services sociaux et services de santé à l'ensemble des lesbiennes. Pour ce faire, il faut en appeler à la *responsabilité* des décideurs de tous les niveaux politiques et institutionnels : gouvernements fédéral et provincial, ministères, institutions du secteur de la santé et des services sociaux, ordres professionnels, organismes communautaires, communautés gaie et lesbienne. Nous croyons que tous les niveaux décisionnels, à commencer par les gouvernements fédéral et provincial doivent être interpellés pour faire face à la *pauvreté* qui affecte les lesbiennes de façon disproportionnée. Plusieurs études prouvent que l'amélioration de la santé passe par une diminution de la pauvreté. Que les gouvernements s'attaquent à ce fléau social constitue la première de nos recommandations. Les recommandations suivantes ciblent l'ensemble des barrières discutées dans ce rapport, à commencer par la lesbophobie, une discrimination qui érige toutes les autres barrières.

1. Afin de contrer la discrimination lesbophobe à l'échelle de la société dans son ensemble :

- ◆ Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devrait lancer une campagne de sensibilisation sur l'homosexualité, sans oublier les lesbiennes, à la grandeur du Québec ;
- ◆ Le ministère de l'Éducation (MEQ) devrait lancer une campagne dans les écoles pour les jeunes lesbiennes, qui permette de les « visibiliser » : distribuer des affiches, des dépliants, par exemple.

2. Afin de contrer la discrimination lesbophobe et « l'invisibilisation » des lesbiennes dans le Réseau des services sociaux et des services de santé :

- ◆ Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devrait concevoir des programmes spécifiques pour rejoindre la clientèle lesbienne qui, en raison de la lesbophobie, de la pauvreté et de l'isolement social, est plus à risque de vivre des problèmes de santé mentale (toxicomanies, dépression).
- ◆ Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devrait réaliser des affiches et des dépliants, qui soient visibles et disponibles dans toutes les cliniques médicales, hôpitaux et CLSC.

3. Afin de contrer la discrimination lesbophobe et éviter la séparation des couples de lesbiennes immigrantes :
- ◆ Le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI) devrait encourager les couples de lesbiennes à déposer leur demande d'immigration à titre de « conjointes de fait » et non séparément (catégorie des « immigrants indépendants »), en diffusant l'information et la rendant claire, visible et explicite dans le site Internet du Ministère et les autres documents d'information.
 - ◆ Le MRCI devrait former son personnel afin que ne soit pas présumée l'hétérosexualité d'une femme, pour faciliter les demandes d'immigration indépendante à titre de « conjointes de fait ».
4. Afin de sensibiliser et d'informer le personnel professionnel du Réseau de la santé et de faciliter le *coming out* des lesbiennes dans un environnement sécuritaire :
- ◆ Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devrait assurer les actions suivantes, ou financer des organismes pour mener à bien ces actions, auprès des dispensateurs de services (CLSC, cliniques, hôpitaux...) :
 - modifier les différents formulaires pour tenir compte de l'orientation sexuelle ;
 - poursuivre les formations, présentement dispensées sur demande seulement à travers tout le Québec, et les rendre obligatoires ;
 - mettre sur pied un centre où serait regroupée toute l'information disponible au sujet de la santé des lesbiennes et qui offrirait des services de soutien aux lesbiennes pour briser l'isolement ;
 - concevoir un site Internet et des outils d'aide destinés aux médecins et thérapeutes ;
 - ◆ Les ordres professionnels (psychologues, médecins, infirmières, etc.) devraient adopter des lignes directrices en matière d'intervention auprès des lesbiennes.
5. Afin de sensibiliser et informer les futurs praticiens et praticiennes de la santé, le ministère de l'Éducation devrait réviser, en collaboration avec le MSSS et les autres ministères, des programmes de formation technique, professionnelle et universitaire :
- ◆ Inscrire la santé des lesbiennes dans les programmes techniques et professionnels dans le domaine de la santé et des services sociaux.

**6. Afin de sensibiliser et d'informer
le personnel des organismes communautaires :**

- ◆ Le gouvernement devrait financer adéquatement les organismes communautaires (groupes de femmes, maisons d'hébergement...) pour assurer la formation de leur personnel sur la réalité des lesbiennes.

En définitive, le gouvernement du Québec devrait :

- ◆ assurer le financement des organismes qui travaillent déjà sur le terrain avec et pour les lesbiennes ;
- ◆ promouvoir les initiatives existantes ;
- ◆ appliquer les orientations ministérielles ;
- ◆ adapter les services à la *Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation* ;
- ◆ financer des recherches sur la santé (notamment la santé mentale), les besoins et le vécu des lesbiennes, ainsi que l'intervention auprès de cette population.

Annexe I – Tableaux

Tableau 1 – Entrevues de groupe à Montréal : distribution des participantes selon l'âge et le statut socio-ethnique (N = 16)					
Âge/Statut	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Majoritaire (Canadienne-française)	1	4	2	1	8
Minorité « audible »	0	4	0	0	4
Minorité « visible »	1	2	1	0	4
TOTAL	2	10	3	1	16

Tableau 2 – Entrevues de groupe : distribution des participantes selon l'âge et la région (N = 33)					
Âge/Région	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Bas-Saint-Laurent	3	1	5	0	9
Centre-du-Québec	3	2	2	1	8
Montréal	2	10	3	1	16
TOTAL	8	13	10	2	33

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

Tableau 3 – Distribution des 142 CLSC à la suite du premier contact téléphonique, par région* (étape 1)

Région du Québec	Aucune adaptation (%)	Envoi du questionnaire (%)	Nombre total CLSC
01 Bas-Saint-Laurent	7 (88 %)	1 (12 %)	8
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	3 (50 %)	3 (50 %)	6
03 Québec (Capitale-Nationale)	3 (38 %)	5 (62 %)	8
04 Mauricie–Centre-du-Québec	6 (55 %)	5 (45 %)	11
05 Estrie	4 (57 %)	3 (43 %)	7
06 Montréal	23 (79 %)	6 (21 %)	29
07 Outaouais	6 (75 %)	2 (25 %)	8
08 Abitibi-Témiscamingue	2 (33 %)	4 (66 %)	6
09 Côte-Nord	7 (100 %)	0	7
10 Nord-du-Québec	1 (100 %)	0	1
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2 (33 %)	4 (66 %)	6
12 Chaudière-Appalaches	7 (64 %)	4 (36 %)	11
13 Laval	3 (75 %)	1 (25 %)	4
14 Lanaudière	3 (50 %)	3 (50 %)	6
15 Laurentides	5 (71 %)	2 (29 %)	7
16 Montérégie	14 (82 %)	3 (18 %)	17
TOTAL	96 (68 %)	46 (32 %)	142 (100 %)

*N.B. : Les régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne comptent aucun CLSC.

Tableau 4 – Distribution des 46 CLSC ayant complété le questionnaire, par région* (étape 2)

Région du Québec	Formations MSSS	Autres mesures	Aucune adaptation	Nombre total CLSC
01 Bas-Saint-Laurent	0	1	0	1
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	2	0	1	3
03 Québec (Capitale-Nationale)	3	0	2	5
04 Mauricie–Centre-du-Québec	4	1	0	5
05 Estrie	2	0	1	3
06 Montréal	1	1	4	6
07 Outaouais	0	1	1	2
08 Abitibi-Témiscamingue	2	0	2	4
09 Côte-Nord	0	0	0	0
10 Nord-du-Québec	0	0	0	0
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2	0	2	4
12 Chaudière-Appalaches	3	0	1	4
13 Laval	0	0	1	1
14 Lanaudière	2	0	1	3
15 Laurentides	0	0	2	2
16 Montérégie	3	0	0	3
TOTAL	24 (52 %)	4 (9 %)	18 (39 %)	46 (100 %)

*N.B. : Les régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne comptent aucun CLSC.

Annexe I — Tableaux

Tableau 5 – Distribution des 142 CLSC à la FIN du sondage, par région*

Région du Québec	Aucune adaptation (%)		Mesures d'adaptation (%)		Nombre total CLSC
01 Bas-Saint-Laurent	7	(88 %)	1	(12 %)	8
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	4	(66 %)	2	(33 %)	6
03 Québec (Capitale-Nationale)	5	(63 %)	3	(37 %)	8
04 Mauricie–Centre-du-Québec	6	(55 %)	5	(45 %)	11
05 Estrie	5	(71 %)	2	(29 %)	7
06 Montréal	27	(93 %)	2	(7 %)	29
07 Outaouais	7	(88 %)	1	(12 %)	8
08 Abitibi-Témiscamingue	4	(66 %)	2	(33 %)	6
09 Côte-Nord	7	(100 %)	0		7
10 Nord-du-Québec	1	(100 %)	0		1
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	4	(66 %)	2	(33 %)	6
12 Chaudière-Appalaches	8	(73 %)	3	(27 %)	11
13 Laval	4	(100 %)	0		4
14 Lanaudière	4	(66 %)	2	(33 %)	6
15 Laurentides	7	(100 %)	0		7
16 Montérégie	14	(82 %)	3	(18 %)	17
TOTAL	114	(80 %)	28	(20 %)	142 (100 %)

*N.B. : Les régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne comptent aucun CLSC.

