



Pour le dire ...

Résumé du rapport de recherche

Septembre 2003

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

Recherche et rédaction

Isabelle Mimeault

Avec la collaboration

du comité Santé des lesbiennes
(comité consultatif)

Coordonnatrice du comité

Lise Lamontagne
Directrice générale du RQASF

Membres du comité

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

Graphisme :

ATTENTION design+communication

Cette recherche a été rendue possible grâce à la participation financière de la **Fondation Solstice** (fonds de démarrage du projet / Groupe d'éducation-santé du Québec) et du **ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)**.

Cette publication est une réalisation du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), en collaboration avec le Groupe d'éducation-santé du Québec

Montréal

© RQASF Septembre 2003

ISBN : 2-9806433-6-X

Introduction

Cette recherche découle d'une consultation menée en 1999 auprès de lesbiennes par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF, ci-après aussi nommé le Réseau), à l'occasion de l'élaboration de son Cadre de référence. Depuis cette consultation, le manque d'accessibilité aux services vécu par les lesbiennes préoccupe vivement le Réseau, en raison de l'impact d'une telle lacune sur la santé de ce segment de la population. C'est pourquoi le Réseau a mis sur pied le comité Santé des lesbiennes qui réunit des femmes de différents milieux, toutes préoccupées par la santé des lesbiennes. Le travail de

ce comité a conduit à l'élaboration du présent projet de recherche qui concerne l'accessibilité des lesbiennes aux services

sociaux et aux services de santé de même que le vécu de ces femmes face aux services. Ce comité, que coordonne le Réseau, a agi à titre de comité consultatif tout au long du projet. Les résultats ont fait l'objet de discussions qui ont servi à l'élaboration de recommandations.

Spécificités lesbiennes

N'étant pas concentrées spécialement en milieu urbain, et a *fortiori* dans des secteurs limités des grandes villes, n'étant pas non plus considérées à risque de contracter le VIH-SIDA, les lesbiennes ont moins bénéficié des efforts entrepris par les

services publics pour rejoindre la population homosexuelle. Pourtant, de même que pour les gais¹, les lesbiennes vivent la marginalisation, l'hétérosexisme et l'homophobie dans la société en général et à l'intérieur des services sociaux et des services de santé. Le comité de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur les services de santé mentale offerts aux femmes a rendu public, en 1997, le rapport *Écoute-moi quand je parle*, qui reconnaît clairement l'orientation sexuelle au nombre des déterminants de la santé.

Hétérosexisme : Forme de rapport de pouvoir qui impose l'hétérosexualité comme unique norme sociale acceptable, ce qui exclut l'homosexualité. Selon la norme hétérosexiste, l'homosexualité est considérée comme une maladie, une tare, une perversion...

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

¹ Dans cette étude, le terme " gais " concerne les homosexuels de sexe masculin. Toutefois, certaines lesbiennes qui ont participé à l'étude utilisent aussi le mot " gaies " pour " lesbiennes ", ce qu'on peut constater dans les extraits d'entrevues cités dans le rapport complet.

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

L'Enquête sociale et de santé 1998 est la première étude probabiliste (c'est-à-dire avec un échantillon au hasard), au Québec, à poser la question de l'orientation sexuelle. Les

résultats confirment l'importance d'accorder une attention particulière à la population homosexuelle, reconnaissant que ces personnes vivent des diffi-

cultés spécifiques, liées à leur orientation sexuelle : isolement, idées suicidaires, parasuicides (tentatives de suicide), détresse psychologique. Selon la même enquête, les lesbiennes sont en proportion deux fois plus nombreuses que les femmes hétérosexuelles à être considérées « très pauvres », soit 15,5 % pour les premières contre 6,9 % pour les secondes. Cette étude confirme également que les lesbiennes ont moins recours aux services préventifs : ces dernières risquent donc d'être plus vulnérables à certains problèmes de santé.