Tableau 6 – Distribution des participants et participantes par lieu de travail, 1997-2000
Formation 1 : Pour une nouvelle vision de l'homosexualité

Région du Québec	CH	CLSC	CR	CRT	CD/ Police	CJ	Milieu scol.	Org. comm.	Pratique privée	RR	N/R	TOTAL
01 BSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02 Sag.-Lac-Saint-Jean	1	30	1	3	1	6	9	29	0	1	4	85
03 Québec	0	41	0	0	6	5	40	128	0	15	10	245
04 Maur.-CdQ	10	50	0	2	6	28	16	105	4	6	22	249
05 Estrie	1	47	0	0	24	5	26	76	4	3	4	190
06 Montréal	11	87	1	1	0	13	50	20	3	1	3	190
07 Outaouais	0	22	0	0	0	8	0	1	0	1	0	32
08 Abitibi-Témiscamingue	1	11	0	0	0	0	6	14	0	0	22	54
09 Côte-Nord	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 Nord-du-Québec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 Gasp.- Îles Madeleine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 Chaud.-Appalaches	15	228	0	9	38	35	215	150	28	43	61	822
13 Laval	0	0	0	0	0	0	0	17	0	5	0	22
14 Lanaudière	0	18	0	0	0	2	36	10	1	2	1	70
15 Laurentides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 Montérégie	0	45	0	0	2	4	41	13	0	2	20	127
17 Nunavik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 TCBJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	39	579	2	15	77	106	439	563	40	79	147	2 086

Source : MSSS

Légende CH : Centre hospitalier CR : Centre de réadaptation CRT : Centre de réadaptation en toxicomanie
 CD/police : Centre de détention/milieu policier CJ : Centre jeunesse RR : Régie régionale
 N/R : Non-réponse

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

Tableau 7 – Distribution des participants et participantes par lieu de travail, 1997-2000
Formation 2 : Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles

Région du Québec	CH	CLSC	CR	CRT	CD/ Police	CJ	Milieu scol.	Org. comm.	Pratique privée	RR	N/R	TOTAL
01 BSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02 Sag.-Lac-Saint-Jean	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03 Québec	1	55	0	0	6	9	24	97	1	0	2	195
04 Maur.-CdQ	24	57	0	2	10	9	18	101	3	9	34	267
05 Estrie	2	19	0	0	0	0	7	21	5	0	2	56
06 Montréal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
07 Outaouais	2	12	0	0	0	6	0	2	0	1	0	23
08 Abitibi-Témiscamingue	1	14	0	1	0	0	13	57	0	2	20	108
09 Côte-Nord	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 Nord-du-Québec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 Gasp.- Îles Madeleine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 Chaud.-Appalaches	5	96	0	3	4	48	71	102	19	3	19	370
13 Laval	0	10	0	0	0	0	1	14	0	0	0	25
14 Lanaudière	0	0	0	0	0	0	14	2	0	2	0	18
15 Laurentides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 Montérégie	0	16	0	0	0	0	4	17	0	0	15	52
17 Nunavik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 TCBJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	35	279	0	6	20	72	152	413	28	17	92	1 114

Légende CH : Centre hospitalier CR : Centre de réadaptation CRT : Centre de réadaptation en toxicomanie
 CD/police : Centre de détention/milieu policier CJ : Centre jeunesse RR : Régie régionale N/R : Non-réponse

Tableau 8 – Distribution des participants et participantes par profession, 1997-2000
Formation 1 : Pour une nouvelle vision de l'homosexualité

Région du Québec	Ensei- gnant	Infir- mier	Inter- venant	Interv. toxico.	Médecin	Policier	Psycho- logue	TS	N/R	TOTAL
01 BSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	1	20	27	11	0	0	2	7	17	0
03 Québec (Capitale-Nationale)	1	11	104	19	1	0	13	18	78	245
04 Maur.-Centre-du-Québec	5	38	99	0	0	0	8	26	71	247
05 Estrie	6	20	73	0	1	0	7	11	68	186
06 Montréal	0	38	45	0	0	0	6	35	66	190
07 Outaouais	0	13	13	0	4	0	0	2	0	32
08 Abitibi-Témiscamingue	3	11	25	0	0	0	5	2	8	54
09 Côte-Nord	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 Nord-du-Québec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 Gasp.- Îles-de-la-Madeleine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 Chaudière-Appalaches	102	71	172	7	25	30	82	68	247	804
13 Laval	0	3	11	0	1	0	0	0	7	22
14 Lanaudière	19	17	17	0	2	1	3	4	9	72
15 Laurentides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 Montérégie	26	35	47	0	2	1	3	8	15	137
17 Nunavik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 TCBJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	163	277	633	39	35	31	129	181	586	2 074

Source : MSSS

Annexe I — Tableaux

Tableau 9 – Distribution des participants et participantes par profession, 1997-2000
Formation 2 : Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles

Région du Québec	Enseignant	Infirmier	Intervenant	Interv. toxico.	Médecin	Policiers	Psychologue	TS	N/R	TOTAL
01 BSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03 Québec (Capitale-Nationale)	0	15	100	2	2	7	11	23	33	195
04 Maur.–Centre-du-Québec	7	48	115	2	4	0	7	5	79	267
05 Estrie	0	9	22	0	0	0	6	6	12	55
06 Montréal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
07 Outaouais	0	8	7	0	1	0	2	1	4	23
08 Abitibi-Témiscamingue	3	6	15	1	0	0	4	4	75	108
09 Côte-Nord	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 Nord-du-Québec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 Gasp.– Îles-de-la-Madeleine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 Chaudière-Appalaches	39	28	122	8	16	0	31	40	89	373
13 Laval	0	7	8	0	0	0	0	3	7	25
14 Lanaudière	7	1	8	0	2	0	2	0	0	18
15 Laurentides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 Montérégie	0	11	31	1	1	0	1	2	6	53
17 Nunavik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 TCBJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	56	133	428	14	28	7	62	84	305	1 117

Source : MSSS

Tableau 10 – Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) :
Répartition des dossiers de plainte ouverts en vertu du motif « orientation sexuelle »
par secteur d'atteinte aux droits et par sexe, entre 1997 et 2001 inclusivement

Secteur/Sexe	Travail % hommes vs % femmes	Logement % hommes vs % femmes	Actes juridiques biens et services % hommes vs % femmes	Accès aux transports, lieux publics % hommes vs % femmes	Total
Hommes	54 (73 %)	15 (78 %)	41 (67 %)	6 (60 %)	116 (71 %)
Femmes	20 (27 %)	4 (22 %)	20 (33 %)	4 (40 %)	48 (29 %)
Total	74	19	61	10	164
% du secteur	45 %	11 %	38 %	6 %	100 %

Source : CDPDJ (données non publiées)

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

Tableau 11 – Distribution de l'ensemble des répondantes selon l'âge et le statut socio-ethnique (N = 53)

Âge/Statut	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Majoritaire (Canadienne-française)	11	9	15	3	38
Minorité « audible »	0	6	1	0	7
Minorité « visible »	3	4	1	0	8
TOTAL	14	19	17	3	53

N.B. : Les six personnes de Montréal rencontrées à la fois en entrevue de groupe et en entretien individuel ont été comptabilisées une seule fois.

Tableau 12 – Régions : distribution des répondantes selon l'âge et le statut socio-ethnique (N = 17)

Âge/Région	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Majoritaire (Canadienne-française)	6	3	7	1	17
Minorité « audible »	0	0	0	0	0
Minorité « visible »	0	0	0	0	0
TOTAL	6	3	7	1	17

Tableau 13 – Montréal : distribution des répondantes selon l'âge et le statut socio-ethnique (N = 36)

Âge/Statut	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Majoritaire (Canadienne-française)	5	6	8	2	21
Minorité « audible »	0	6	1	0	7
Minorité « visible »	3	4	1	0	8
TOTAL	8	16	10	2	36

N.B. : Les six personnes rencontrées à la fois en entrevue de groupe et en entretien individuel ont été comptabilisées une seule fois.

Annexe I — Tableaux

Tableau 14 – Distribution des répondantes selon la région et l'âge (N = 53)				
Âge/Région	Centre-du-Québec	Bas-Saint-Laurent	Montréal	TOTAL
18-29 ans	3	3	8	14
30-44 ans	2	1	16	19
45-59 ans	2	5	10	17
60 ans +	1	0	2	3
TOTAL	8	9	36	53

Tableau 15 – Distribution de l'ensemble des répondantes selon l'âge et le niveau de scolarité complété (N = 53)					
Âge/Scolarité	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Primaire	0	0	1	0	1
Secondaire	4	1	4	1	10
Collégial	5	6	5	1	17
Universitaire 1^{er} cycle	5	7	5	0	17
Universitaire 2^e et 3^e cycles	0	5	2	1	8
TOTAL	14	19	17	3	53

Tableau 16 – Montréal : distribution des répondantes selon l'âge et le niveau de scolarité complété (N = 36)					
Âge/Scolarité	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Secondaire	2	0	2	1	5
Collégial	1	5	4	0	10
Universitaire 1^{er} cycle	5	7	3	0	15
Universitaire 2^e et 3^e cycles	0	4	1	1	6
TOTAL	8	16	10	2	36

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

Tableau 17 – Régions : distribution des répondantes selon l'âge et le niveau de scolarité complété (N = 17)

Âge/Scolarité	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Primaire	0	0	1	0	1
Secondaire	2	1	2	0	5
Collégial	4	1	1	1	7
Universitaire 1 ^{er} cycle	0	0	2	0	2
Universitaire 2 ^e et 3 ^e cycles	0	1	1	0	2
TOTAL	6	3	7	1	17

Tableau 18 – Distribution des répondantes selon la région et le niveau de scolarité complété (N = 53)

Région/ Scolarité	Centre-du-Québec	Bas-Saint-Laurent	Montréal	TOTAL
Primaire	1	0	0	1
Secondaire	2	3	5	10
Collégial	4	3	10	17
Universitaire 1 ^{er} cycle	0	2	15	17
Universitaire 2 ^e et 3 ^e cycles	1	1	6	8
TOTAL	8	9	36	53

Tableau 19 – Distribution des répondantes selon l'occupation et le revenu (N = 53)					
Occupation/ Revenu	Études	Emploi temps plein/ temps partiel	Sans emploi	Retraitées	TOTAL
Moins de 20 000 \$	8	10	6	3	27
Entre 20 000 et 40 000 \$	0	10	2	5	17
Plus de 40 000 \$	0	8	0	0	8
TOTAL	8	(29)*	8	8	(53)*
<i>*N.B. : Une répondante travailleuse à temps plein n'a pas indiqué son revenu.</i>					

Tableau 20 – Montréal : distribution des répondantes selon l'occupation et le revenu (N = 36)					
Occupation/ Revenu	Études	Emploi temps plein/ temps partiel	Sans emploi	Retraitées	TOTAL
Moins de 20 000 \$	4	5	5	3	17
Entre 20 000 et 40 000 \$	0	9	2	3	14
Plus de 40 000 \$	0	5	0	0	5
TOTAL	4	19	7	6	36

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

Tableau 21 – Régions : distribution des répondantes selon l'occupation et le revenu (N = 17)					
Occupation/ Revenu	Études	Emploi temps plein/ temps partiel	Sans emploi	Retraitées	TOTAL
Moins de 20 000 \$	4	5	1	0	10
Entre 20 000 et 40 000 \$	0	1	0	2	3
Plus de 40 000 \$	0	3	0	0	3
TOTAL	4	(10)*	1	2	(17)*
<i>*N.B. : Une répondante travailleuse à temps plein n'a pas indiqué son revenu.</i>					

Tableau 22 – Montréal : distribution des répondantes selon l'occupation et le revenu (N = 53)				
Région/ Occupation	Centre-du- Québec	Bas-Saint- Laurent	Montréal	TOTAL
Études	2	2	4	8
Emploi temps plein/ temps partiel	5	5	19	29
Sans emploi	0	1	7	8
Retraitée	1	1	6	8
TOTAL	8	9	36	53

Annexe I — Tableaux

Tableau 23 – Distribution des répondantes selon la région et le revenu (N = 52)*

Région/ Revenu	Centre-du Québec	Bas-Saint- Laurent	Montréal	TOTAL
Moins de 20 000 \$	4	6	17	27
Entre 20 000 et 40 000 \$	2	1	14	17
Plus de 40 000 \$	2	1	5	8
TOTAL	8	8*	36	52*

**N.B. : Une répondante n'a pas indiqué son revenu.*

Tableau 24 – Entretiens individuels à Montréal et 17 des 27 autres participantes (N = 43) : distribution des répondantes selon l'âge et le vécu hétérosexuel passé N/R : 10/53

Âge/Vécu hétérosexuel	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Aucun vécu hétérosexuel	5	3	5	0	13
Union de fait	0	3	1	0	4
Mariée	1	2	6	1	10
Relation « sérieuse »	0	2	0	0	2
Relation passagère	5	7*	2*	2	16
TOTAL	11	17	14	3	(45)

**N.B. : Une répondante de chacun des groupes d'âge a connu une ou des relations hétérosexuelles passagères et a aussi été mariée, ce qui explique le total de 45 plutôt que de 43.*

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

Tableau 25 – Distribution de l'ensemble des répondantes selon l'âge et la situation de vie (N = 53)

Âge/Situation de vie	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Seule sans enfant	9	8	7	2*	26
Union de fait sans enfant	5	4	7	1	17
Seule avec enfant(s)	0	0	1	0	1
Union de fait avec enfant(s)	0	7	2	0	9
TOTAL	14	19	17	3	53

**N.B. : Une répondante a un enfant autonome, ne résidant pas avec elle.*

Tableau 26 – Distribution de l'ensemble des répondantes selon la région et la situation de vie (N = 53)

Région/Situation de vie	Centre-du-Québec	Bas-Saint-Laurent	Montréal	TOTAL
Seule sans enfant	4	5	17*	26
Union de fait sans enfant	2	4	11	17
Seule avec enfant(s)	0	0	1	1
Union de fait avec enfant(s)	2	0	7	9
TOTAL	8	9	36	53

**N.B. : Une femme seule a un enfant adulte, ne résidant pas avec elle.*

Annexe I — Tableaux

Tableau 27 – Montréal : distribution des répondantes selon l'âge et la situation de vie (N = 36)

Âge/Situation de vie	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Seule sans enfant	5	7	3	2*	17
Union de fait sans enfant	3	3	5	0	11
Seule avec enfant(s)	0	0	1	0	1
Union de fait avec enfant(s)	0	6	1	0	7
TOTAL	8	16	10	2	36

**N.B. : Une femme seule a un enfant adulte, ne résidant pas avec elle.*

Tableau 28 – Régions : distribution des répondantes selon l'âge et la situation de vie (N = 17)

Âge/Situation de vie	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Seule sans enfant	4	1	4	0	9
Union de fait sans enfant	2	1	2	1	6
Seule avec enfant(s)	0	0	0	0	0
Union de fait avec enfant(s)	0	1	1	0	2
TOTAL	6	3	7	1	17

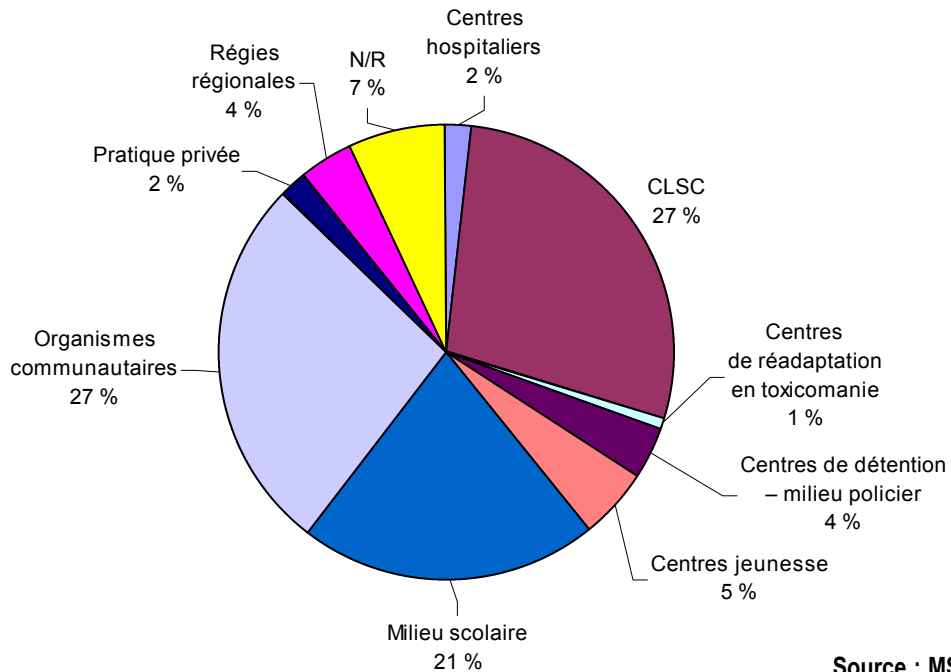
Rapport de recherche
Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes

**Tableau 29 – Ensemble des répondantes mères (N = 11) :
distribution selon la conception de l'enfant, le lien parental et la région**

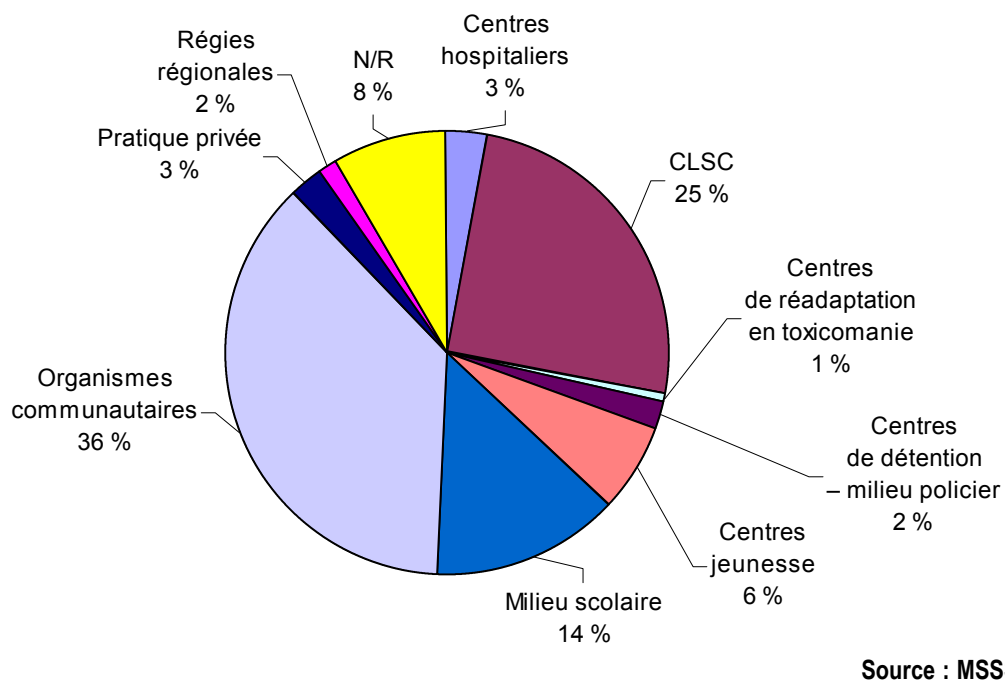
Lien – conception/ Région	Mère biologique	Mère non biologique ou co-mère	Insémination donneur connu	Insémination donneur inconnu	Adoption internationale (célibataire)	Union hétérosexuelle passée
Montréal 9	6	3	4	2	1	2
Centre-du- Québec 2	1	1	0	0	0	2
Bas-Saint- Laurent 0	0	0	0	0	0	0
TOTAL 11	7	4	4	2	1	4

Annexe II – Graphiques

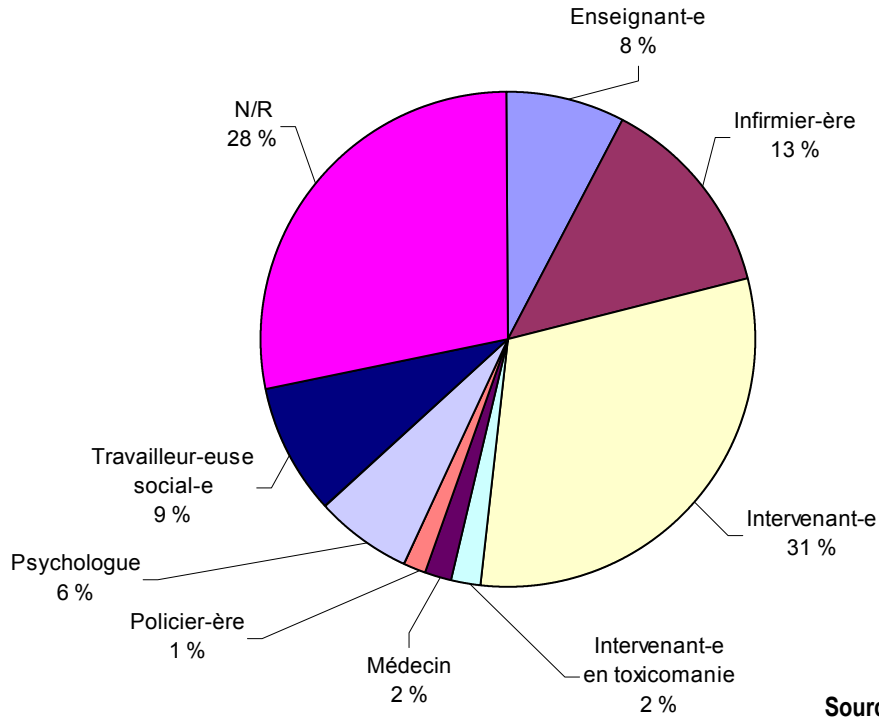
Graphique 1 : Participants et participantes par LIEU DE TRAVAIL, 1997-2000
Formation 1 : Pour une nouvelle vision de l'homosexualité