Malgré tous ces facteurs de risque, les lesbiennes sont, d'après certains auteurs², la catégorie sociale la moins étudiée au Québec et au Canada. Moins

de travaux encore auraient déjà été réalisés au sujet des lesbiennes âgées et de celles issues des minorités ethniques ou racisées. La présente recherche est d'ailleurs, à notre connaissance, la toute première à donner la parole à des lesbiennes de diverses origines, qui rencontrent des barrières sociales supplémentaires en raison de la couleur de leur peau, de la consonance étrangère de leur nom ou de leur langue d'origine, bref à révéler le racisme vécu par ce groupe de femmes au Québec. Nous souhaitons voir ces femmes, tout comme l'ensemble des lesbiennes du Québec, être reconnues comme des citoyennes à part entière.

Analyse différenciée : Approche qui consiste à analyser séparément la situation des hommes et des femmes pour mettre en lumière les différences et les inégalités, et permettre de développer des interventions pour réduire les écarts entre les sexes.

Objectifs du projet

Outre la volonté de rendre publique la voix de lesbiennes de toutes origines (majoritaire et minoritaires), de tous âges et de différentes régions, la recherche poursuit deux principaux objectifs. D'abord, documenter, à partir de la réalité des lesbiennes, les obstacles et barrières qu'elles rencontrent dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé, afin de formuler des recommandations concrètes pour améliorer les services. Aussi, répertorier les expériences développées à ce jour pour rendre les services plus accessibles, afin d'identifier les conditions

² Pour les références, voir le rapport complet.

ayant prévalu à la mise sur pied de ces expériences. Si de tels projets ont déjà été mis de l'avant, il apparaît pertinent de les faire connaître et de les adapter à différents contextes ou, encore, de s'en inspirer pour la conception de nouveaux outils d'intervention ou de sensibilisation.

Méthodologie

Pour rendre compte des expériences réalisées jusqu'à maintenant, un sondage téléphonique auprès de l'ensemble des 142 CLSC du Québec a été complété. D'autre part, pour obtenir une vision globale du vécu des lesbiennes en matière de services sociaux et de services de santé, nous sommes allées sur le terrain. Au total, 53 lesbiennes de différents âges, origines ethniques et milieux socio-économiques ont participé à l'étude, soit lors d'entrevues de groupe dans le Bas-Saint-Laurent, le Centre-du-Québec et à Montréal, soit lors d'entrevues individuelles en profondeur à Montréal (récits de vie). De l'observation dans des organismes pour les jeunes gais et lesbiennes (Projet 10 et Jeunesse Lambda) a aussi permis de cerner la réalité des jeunes lesbiennes.

Cette synthèse du rapport final présente les principaux résultats du chapitre II (sondage téléphonique), du chapitre III (recherche qualitative) ainsi que les recommandations issues des réunions de travail avec le comité consultatif. Une plus ample discussion de la problématique étudiée, de l'approche privilégiée et de ses fondements théoriques, de même que de certains enjeux méthodologiques de la recherche sur les lesbiennes et des méthodes utilisées figurent dans la version intégrale du rapport. Le rapport complet cite également de nombreux extraits d'entrevues avec les lesbiennes ayant participé à l'étude.

Accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé au Québec

Les orientations ministérielles *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles* sont-elles connues dans les CLSC? Quelles suites leur sont données? Quelles expériences ont été mises sur pied au Québec pour améliorer l'accessibilité des lesbiennes aux services? Comment ont été reçues les deux formations du MSSS dans les CLSC? Ont-elles favorisé l'émergence d'autres initiatives? Existe-t-il des disparités régionales? De quels types d'établissements et de quelles professions sont issus les participants et les participantes aux formations du Ministère? Telles étaient les questions de départ du sondage réalisé dans tous les CLSC du Québec

Ce sondage démontre que peu d'expériences visant une meilleure accessibilité des lesbiennes aux services ont été développées au Québec jusqu'à maintenant. Les orientations ministérielles *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles* sont peu connues. Des répondants et répondantes de CLSC partagent la croyance qu'un traitement semblable à l'endroit de toutes les catégories d'usagers et d'usagères 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.

Il semble qu'en l'absence d'une masse critique de gais et lesbiennes dans un territoire ou un quartier donné, la question de l'accessibilité des lesbiennes aux services repose sur quelques individus personnellement impliqués. Quelques personnes

ont veillé à ce que les orientations ministérielles ne dorment pas sur les tablettes et les ont utilisées à l'interne. Seuls quatre CLSC ont initié des mesures relatives à l'accessibilité des lesbiennes à leurs services (autres que les formations du Ministère). Trois de ceux-ci ont été sélectionnés pour des entretiens téléphoniques plus en profondeur. Les répondants et répondantes de ces CLSC ont témoigné de l'importance de la sensibilisation du personnel pour offrir des services qui répondent aux besoins des lesbiennes.

Le sondage a permis de constater des disparités entre les régions. D'après nos données, 80 % des CLSC du Québec n'ont pas initié de mesures afin de s'assurer que leurs services répondent aux besoins des lesbiennes : selon les régions, les taux varient de 55 % à 100 %. Les formations du MSSS constituent la principale et quasi unique mesure en cette matière à travers le Québec.

Les régions de la Côte-Nord, des Laurentides, de Laval et du Nord-du-Québec sont celles où les CLSC ne se seraient pas questionnés sur l'accessibilité des lesbiennes à leurs services et qui n'ont pas participé aux formations du Ministère. Le Bas-Saint-Laurent, l'Estrie, la Montérégie, Montréal et l'Outaouais récoltent aussi les taux les plus bas du sondage. La région de la Mauricie-Centre-du-Québec est celle où un plus grand nombre de CLSC se sont préoccupés de mieux répondre aux besoins des lesbiennes.

La révélation la plus saisissante du sondage concerne Montréal, région où seulement deux CLSC sur 29, soit 7 %, se sont intéressés à la question de l'accessibilité des lesbiennes à leurs services. L'un de ces CLSC, situé en plein cœur du

quartier gai dans le sud-ouest de la ville, compte des gais et lesbiennes parmi son personnel: d'après la personne interrogée, le CLSC offrirait des services sensibles à la réalité des lesbiennes. L'autre CLSC a participé à la première des deux formations. Notons qu'aucun CLSC de Montréal, ni même aucune autre institution de cette ville, n'a offert la deuxième formation, du moins avant la fin de l'année 2000.

Ces données posent de sérieuses questions car Montréal est la région la plus peuplée du Québec. Suffit-il qu'un seul CLSC soit sensibilisé à la problématique de l'homosexualité pour répondre aux besoins de la clientèle de l'ensemble de l'île? Les lesbiennes seraient-elles concentrées sur le territoire d'un seul CLSC? N'est-il pas inquiétant qu'autant de CLSC à Montréal se sentent si peu concernés par les services offerts aux lesbiennes? Comme s'il suffisait que les «gais» aient «leur» CLSC... une fois de plus, les lesbiennes sont comprises dans le terme.

Puisque les formations du Ministère apparaissent comme étant la seule mesure initiée à ce jour, nous avons voulu savoir QUI manifeste la volonté de s'y inscrire et d'OU ces personnes proviennent. Concernant les types d'établissements et les professions dont sont issus les participants et les participantes aux formations du Ministère, les statistiques du MSSS sur les formations révèlent que les personnes inscrites aux deux formations se regroupent en majorité sous l'appellation «intervenants». Elles travaillent principalement dans les organismes communautaires et les CLSC. On constate le faible nombre de professionnels et professionnelles de la santé, tant en santé physique que mentale. Rendre obligatoire la formation de l'ensemble du personnel du secteur

de la santé et des services sociaux ouvrirait la voie à une meilleure prise en compte des besoins des lesbiennes.

En l'absence de plan d'action et de lignes directrices, les orientations ministérielles seraient quasi tombées dans l'oubli si des formations n'avaient été offertes par le MSSS. Ces formations représentent le principal sinon le seul moyen de sensibilisation aux réalités homosexuelles dans le réseau de la santé. Par contre, elles sont une activité isolée et, comme elles ne sont pas obligatoires, surtout des personnes déjà intéressées à la question s'y inscriraient. C'est ce que portent à croire les statistiques du Ministère quant au profil des personnes inscrites aux formations entre 1997 et 2000. Ces formations doivent assurément être poursuivies mais elles sont insuffisantes pour garantir des services qui répondent aux besoins des lesbiennes. Notre sondage est révélateur en ce sens. Le temps est donc venu de former nommément les praticiennes et les praticiens du réseau de la santé et des services sociaux. La recherche qualitative, qui analyse le vécu de 53 lesbiennes, a illustré à quel point les formations, bien que nécessaires, ne suffisent pas pour assurer l'accès des lesbiennes aux services du Québec.