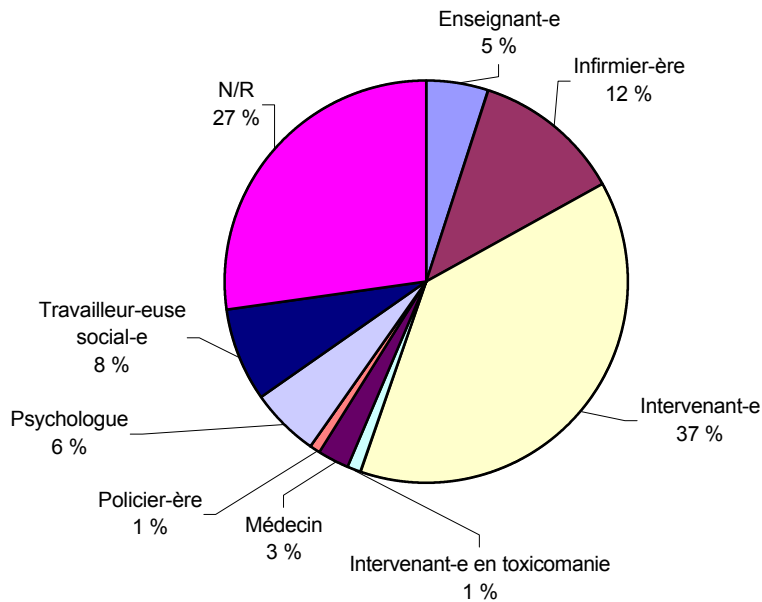
Graphique 2 : Participants et participantes par LIEU DE TRAVAIL, 1997-2000
Formation 2 : Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles



Graphique 3 : Participants et participantes par PROFESSION, 1997-2000
Formation 1 : Pour une nouvelle vision de l'homosexualité



Graphique 4 : Participants et participantes par PROFESSION, 1997-2000
Formation 2 : Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles



Annexe III – Guides d'entrevue de la recherche qualitative

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES
Accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé

Guide d'entrevue de groupe (deux heures)
Montréal, Bas-Saint-Laurent, Centre-du-Québec (version finale)

Questions générales à aborder au cours de la rencontre :

- ◆ Quels sont vos **rapports** avec les services sociaux et les services de santé ? Quelles sont les **difficultés** rencontrées ? Y a-t-il **discrimination** ou différence dans l'offre de services ?
- ◆ Quels sont les **comportements** et **attitudes** des dispensateurs de services (hommes ou femmes) ?
- ◆ Pourquoi dire ou ne pas dire votre orientation sexuelle ? Comment ? Quelles sont vos stratégies ?
- ◆ Quels sont vos **besoins** ? Quels **changements** souhaitez-vous ?

I. Premier tour de table où chacune se présente :
vécu des lesbiennes au Québec, en 2002...

- L'homosexualité est-elle camouflée ?
- Concernant la marginalisation et l'hétérosexisme, y a-t-il une évolution dans votre région ?

II. Vécu des lesbiennes face aux services sociaux et aux services de santé

- Quelle est votre expérience par rapport au fait de dire que vous êtes lesbienne (*coming out*) ?
- Quand est-il pertinent de le dire ? Comment vous sentez-vous par rapport à cela ?
- Quel est l'impact de le dire ?
- Quel est votre rapport avec les **médecins** ? Les consultez-vous régulièrement ?
- Si vous avez éprouvé des difficultés émotives ou psychologiques, qui vous a **aidée** : organisme communautaire, psychologue, CLSC ?
- Avez-vous des expériences avec des **psychologues** ?
- Ressentez-vous des difficultés d'accès aux services d'aide parce que vous êtes lesbiennes ?
- Si vous avez déjà vécu des difficultés avec votre **conjointe**, qu'avez-vous fait ?
- Avez-vous recours aux programmes **préventifs** ou aux programmes de dépistage ? (test pap)
- Si vous avez déjà eu une consommation abusive d'**alcool** ou de **drogue**, qu'avez-vous fait ?

III. Impacts sur la santé et sur les choix de santé

- Ces barrières ont-elles un impact sur votre santé mentale et physique ?
- Avez-vous des préoccupations en matière de santé ?

IV. Besoins exprimés, ressentis

- En tant que lesbienne, avez-vous des besoins spécifiques en matière de santé et de bien-être ?

V. Solutions envisagées

- Quels changements devraient être apportés au système de soins de santé et de services sociaux ?
- De quelle nature devraient être ces changements : législatifs, formations de qui, pour quoi ?

Merci de votre participation !

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES
Accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé

Guide d'entrevue de groupe (deux heures)
Montréal-MATERNITÉ (version finale)

Les questions générales abordées au cours de la rencontre :

- ◆ Quels sont vos **rapports** avec les services sociaux et les services de santé ? Quelles sont les **difficultés** rencontrées ? Y a-t-il **discrimination** ou différence dans l'offre de services ?
- ◆ Quels sont les **comportements** et **attitudes** des dispensateurs de services (hommes ou femmes) ?
- ◆ Pourquoi dire ou ne pas dire votre orientation sexuelle ? Comment ? Quelles sont vos stratégies ?
- ◆ Quels sont vos **besoins** ? Quels **changements** souhaitez-vous ?
- ◆ Comment se vit l'absence du **père** dans les rapports avec les services sociaux et les services de santé ? Utilisez-vous des stratégies de contournement ? Y a-t-il évolution du modèle familial patriarcal traditionnel ?

Questions spécifiques :

I. L'accès à la maternité...

- ◆ **Services d'insémination**
 - Quelles sont présentement les modalités d'accès à l'insémination artificielle ou alternative pour un couple lesbien ?
 - Quelles ont été vos démarches et comment cela s'est-il passé ?
 - Quelles sont les stratégies utilisées pour y avoir accès ?
 - Qu'est-ce qui fait qu'on décide de recourir à un **donneur connu** plutôt qu'à une **banque de sperme** ?
 - Pourquoi vouloir connaître ou non le géniteur ?
 - Quel est le vécu particulier de la « co-mère » durant cette étape ?
- ◆ **Adoption**
 - Origine de l'enfant ?
 - Premières démarches...
 - Nature des obstacles et barrières rencontrés...

- ◆ **Maternité découlant d'une précédente relation hétérosexuelle**
 - Après le passage du couple hétérosexuel au couple lesbien est-ce que la nouvelle composition familiale a été reconnue ? Occultée ?
 - Comment se vivent les rapports avec les services sociaux et les services de santé pour la conjointe de la mère, en particulier si elle s'investit comme « co-mère » ?

II. Le suivi de la grossesse et l'accouchement...

- ◆ Quels choix avez-vous fait ou ferez-vous pour le suivi de votre grossesse et pourquoi : médecin privé, sage-femme, hôpital ?
- ◆ Avez-vous suivi ou suivrez-vous des cours pré-natals ?
- ◆ Avez-vous adopté des stratégies particulières pour que le suivi de votre grossesse et l'accouchement soient des expériences riches, gratifiantes, enrichissantes ?
- ◆ Quel est le vécu particulier de la « co-mère » durant ces étapes ?

III. Après l'arrivée de l'enfant tant attendu-e...

- ◆ Quels sont les rapports avec les services sociaux et les services de santé après l'arrivée de l'enfant (suivi pédiatrique) ?

VI. Changements souhaités...

- ◆ Quels changements devraient être apportés au système de soins de santé et de services sociaux ?
- ◆ Nature des changements : législatifs, formations de qui, pour quoi ?

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES
Accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé

Guide d'entretien individuel (Montréal) [version finale]

Introduction de l'entretien

- a) Présentation de l'intervieweuse
- b) Rappel du thème de l'entretien et des objectifs de la recherche
- c) Réactions ou interrogations de l'interviewée

N.B. : Thèmes à aborder au cours de la rencontre énumérés de A à E. Les « questions » mentionnées ici le sont à titre indicatif.

Les questions sont abordées de façon plus ou moins directe, en respectant le plus possible la spontanéité de la répondante : il s'agit d'un guide d'entretien, non d'un questionnaire.

Éventuellement, des questions sont à adapter ou certaines autres à ajouter selon les sous-goupes (par exemple immigrantes, personnes âgées).

A. Réseaux sociaux

- ◆ Est-ce que vous occupez un **emploi** ? (Lequel, où ? Depuis quand ? Avez-vous toujours fait cela ?)
- ◆ Quel **quartier** habitez-vous ?
- ◆ Quels rapports avez-vous avec votre voisinage ?
- ◆ Quels sont vos **réseaux** d'amis-es ?
- ◆ Sont-elles des lesbiennes ? Sont-elles « out » ou non et avec qui ?...
- ◆ Comment se passent vos rapports avec votre **famille** ?
- ◆ Participez-vous à des activités **communautaires** ou bénévoles ?
- ◆ De quel type : sociales, culturelles, en lien avec le lesbianisme ?...
- ◆ Avez-vous déjà **migré** ou toujours vécu à Montréal ?
- ◆ Comment cela s'est-il passé à votre arrivée ?

B. Coming out

- ◆ Racontez-moi comment s'est vécue votre prise de conscience du fait que vous étiez lesbienne. Quand cette prise de conscience est-elle survenue ? Avez-vous eu des difficultés ?
- ◆ Racontez-moi votre expérience par rapport au fait de dire que vous êtes lesbienne. Comment s'est fait le *coming out* à la famille ? Aux ami-es ? Au travail ? Dans le quartier ?
- ◆ Avez-vous déjà vécu de la discrimination ou du harcèlement ?

- ◆ Comment vous sentez-vous (à l'aise, inconfortable...) ?
- ◆ Comment vous sentez-vous lorsque vous ne le dites pas ?

C. Barrières dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé

- ◆ Pourrions-nous parler des **médecins** ?...
- ◆ Êtes-vous suivie par un ou une médecin en particulier ?
- ◆ Le ou la consultez-vous régulièrement ?
- ◆ Quel est votre rapport avec les médecins ?
- ◆ Avez-vous un ou une **gynécologue** ou un ou une médecin généraliste qui assure votre suivi en cette matière ?
- ◆ Avez-vous recours aux programmes **préventifs** ou programmes de dépistage : test pap, dépistage du cancer du sein après 50 ans ?
- ◆ Avez-vous des rapports avec des praticiens en **médecine alternative** ou complémentaire ? Si oui, qu'est-ce qui vous a amenée à... l'acupuncture ? l'homéopathie ? la massothérapie ? l'ostéopathie ? la naturopathie ?
- ◆ Si vous avez éprouvé des difficultés émotives, affectives ou psychologiques, est-ce que vous avez cherché de l'aide : amie, organisme communautaire, psychologue, CLSC ?
- ◆ Ressentez-vous des difficultés d'accès aux services d'**aide** parce que vous êtes lesbienne ?
- ◆ Avez-vous déjà consulté une ou un **psychologue**...
- ◆ Avez-vous des expériences avec des **psychiatres** ?
- ◆ Si vous avez déjà vécu des difficultés avec votre **conjointe** (ou avec les **enfants**, selon le cas), est-ce que vous avez cherché de l'aide ?
- ◆ Avez-vous déjà eu à un moment donné une consommation excessive d'**alcool** ou de **drogues** ?
- ◆ Est-ce que vous avez cherché de l'aide ?
- ◆ Avez-vous des rapports avec votre **CLSC**? (si non spécifié)
- ◆ Avez-vous déjà été **hospitalisée** ? Si oui, comment s'est passé le séjour à l'hôpital ?
- ◆ Comment entrevoyez-vous le vieillissement ?
- ◆ Comment sont les relations entre a) les lesbiennes plus **âgées** et les plus **jeunes** ? b) la communauté **anglophone** et la communauté **francophone** ? c) les minorités **ethniques** ? d) les hommes **gais** et les lesbiennes ?

ABORDER AU BESOIN CES DIFFÉRENTES QUESTIONS

- ◆ Avec un praticien de la santé (homme ou femme) :
 - Quand est-ce qu'il est pertinent de le dire ?
 - Comment vous sentez-vous par rapport à cela ?
 - Quel est l'impact du *coming out* ?
 - Y a-t-il refus de soins ? Comment vous sentez-vous (à l'aise, inconfortable...) ?

- Comment vous sentez-vous lorsque vous ne le dites pas ?
- Les questions posées sont-elles biaisées... (hétérosexistes) ?

D. État de santé

- ◆ Comment va votre santé ? (lorsque non précisé)
- ◆ Est-ce que la santé est un sujet qui vous préoccupe ? (lorsque non précisé)

E. Besoins et attentes

- ◆ En tant que lesbienne, quels seraient les services de santé **idéaux** ? Qu'est-ce que vous aimeriez ?
- ◆ Quels changements devraient être apportés au système de soins de santé et de services sociaux... ?

CONCLUSION

- ◆ Globalement, comment vous sentez-vous comme lesbienne, au Québec, à Montréal... ?

Bibliographie

- AARON, D.J. *et al.* (2001). « Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians ». *American Journal of Public Health*. Vol. 91, n° 6, p. 972-975. Résumé en ligne : http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/91/6/972?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=aaron&titleabstract=behavioral&searchid=1023374175387_912&stored_search=&FIRSTINDEX=0&journalcode=ajph
- ALLEN, L.B. *et al.* (1998). « Adolescent health care experience of gay, lesbian, and bisexual young adults ». *Journal of Adolescent Health*. Vol. 23, p. 212-220.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA), COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS (1996). « Council report: health care needs of gay men and lesbians in the United States ». *Journal of the American Medical Association*. Vol. 275, p. 1354-1359.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) (2000). « Guideline for psychotherapy with lesbian, gay and bisexual clients ». En ligne : <http://www.apa.org/pi/lgbcp/publications/guidelines.html>
- ANDERSON, L. *et al.* (2001a). « Livrées à elles-mêmes : la santé des lesbiennes dans le nord de la Colombie-Britannique ». *Bulletin de recherche* [en ligne]. Vol. 2, n° 2 (Automne). [Réf. du 5 avril 2002]. Accès : <http://www.cewh-cesf.ca/bulletin/fv2n2/page7.html>
- ANDERSON, L. *et al.* (2001b). *Out in the cold: the context of lesbian health in Northern British Columbia*. Vancouver : British Columbia Centre of excellence for Women's health, 28 p.
- APPLEBY, G. et ANASTAS, J. (1998). *Not just a passing phase: social work with gay, lesbian and bisexual people*. New York : Columbia University Press.
- ARCAND, R. *et al.* (2000). « Travail et santé ». Dans Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, p. 525-570. (Collection la santé et le bien-être).
- ARNUP, K. (1995). *Lesbian parenting: living with pride and prejudice*. Charlottetown, Canada : Gynergy.
- BARBARA, A.M., QUANDT, S.A. et ANDERSON, R.T. (2001). « Experiences of lesbians in the health care environment ». *Women and Health*. Vol. 34, n° 1, p. 45-62.
- BARRATT, A. *et al.* (2002). *Accès au service de fertilité pour les lesbiennes : une question de santé*. Montréal : Association des mères lesbiennes.
- BARTLETT, A., KING, M. et PHILIPS, P. (2001). « Straight talking: an investigation of the attitudes and practice of psychoanalysts and psychotherapists in relation to gays and lesbians ». *British Journal of Psychiatry*. Vol. 179, p. 545-549.
- BEN-ARI, A. (1995). « Coming-out: a dialectic of intimacy and privacy ». *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. Vol. 76, n° 5, p. 306-314.
- BONNEAU, M. (1998). « L'affirmation des lesbiennes en milieu régional : une visibilité problématique ». Dans Irène Demczuk (sous la direction de), *Des droits à reconnaître : les lesbiennes face à la discrimination*, Montréal : Remue-ménage, p. 167-192.
- BOURBONNAIS, R. *et al.* (2000). « Environnement psychosocial du travail ». Dans Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, p. 571-582. (Collection la santé et le bien-être).
- BOURDIEU, P. (1994). *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil, 251 p.
- BOURDIEU, P. (1998). *La domination masculine*. [Paris] : Seuil, 142 p. (Liber).

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

- BOYER, R. *et al.* (2000). « Idées suicidaires et parasuicides ». Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, p. 355-366. (Collection la santé et le bien-être).
- BOXER, A. (1997). « Gay, lesbian and bisexual aging into the twenty-first century: an overview and introduction ». *Journal of Gay, Lesbian and Bisexual Identity*. Vol. 2, n^{os} 3-4, p. 187-196.
- BROTMAN, S., RYAN, B. et CORMIER, R. (2001). « The marginalization of gay and lesbian seniors in eldercare services ». *Vital Aging*. Vol. 7, n^o 3, p. 2.
- BROTMAN, S., RYAN, B. et CORMIER, R. (2002). « Questions relatives à la santé mentale de certains groupes : les aînés gais et lesbiennes ». Dans Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Écrits en gérontologie*. [Ottawa] : Gouvernement du Canada, p. 58-69. (Santé mentale et vieillissement ; 18).
- BROTMAN, S.B. et ROWE, B. (2001). *Des services de santé équitable pour les patients gais et les patientes lesbiennes dans le contexte de la médecine familiale*. Développement du questionnaire entrepris en collaboration avec Allen Peterkin et Cathy Risdon. Montréal : Université McGill, 52 p.
- BROTMAN, S.B. *et al.* (2002a). « Reclaiming space-regaining health: the health care experiences of two-spirit people in Canada ». *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. Vol. 14, n^o 1, p. 67-87.
- BROTMAN, S.B. *et al.* (2002b). « The impact of coming out on health and health care access: the experiences of gay, lesbian, bisexual and two-spirit people ». *Journal of Health & Social Policy*. Vol. 15, n^o 1, p. 1-29.
- BURNETT, C. B. *et al.* (1999). « Patterns of breast cancer screening among lesbians at increased risk for breast cancer ». *Women and Health*. Vol. 29, n^o 4, p. 35-55.
- CABAJ, R.P. et STEIN, T.S. (1996). *Textbook of homosexuality and mental health*. Washington : American Psychiatric Press.
- CAHILL, S., SOUTH, J. et SPADE, J. (2001). « Outing age ». *Public Policy Issues Affecting Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Elders*. New York : National Gay and Lesbian Task Force Foundation.
- CARROLL, N. M. (1999). « Optimal gynecologic and obstetric care for lesbian ». *Obstetric and Gynecology*. Vol. 93, n^o 4, (Avril), p. 611-613.
- CHAMBERLAND, L. (1996). *Mémoires lesbiennes : le lesbianisme à Montréal entre 1950 et 1972*. Montréal : Remue-ménage, 285 p. (Mémoire de femmes).
- CHAMBERLAND, L. (1999). « La lente émergence du champ des études lesbiennes en langue française ». Dans Denise Veilleux. *La recherche sur les lesbiennes : enjeux théoriques, méthodologiques et politiques*. Ottawa : Institut canadien de recherche sur les femmes, p. 1-40. (Voix féministes ; 7)
- CHAN, C.S. (1993). « Issues of identity development among Asian-American lesbians and gay men ». Dans Linda D. Garnets, Douglas C. Kimmel. *Psychological perspectives lesbian and gay men experiences*. New York : Columbia University Press, p. 376-387.
- CHEVALIER, S. et SAUVAGEAU, Y. (2000). « Caractéristiques de la population ». Dans Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, p. 77-91. (Collection la santé et le bien-être).
- CLARK, M. E. *et al.* (2001). « The GLBT health access project: a state-funded effort to improve access to care ». *American Journal of Public Health*. Vol. 91, n^o 6, p. 895-896.
- CLERMONT, M. (1996). *Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention*. Québec : Gouvernement ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p. (Études et analyse).