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

« Il ne faut pas que ce soit une intervention comme si c'était un patient malade ou un client. (...) J'allais là, juste pour rencontrer d'autres gais, puis voir c'est quoi la communauté. Puis je me fais dire "c'est quoi ton problème ?". J'ai [soi-disant] un problème ? C'est quoi, cette équation ? »

« L'isolement [favorise les] problèmes de santé mentale. Quand tu n'as personne à qui parler, quand tu as une société qui ne te reflète pas, quand tu es ignorée dans ta famille (ils pensent peut-être que tu es folle)... Dans ton travail, tu ris de l'hétérosexisme, puis tu fais semblant que la joke est drôle. Un moment donné, tu es (...) out de la société... »

L'analyse des récits des répondantes a contribué à faire la lumière sur le quotidien de nombreuses lesbiennes. À travers plusieurs parties de ce chapitre, s'est dessiné un portrait de la société dans laquelle vivent les lesbiennes, une société différente de celle que connaissent les hétérosexuelles.

Profil des participantes

Le questionnaire socio-démographique remis à l'ensemble des lesbiennes rencontrées en entrevue de groupe ou en entretien individuel permet de dresser un profil général des participantes. L'hétérogénéité

du groupe en termes d'âge, de statut socio-ethnique, de niveau de

scolarité complété, d'occupation, de revenu, de vécu hétérosexuel ou pas, de situation de vie et de maternité complexifie l'analyse mais indique que la réalité des lesbiennes, comme groupe social non homogène, a été explorée.

Être lesbienne au Québec : vivre avec soi et avec les autres

Plusieurs lesbiennes qui ont participé à la recherche font une évaluation positive de la conjoncture actuelle au Québec, si on la compare à celle vécue par les générations précédentes et à celle vécue dans d'autres pays. Certaines se trouvent « privilégiées ». Une majorité des lesbiennes rencontrées sont heureuses de *pouvoir vivre* leur lesbianisme, conscientes du climat beaucoup plus hostile dans lequel ont évolué les générations précédentes. Dans la foulée de la *Loi*

instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation et des changements sociaux que ces nouveaux droits devraient susciter, plusieurs sont optimistes quant à l'avenir, malgré une situation présente parfois difficile.

Toute cette partie met en évidence l'important éventail des possibles. Les propos recueillis, destinés en premier lieu à connaître l'accès aux services, ne sont pas exhaustifs sur les différentes problématiques abordées. Nous avons voulu mettre en relief la *diversité des vécus et des facteurs en interaction*. Malgré ces limites, nous croyons toutefois fournir des pistes pour mieux cerner la problématique d'ensemble, notamment

Lesbophobie : Forme particulière de discrimination qui affecte les lesbiennes.

en ce qui a trait à l'invisibilité sociale et à ce que nous avons appelé la lesbophobie, ainsi que le vécu des lesbiennes quant aux sujets abordés.

La méthode des histoires ou des trajectoires de vie (entretiens en profondeur) s'est avérée fructueuse pour saisir non seulement les barrières que rencontrent les lesbiennes dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé, mais leurs significations cachées. En l'occurrence, cette démarche nous a d'abord permis d'identifier trois facteurs de vulnérabilité à la lesbophobie intériorisée et à l'isolement social : une famille lesbophobe ; un réseau social pauvre (peu ou pas de réseau de soutien) ; de mauvaises expériences et la discrimination (au travail surtout).

L'analyse a révélé un important vécu de discrimination et un isolement social bien réels. Au moins six thèmes ou moments de la trajectoire de vie

« C'est sûr que la question, ça te travaille tout le temps: « est-ce que je le dis, est-ce que je ne le dis pas ? ». Si on me demande et que j'ai eu un bon feeling, je vais le dire. Si on ne me le demande pas, je ne le dirai pas, même si j'ai eu un bon feeling. »

des lesbiennes sont apparus, dont le déroulement et le dénouement peuvent influencer leur santé mentale et physique. Nous les reprenons successivement ici dans l'ordre de leur présentation dans le texte, 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.