Bibliographie

- CLERMONT, M et LACOUTURE, Y. (2000). « Orientation sexuelle et santé ». Dans Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec : Gouvernement, p. 219-229. (Collection la santé et le bien-être).
- COCHRAN, S.D. et MAYS, V.M. (1988). « Disclosure of sexual preference to physician by black lesbian and bisexual women ». *Western Journal of Medicine*. Vol. 149, n° 5, p. 616-619.
- COCHRAN, S.D. *et al.* (2001). « Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women ». *American Journal of Public Health*. Vol. 91, n° 4, p. 591-597.
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC (CDPQ) (1994). *De l'illégalité à l'égalité : rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et les lesbiennes*. [Montréal] : Commission, 162 p.
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (CDPDJ) [1996]. *Suivi des recommandations du rapport : de l'illégalité à l'égalité*. [Montréal] : Commission, 78 p.
- DALEY, A. (1998). « Lesbian invisibility in health care services: heterosexual hegemony and strategies for change ». *Canadian Social Work Review*, Vol. 15, n° 1, p. 57-71.
- DAVIDSON, J.R.T. *et al.* (1997). « Homoeopathic treatment of depression and anxiety ». *Alternative Therapies in Health and Medicine*. Vol. 3, n° 1, p. 46-49.
- DAVIS, V. *et al.* (2000). « Lignes directrices sur la santé des lesbiennes ». *Journal SOGC*. N° 87 (Mars), p. 1-5.
- DAVISON, G.C. et FRIEDMAN, S. (1981). « Sexual orientation stereotypy in the distortion of clinical judgment ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 6, n° 3, p. 37-44.
- DEAN, L. *et al.* (2000). « Lesbian, gay, bisexual and transgender health: findings and concerns ». *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*. Vol. 4, n° 3, p. 101-151.
- DEMCZUK, I. (dir.) [1998]. *Des droits à reconnaître : les lesbiennes face à la discrimination*. Montréal : Remue-ménage, 214 p. (Les entêtées).
- DEMCZUK, I. et PEERS, L., (1997). « Intervenir auprès des lesbiennes : d'une éthique de la tolérance à une éthique à la solidarité ». Dans *Homosexualité : questions d'éthique*. Montréal : Fidès, p. 215-241.
- DEMCZUK, I. et REMIGGI, F.W. (1998). *Sortir de l'ombre : histoires des communautés lesbienne et gaie de Montréal*. Montréal : VLB, 409 p.
- DEMPSEY, C.L. (1994). « Health and social issues of gay, lesbian and bisexual adolescents ». *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. Vol. 75, n° 3, p. 160-167.
- DIAMANT, A.L. *et al.* (1999). « Lesbian's sexual history with men: implications for taking a sexual history ». *Archives of Internal Medicine*. Vol. 159, n° 27, p. 2730-2736.
- DIAMANT, A.L. *et al.* (2000). « Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual and heterosexual-women ». *Archives of Family Medicine*. Vol.9, n° 10 (Nov. – Déc.), p. 1043-1051. En ligne : <http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/9/10/1043>
- DIAMANT, A.L., SCHUSTER, M.A. et LEVER, J. (2000). « Receipt of preventive health care services by lesbians ». *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 19, n° 2, p. 141-148.
- DONALDSON, C. (2000). « Midlife lesbian parenting ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 11, n°s 2-3, p. 119-138.
- DORAIS, M. (1994). « La recherche des causes de l'homosexualité : une science-fiction ? ». Dans Daniel Welzer-Lang, Pierre Dutey et Michel Dorais. *La peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie*. Montréal : VLB, p. 93-143.

- DORAIS, M. (1993). « L'homosexualité : revue et non corrigée ». *Le médecin du Québec*, Vol. 28, n° 9, p. 27-39.
- DOWNEY, J. et FRIEDMAN, R.C. (1995). « Internalized homophobia in lesbian relationships ». *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. Vol. 23, n° 3, p. 435-447.
- EAST, J.A. et EL RAYESS, F. (1998). « Pediatrician's approach to the health care of lesbian, gay and bisexual youth ». *Journal of Adolescent Health*. Vol. 23, p. 191-193.
- ELLINGSON, L. A. et YARBER, W. L. (1997). « Breast self-examination, the health belief model and sexual orientation in women ». *Journal of Sex Education and Therapy*. Vol. 22, n° 3, p. 19-24.
- ÉMOND, A. (2003). « Procès du féminisme ». *La Gazette des femmes*. Vol. 24, n° 6 (Mars – Avril), p. 19-31.
- ESKINAZI, D. (1999). « Homoeopathy re-revisited: is homoeopathy compatible with biomedical observations? ». *Archives of Internal Medicine*. Vol. 159, p. 181-187.
- ESTERBERG, K.G. (1990). « From illness to action: conceptions of homosexuality in the ladder, 1956-1965 ». *Journal of Sex Research*. Vol. 27, n° 1, p. 65-80.
- ETTELBRICK, P. L. (1996). « Legal issues in health care for lesbians and gay men ». *Journal of Gay and Lesbians Social Services*. Vol. 5, n° 1, p. 93-109.
- FARIA, G. (1997). « The challenge of health care social work with gay men and lesbians ». *Social Work in Health Care*. Vol. 25, n°s 1-2, p. 65-72.
- FERRARA, I., BALET, R. et GRUDZINSKAS, J.G. (2000). « Intrauterine donor insemination in single women and lesbian couples: a comparative study of pregnancy rates ». *Human Reproduction*. Vol. 15, n° 3 (Mars), p. 621-625. Résumé en ligne : http://humrep.oupjournals.org/cgi/content/abstract/15/3/621?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=ferrara&titleabstract=intrauterine&searchid=1023374901405_97&stored_search=&FIRSTINDEX=0&journalcode=humrep
- FERRIS, D.G. *et al.* (1996). « A neglected lesbian health concern: cervical neoplasia ». *The Journal of Family Practice*. Vol. 43, n° 6, p. 581-584.
- FISH, R.C. (1997). « Coming out issues of gay and lesbian mental health professionals in voluntary and involuntary settings ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 6, n° 4, p. 11-24.
- FLAKS, D. *et al.* (1995). « Lesbians choosing motherhood : a comparative study of lesbian and heterosexual parents and their children ». *Developmental Psychology*. Vol. 31, p. 104-114.
- FOSTER, S. J. (1997). « Rural lesbians and gays: public perceptions, worker perceptions, and service delivery ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 7, n° 3, p. 23-35.
- FRANK, J.B. *et al.* (1998). « Women's mental health in primary care ». *Medical Clinics of North America*. Vol. 82, p. 359-389.
- FRIED, S. et MILLER, A. (1999). « Femme et lesbienne : la double exclusion ». *ALGI* [en ligne]. [Réf. du 17 juin 2002]. Accès : <http://www.algi.qc.ca/forum/amnistie/messages/18.html>
- FRIEDMAN, L.J. (1997). « Rural lesbian mothers and their families ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 7, n° 3, p. 73-82.
- GALABUZI, G.E. (2001). *Canada's creeping economic apartheid : the economic segregation and social marginalisation of racialised groups*. Toronto (On.) : CSJ Foundation for research and education, 128 p.
- GARTRELL, N. *et al.* (1996). « The national lesbian family study: interviews with prospective mothers ». *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 66, n° 2, p. 272-281.

Bibliographie

- GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION (GLMA) *et al.* (2000). *Scientific Workshop on Lesbian Health 2000: Steps for Implementing the IOM Report*. 30 p. Disponible en ligne à partir du site : <http://www.glma.org>
- GAY AND LESBIAN MEDICAL ASSOCIATION (GLMA) AND LGBT HEALTH EXPERTS. (2001). *Healthy People 2010 Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) health*. San Francisco, CA : Gay and Lesbian Medical Association, 96 p. Disponible en ligne à partir du site : <http://www.glma.org>
- GEDDES, V. A. (1994). « Lesbian expectations and experiences with family doctors: how much does the physician's sex matter to lesbians? » *Canadian Family Physician*. Vol. 40, p. 908-920.
- GOLOMBOK, S., TASKER, F.L. et MURRAY, C. (1997). « Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 38, p. 783-791.
- GOLOMBOK, S. (2002). « Adoption by lesbian couples: is it the best interests of the child ? » *British Medicine Journal*. Vol. 324 (juin), p. 1407-1408.
- GREENE, B. (1994). « Ethnic-minority lesbians and gay men: mental health and treatment issues ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 62, n° 2, p. 243-251.
- GREENHALGH, T. et TAYLOR, R. (1997). « How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research) ». *British Medical Journal*. Vol. 315 (Sept.), p. 740-743. Disponible en ligne : http://bmj.com/cgi/content/full/315/7110/740?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=greenhalgh&titleabstract=paper&searchid=1023377507299_525&stored_search=&FIRSTINDEX=0&resourcetype=1,2,3,4,10
- GRIFFIN, K. (1998). « Getting kids and keeping them: lesbian motherhood in Europe ». *Journal of Lesbian Studies*. Vol. 2, n° 4, p. 23-34.
- GRUSKIN, E.P *et al.* (2001). « Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization ». *American Journal of Public Health*. Vol. 9, n° 6, p. 976-979. Résumé en ligne : http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/91/976?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=gruskin&titleabstract=cigarette&searchid=1023374548327_936&stored_search=&FIRSTINDEX=0&journalcode=ajph
- GUILLEMAUT, F. (1994). « Images invisibles des lesbiennes ». Dans Daniel Welzer-Lang, Pierre Dutey et Michel Dorais. *La peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie*. Montréal : VLB, p. 225-237.
- HADLEY, K. (2001). *And we still ain't satisfied: gender inequality in Canada: a status report*. Toronto : National Action Committee on the Status of Women ; CSJ Foundation for Research and Education, 41 p.
- HAIMES, E. et WEINER, K. (2000). « Everybody's got a dad... : issues for lesbians families in the management of donor insemination ». *Sociology of Health and Illness*. Vol. 22, n° 4, p. 447-499.
- HALL, J.M. (1994). « Lesbians recovering from alcohol problems: an ethnographic study of health care experiences ». *Nursing Research*. Vol. 43, n° 4, p. 238-244.
- HARRIS, M.B., NIGHTENGALE, J. et OWEN, N. (1995). « Health care professional's experience, knowledge, and attitudes concerning homosexuality ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 2, n° 2, p. 91-107.
- HART, J. (1984). « Therapeutic implications of viewing sexual identity in terms of essentialist and constructionist theories ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 9, n° 4 (Été), p. 39-51.
- HARTMAN, A. et LAIRD, J. (1998). « Moral and ethical issues in working with lesbians and gay men ». *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. Vol. 79, n° 3, p. 263-276.
- HARVEY, S. M., CARR, C. et BERNHEINE, S. (1989). « Lesbian mothers: health care experiences ». *Journal of Nurse-Midwifery*. Vol. 34, n° 3, p. 115-119.

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

- HERSHBERGER, S. L., PILKINGTON, N. W. et D'AUGELLI, A. R. (1997). « Predictors of suicide attempts among gay, lesbian and bisexual youth ». *Journal of Adolescent Research*. Vol. 12, n° 4, (Oct.), p. 477-497.
- HIRIGOYEN, M.F. (1998). *Le harcèlement moral*. Paris : Découverte et Syros, 252 p.
- HITCHCOCK, J.M. et WILSON, H.S. (1992). « Personal risking: lesbian self-discourse of sexual orientation to professional health care providers ». *Nursing Research*. Vol. 41, n° 3, p. 178-183.
- HITE, S. (1976). *The Hite report*. New York : Dell.
- HORVILLEUR, A. (1981). *Guide de l'homéopathie*. Paris : Hachette, 318 p. (Livre de poche pratique).
- HUDSPITH, M. (1999). *Caring for lesbian health: a resource for health care providers, policy makers and planners*. British Columbia : Ministry of health and ministry responsible for senior, 24 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) [2000]. *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, 642 p. (Collection la santé et le bien-être).
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) [2001]. *Portrait social du Québec : données et analyses*. Sous la direction de Mireille Lévesque et Pierre Lanctôt. Québec : Gouvernement, 629 p. (Collection la santé et le bien-être).
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) [2002]. *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ? : étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Québec : Gouvernement, 341 p.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) et SOLARZ, A.L. (1999). *Lesbian health: current assessment and directions for the future*. Washington, D.C. : National Academy Press, 234 p.
- JACKSON, A. (2002). *Is work workings for workers of color?* Ottawa : Canada Labour Congress, 21 p. Accès en ligne : <http://www.yufa.org/docs/WorkersofColour1.pdf>
- JACOBS, B., RASMUSSEN, L.A. et HOHMAN, M.M. (1999). « The social support needs of older lesbians, gay men and bisexuals ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 9, n° 1, p. 1-30.
- JANUS, S.S et JANUS, C.L. (1993). *The Janus report on sexual behavior*. New York : John Wiley and Sons.
- JOHNSON, S. R., SMITH, E. M. et GUENTHER, S. M. (1987a). « The role of "coming out" by the lesbians in the physician-patient relationship ». *Women and therapy*. Vol. 6, n°s 1-2, p. 231-238.
- JOHNSON, S. R., SMITH, E. M. et GUENTHER, S. M. (1987b). « Parenting desires among bisexual women and lesbians ». *Journal of Reproductive Medicine*. Vol.32, n° 3, p. 198-200.
- JULIEN, D., DUBÉ, M. et GAGNON, I. (1994). « Le développement des enfants de parents homosexuels comparé à celui des enfants de parents hétérosexuels ». *Revue québécoise de psychologie*. Vol. 15, n° 3, p. 135-153.
- JULIEN, M., JULIEN, D. et LAFONTAINE, P. (2000). « Environnement de soutien » Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, p. 499-515. (Collection la santé et le bien-être).
- JULIEN, D., CHARTRAND, E. et BÉGIN, J. (2002). *Les personnes homosexuelles, bissexuelles et hétérosexuelles au Québec : une analyse comparative selon les données de l'enquête sociale et de santé 1998*. Montréal : Université du Québec à Montréal, 60 p.
- JUTEAU, D. (1999). *L'ethnicité et ses frontières*. Montréal : Presse de l'Université de Montréal, 226 p. (Trajectoires sociales).
- KEHOE, M. (1986). « Lesbian over 65: a triply invisible minority ». *Journal of Homosexuality*. Vol.12, n° 3-4, p. 139-152.
- KINSEY, H.C. et al. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia : W.B. Saunders.

Bibliographie

- KOH, A.S. (2000). « Use of preventive health behavior by lesbian, bisexual and heterosexual women: questionnaire survey ». *West Journal Medicine*. Vol. 172, p. 379-384. Accès : <http://www.ewjm.com>
- KUNKEL, L.E. et SKOKAN, L.A. (1998). « Factors which influence cervical cancer screening among lesbian ». *Journal of Gay and Lesbian Medical Association* [en ligne] Vol. 2, n° 1, p. 7-16. [Réf. du 28 janv. 2002]. Accès : <http://www.glma.org/pub/jglma/vol2/1/j21cervical.html>
- LÉGARÉ, G. *et al.* (2000). « Santé mentale ». Dans Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, p. 333-352. (Collection la santé et le bien-être).
- LÉTOURNEAU, E. *et al.* (2000). « Famille et santé ». Dans Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Enquête sociale et de santé : 1998*. Québec : Gouvernement, p. 472-494. (Collection la santé et le bien-être).
- LIPMAN, A. (1986). « Homosexual relationships ». *Generations*. Vol. 10, n° 4, p. 51-54.
- LYNCH, J.M et MURRAY, K. (2000). « For the love of children: the coming out process for lesbian and gay parents and stepparents ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 3, n° 1, p. 1-24.
- MALLEY, M. et TASKER, F. (1999). « Lesbians, gay men and family therapy: a contradiction in terms? ». *Journal of Family Therapy*. Vol. 21, p. 3-29.
- MARRAZZO, J.M., STINE, K. et KOUTSKY, L.A. (2000). « Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 183, n° 3, p. 770-774.
- MATHIESON, C. M. (1998). « Lesbian and bisexual health care: straight talk about experiences with physicians ». *Canadian Family Physician*. Vol. 44, p. 1634-1640.
- MATTHEWS, A.K. (1998). « Lesbians and cancer support: clinical issues for cancer patients ». *Health Care for Women International*. Vol. 19, p.193-203.
- McALL, C. (1996a). « L'aide sociale : ce que tout le monde sait mais que personne ne veut savoir ». *Interface*. Vol. 17, n° 2 (Avril), p. 13-23.
- McALL, C. (1996b). *Les requérants du statut de réfugié au Québec : un nouvel espace de marginalité ?* Montréal : Groupe de recherches ethnicité et société, Université de Montréal, 54 p. (Études et recherches ; 16)
- McALL, C. *et al.* (2001). *Se libérer du regard : agir sur la pauvreté au centre-ville de Montréal*. Montréal : Saint-Martin, 118 p. (Pluriethnicité, santé, problèmes sociaux).
- McALL, C., TREMBLAY, L. et LE GOFF, F. (1997). *Proximité et distance : les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*. Montréal : Saint-Martin, 118 p.
- McCARN, S.R. et FASSINGER, R.E. (1996). « Revisioning sexual minority identity formation: a new model of lesbian identity and its implications for counselling and research ». *The Counselling Psychologist*. Vol. 24, n° 3, p. 508-534.
- McGREGOR *et al.* (2001). « Distress and internalized homophobia among lesbian women treated for early stage breast cancer ». *Psychology of Women Quarterly*. Vol. 25, p. 1-9.
- MESSING, A. E., SCHOENBERG, R. et STEPHENS, R. K. (1984). « Confronting homophobia in health care settings: guidelines for social work practice ». *Journal of Social Work and Human Sexuality*, Vol. 2, n°s 2-3, p. 65-74.
- MESSING, K. (2000). *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle ?* Montréal : Remue-ménage ; Toulouse : Octarès, 306 p. Édition originale anglaise (1998).
- MILLER, J. A., JACOBSEN, R. B. et BIGNER, J. J. (1981). « The child's home environment for lesbian vs. heterosexual mothers: a neglected area of research ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 7, n° 1, p. 49-56.

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

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997a). *Écoute-moi quand je parle ! : rapport du comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes*. Québec : Gouvernement, 114 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997b). *Orientations ministérielles : l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*. Québec : Gouvernement, 33 p.
- MORAGA, C. (1997). *Waiting in the wings: portrait of a queer motherhood*. New York : Firebrand Books.
- MORAN, N. (1996). « Lesbian health care needs ». *Canadian Family Physician*. Vol. 42, p. 879-884.
- MORROW, D. F. (1996). « Coming-out issues for adult lesbians : a group intervention ». *Social Work*. Vol. 41, n° 6, p. 647-656.
- MUCKLOW, B.M. et PHELAN. G.K. (1979). « Lesbian and traditional mother's responses to child behavior and self concept ». *Psychological Reports*. Vol. 44, p. 880-882.
- MURPHY, B.C. (1992). « Educating mental health professionals about gay and lesbian issues ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 22, n°s 3-4, p. 229-246.
- OTIS, M. D. et SKINNER, W. F. (1996). « The prevalence of victimization and its effect on mental well-being among lesbian and gay people ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 30, n° 3, p. 93-121.
- PADGETT, D.K. (1997). « Women's mental health; some directions for research ». *Orthopsychiatry*. Vol. 67, p. 522-534.
- PAGELOW, M.D. (1980). « Heterosexual and lesbian single mothers: a comparison of problems, coping, and solutions ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 5, n° 3, p. 189-204.
- PAQUETTE, N. (2002). *Mémoire de l'Association des mères lesbiennes du Québec : un traitement égalitaire pour nos enfants*. Montréal : Association des mères lesbiennes, 19 p.
- PATTERSON, C. J. (2001). « Lesbian and gay parenting ». *American Psychological Association*, 10 p. En ligne : <http://www.apa.org/pi/preface.html>
- PIRES, A.P. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique ». Dans Poupard et al. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin, p. 113-169
- POITEVIN, B. (1999). « Integrating homoeopathy in health systems ». *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 77, n° 2.
- POUPART, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques ». Dans Poupard et al. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin, p. 173-209.
- POUPART, J. et al. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin, 405 p.
- PRICE, J.H. et al. (1996). « Perceptions of cervical cancer and Pap smear screening behavior by women's sexual orientation ». *Journal of Community Health*. Vol. 21, n° 2, p. 89-105.
- QUAM, J.K. et WITHFORD, G.S. (1992). « Adaptation and age-related expectations of older gay and lesbian adults ». *Gerontologist*. Vol. 32, n° 3, p. 367-374.
- RAMOS, M.M. et al. (1998). « Attitudes of physicians practicing in New Mexico toward gay men and lesbian in the profession ». *Academic Medicine*. Vol. 73, n° 4, p. 436-438.
- RAMSAY, H. (1994). « Lesbians and the health care system: invisibility, isolation, and ignorance: you say you're what? ». *Canadian Women Studies*. Vol. 14, n° 3, p. 22-27.

Bibliographie

- RAND C., GRAHAM, D.L.R. et RAWLINGS, E.I (1982). « Psychological health and factors the court seeks to control in lesbian mother custody trials ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 8, p. 27-39.
- RANKOW, E.J. (1995). « Lesbian health issues for the primary care provider ». *The Journal of Family Practice*. Vol. 40, n° 5, p. 486-493.
- RANKOW, E.J. et TESSARO, I. (1998). « Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women ». *The Journal of Family Practice*. Vol. 47, n° 2, p. 139-143.
- RAPHAEL, D. (2002). *Social justice is good for our hearts: why societal factors, not lifestyles are major causes of heart disease in Canada and elsewhere*. Toronto : CSJ, Foundation for Research and Education, 88 p.
- REILLY, M. E. et LYNCH, J. M. (1990). « Power-sharing in lesbian partnership ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 19, n° 3, p. 1-30.
- REMAFEDI, G. (1999). « Sexual orientation and youth suicide ». *JAMA*. Vol. 282, n° 13, p. 1291-1292.
- RENZETTI, C.M. (1989). « Building a second closet: third party responses to victims of lesbian partner abuse ». *Family Relations*. Vol. 38 (Avril), p. 157-163.
- RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (1999). *Cadre de référence : la santé des femmes au Québec*. Montréal : RQASF, 31 p. Accès en ligne : http://www.rqasf.qc.ca/publications/cr_sommaire.html
- RICARD, N. (2001). *Maternités et lesbiennes*. Montréal : Remue-ménage : IREF, 189 p.
- ROBERTS, S.A. et al. (1998). « Differences in risk factors for breast cancer; lesbian and heterosexual women ». *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association* [en ligne]. Vol. 2, n° 3, p. 93-102. [Réf. du 24 janv. 2002]. Accès : <http://www.glma.org/pub/jglma/vol2/3/j23roberts.html>
- ROBERTS, S.J. (2001). « Lesbian health research: a review and recommendations for future research ». *Health Care for Women International*. Vol. 22, p. 537-552.
- ROBERTS, S.J. et SORENSEN, L. (1999). « Health-related behaviors and cancer screening of lesbians: results from the Boston Lesbian Health Project ». *Women and Health*. Vol. 28, n° 4, p. 1-12.
- ROBICHAUD et al. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur. Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), 247 p.
- ROBINSON, A. (1994). « Lesbiennes, mariage et famille ». *Revue femmes et droit*. Vol. 7, p. 393-414.
- ROBINSON, A. (1998). « Lesbiennes, conjointes et mères : les exclues du droit civil québécois ». Dans *Des droits à reconnaître : les lesbiennes face à la discrimination*. Sous la direction de Irène Demczuk. Montréal : Remue-ménage, p. 21-68. (Les entêtées).
- RODRIGUEZ, R. A. (1998). « Clinical and practice considerations in private practice with lesbians and gay men of color ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 8, n° 4, p. 59-75.
- ROTHBLUM, E.D. (1994a). « Introduction to the special section mental health of lesbians and gay men ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 62, n° 2, p. 211-212.
- ROTHBLUM, E. D. (1994b). « »I only read about myself on bathroom walls»: the need for research on the mental health of lesbians and gay men ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 62, n° 2, p. 213-220.
- RUSSELL, S.T. et JOYNER, K. (2001). « Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study ». *American Journal of Public Health*. Vol. 91, n° 8, p. 1276-1281.
- RYAN, B., et FRAPPIER, J.Y. (1993). « Les difficultés des adolescents gais et lesbiennes ». *Le médecin du Québec*. Vol. 28, n° 9, (Sept.), p. 71-76.

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

- RYAN, B. et FRAPPIER, J.-Y. (1994). « Quand l'autre en soi grandit : les difficultés à vivre l'homosexualité à l'adolescence ». Dans Daniel Welzer-Lang, Pierre Dutey et Michel Dorais. *La peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie*. Montréal : VLB, p. 239-251.
- RYAN, B., BROTMAN, S. et ROWE B. (2000). *Access to care: exploring the health and well-being of gay, lesbian, bisexual and two-spirit people in Canada*. Montreal : McGill centre for applied family studies, 235 p.
- RYAN, C. C., BRADFORD, J. B. et HONNOLD, J. A. (1999). « Social workers' and counselors' understanding of lesbian needs ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 9, n° 4, p. 1-26.
- RYAN, H. et al. (2001). « Smoking among lesbians, gays and bisexuals ». *American Journal of preventive Medicine*. Vol. 21, n° 2, p. 142-149.
- SADDUL, R.B. (1996). « Coming out: an overlooked concept ». *Clinical Nurse Specialist*. Vol. 10, n° 1, p. 2-5.
- SANDERS, G.L et KROLL, I.T. (2000). « Generating stories of resilience: helping gay and lesbian youth and their families ». *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 26, n° 4, p. 433-442.
- SANTÉ CANADA (2002). « Qu'est-ce qui détermine la santé ». *Santé Canada* [en ligne]. (Réf. du 15 janvier 2002), 10 p. Accès : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/determinants/connexes.html>
- SATZEWICH, V. (1998). *Racism and social inequality in Canada*. Toronto (On.) : Thompson Educational Publishing, 354 p.
- SAULNIER, C. F. (1998). « Prevalence of suicide attempts and suicidal ideation among lesbian and gay youth ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 8, n° 3, p. 51-68.
- SAULNIER, C.F. (1999). « Choosing a health care provider: a community survey of what is important to lesbians ». *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*. Vol. 80, n° 3, p. 254-262.
- SCOTT, A. (1998). « Homeopathy as feminist form of medicine ». *Sociology of Health and Illness*. Vol. 20, n° 2 (Mars), p. 191-214.
- SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (SCF) [2000]. *Programme d'action 2000-2003 : l'égalité pour toutes les Québécoises*. Québec : Gouvernement, 162 p.
- SERENI C. et SERENI, D. (2002). *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*. Paris : Odile Jacob, 198 p.
- SHAVELSON, E. et al. (1980). « Lesbian women's perceptions of their parent-child relationships ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 5, n° 3, p. 205-215.
- SHELBY, P. (1999). « Isolated and invisible gay, lesbian and bisexual youth ». *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*. Vol. 95, n° 4, p. 27-30.
- SIMKIN, R.J., MD. (1998). « Not all your patients are straight ». *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 159, p. 370-5. Article en ligne :)
- SKINNER, C. J. et al. (1996). « A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians ». *Genitourinary Medicine*. Vol. 72, n° 4, p. 277-280.
- SMITH, G.B. (1993). « Homophobia and attitudes toward gay men and lesbian by psychiatric nurses ». *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. 7, n° 6, p. 377-384.
- SMITH, P.P. (1992). « Encounters with older lesbians in psychiatric practice ». *Sexual and marital Therapy*. Vol. 7, n° 1, p. 79-86.
- STATISTIQUE CANADA (2000). « Women in visible minorities ». Dans *Women in Canada: a gender based statistical report*. Rédaction Jennifer Chard. Ottawa : Gouvernement.

Bibliographie

- STATISTIQUE CANADA. (2002). *Profil des familles et des ménages canadiens : la diversification se poursuit*. [Ottawa] : Gouvernement, 37 p. Accès en ligne : www.statcan.ca (N° de catalogue : 96F0030XIF2001003)
- STATISTIQUE CANADA. (2003). *Recensement de 2001 : série « analyses » : le profil changeant de la population active du Canada*. Ottawa : Gouvernement, 48 p. Accès en ligne : <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/paid/pdf/96F0030XIF2001009.pdf> (N° de catalogue : 96F0030XIF2001009)
- STERN, J.E. (2001). « Access to services at assisted reproductive technology clinics: a survey of policies and practices ». *American Journal of Obstetric and Gynecology*. Vol. 184, n° 4, p. 591-597.
- STEVENS, P.E. (1993a). « Lesbian health care research: a review of the literature from 1970 to 1990 ». Dans Phyllis Noerager Stern. *Lesbian health: what are the issues?* Whashington : Taylor & Francis, p. 1-30
- STEVENS, P.E. (1993b). « Marginalized women's access to health care: a feminist narrative analysis ». *Advances in Nursing Science*. Vol. 16, n° 2, p. 39-56.
- STEVENS, P.E. (1995). « Structural and interpersonal impact of heterosexual assumptions on lesbian health care clients ». *Nursing Research*. Vol. 44, n° 1, p. 25-30.
- SYNDICAT PROFESSIONNEL DES HOMÉOPATHES DU QUÉBEC (SPHQ). [2002]. *L'homéopathie : l'histoire* [en ligne] [Réf. du 4 avril 2003]. Accès : <http://www.sphq.org/Pages/Hathi/Histoire.htm>
- SWIM, J.K., FERGUSON, M.J. et HYERS, L.L. (1999). « Avoiding stigma by association: subtle prejudice against lesbians in the form of social distancing ». *Basic and Applied Social Psychology*. Vol. 21, n° 1, p. 61-68.
- TAYLOR, B. (1999). « Coming out as a life transition: homosexual identity formation and its implications for health care practice ». *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, n° 2, p. 520-525.
- TIEMANN, K., KENNEDY, S. A. et HAGA, M. P. (1997). « Lesbians' experiences with helping professionals ». *Affilia*. Vol. 12, n° 1, p. 84-95.
- TRIPPET, S. E. et BAIN, J. (1992). « Reasons American lesbians fail to seek conditional health care ». *Health Care for Women International*. Vol. 13, p. 145-153.
- TRIPPET, S. E. et BAIN, J. (1993). « Reasons American lesbians fail to seek traditional health care ». Dans Phyllis Noerager Stern. *Lesbian health: what are the issues?* Whashington : Taylor and Francis, p. 55-63.
- TULLY, C. T. (1995). « In sickness and in health: forty years of research on lesbians ». *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. Vol. 3, n° 1, p. 1-18.
- VEILLEUX, D. (1999). « Stigmatisation, clandestinité et recherche lesbienne ». Dans Denise Veilleux. *La recherche sur les lesbiennes : enjeux théoriques, méthodologiques et politiques*. Ottawa : Institut canadien de recherche sur les femmes, p. 41-74. (Voix féministes ; 7)
- VÉZINA, M. et BOURBONNAIS, R. (2001) « Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale ». Dans Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Portrait social du Québec : données et analyses*. Sous la direction de Mireille Lévesque et Pierre Lanctôt. Québec : Gouvernement, p. 279-287. (Collection la santé et le bien-être). En ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf/port_soc2001-12.pdf
- WELZER-LANG, D. (1994). « L'homophobie : la face cachée du masculin ». Dans Daniel Welzer-Lang, Pierre Dutey et Michel Dorais. *La peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie*. Montréal : VLB. (Des hommes en changement). En ligne : http://www.europrofem.org/02.info/22contri/2.07.fr/livr_dwl/peur/dwlpeur1.htm
- WELZER-LANG, D., DUTEY, P. et DORAIS, M. (1994). *La peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie*. Montréal : VLB, 302 p. (Des hommes en changement).

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

- WHITE, J.C. et DULL, V.T. (1998). « Room for improvement: communication between lesbian and primary care provider ». Dans Christy M. Ponticelli. *Gateway to improving lesbian health and health care: opening doors*. New York: Harrington Park Press, p. 95-110.
- WILKERSON, A. (1994). « Homophobia and the moral authority of medicine ». *Journal of Homosexuality*. Vol. 27, n°s 3-4, p. 329-347.
- WILLIAMSON, I.R. (2000). « Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men ». *Health Education Research*. Vol. 15, n° 1, p. 97-107.
- WILTON, T. (1999). « Towards and understanding of the cultural roots of homophobia in order to provide a better midwifery service for lesbian clients ». *Midwifery*. Vol. 15, p. 154-164.