Coming out

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.

Coming out : Acceptation et révélation de son orientation homosexuelle. Les répondantes ont aussi utilisé les mots « le dire ».

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, l'école et, pour les plus âgées, l'Église, 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.

Famille

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

« Ils assument que les lesbiennes n'ont pas d'enfants. Quand il arrive à la section dans mon histoire de cas, « avez-vous des enfants ? », il a répondu pour moi : « pas d'enfants ». J'ai dit : « eh ! attends, j'ai deux enfants ». Ce médecin, qui ne m'a pas reconnue du tout comme mère (...) c'est lui qui m'a fait la chirurgie. Il n'a pas pu me regarder dans les yeux [toute la durée de] l'entrevue. »

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 à 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.

Discrimination à l'école et au travail

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 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 soupçons peuvent alimenter l'expression de harcèlement et de préjugés 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.

Amitiés

Nous avons évoqué le fait qu'une « famille d'origine » lesbophobe représentait un facteur de vulnérabilité à l'intériorisation de la lesbophobie par les lesbiennes. Les actes et les paroles de ces familles activement lesbophobes, nuisibles pour la santé de ces femmes, poussent les lesbiennes vers un plus grand isolement. 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'origine ethnique ou nationale.

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

« J'ai déjà appelé les centres pour [femmes victimes de violence conjugale] puis j'ai trouvé que c'était difficile de parler avec elles... toute leur formation est faite par rapport à un homme qui violente une femme. »

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.

Couple

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 celui des lesbiennes, affecté par l'isolement social. Il s'agit d'une *cinquième* composante fondamentale 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.

Migration

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 elle 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 entretenu par les lesbiennes ayant participé 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, ces dernières apparaissant à plusieurs comme une stratégie pour briser l'isolement.

Ce portrait des rapports des lesbiennes à elles-mêmes et avec les autres contredit plusieurs préjugés, à commencer par certaines généralisations qui enferment les lesbiennes dans une image stéréotypée et figée d'un groupe homogène. Nos résultats opposent à cette vision simplificatrice une importante diversité chez les lesbiennes et dans la communauté lesbienne. Nous avons vu que certains moments dans la trajectoire de vie des lesbiennes sont déterminants pour leur santé physique et mentale. Ainsi, leur santé, leur isolement social, leur invisibilité sont-ils le produit de rapports sociaux qui se construisent à travers ces moments cruciaux de leur vie.

« Je voulais dire quelque chose qui me paraît un facteur important parmi les lesbiennes que je connais, il y en a qui me disent : « moi, je ne vais pas chez le docteur ». Fait que oui, il y a un sérieux problème de manque de confiance par rapport aux docteurs. »

« Que ça soit clairement indiqué comme option, parce qu'on est toujours mis dans cette situation-là où la norme est hétérosexuelle. Je suis d'accord, c'est la majorité, mais ça nous met constamment dans une situation très inconfortable. »

« Moi, tout ce que je pourrais dire, c'est que mon médecin sait que je suis lesbienne, c'est même lui qui m'a aidée à traverser ça. Parce que je m'interrogeais sur mon orientation sexuelle et il me donnait des pistes. Aujourd'hui, quand je le vois, je le remercie car il m'a beaucoup aidée. »

Rapport avec le système de santé et état de santé

Les études, tant états-uniennes que canadiennes, révèlent que les lesbiennes ont beaucoup de résistance à consulter les services médicaux. La pratique médicale s'étant articulée autour du concept d'hétérosexualité, le fait d'être lesbiennes les marginalise d'emblée. Plus du tiers des femmes rencontrées en entretien individuel à Montréal disent « peu consulter » les services sociaux et les services de santé (dix femmes sur 26, soit 38 %). La majorité de ces femmes, de différents âges, ne bénéficie pas d'un suivi médical régulier.

Malgré le fait qu'elles consultent moins que la population hétérosexuelle, plusieurs répondantes se préoccupent de leur santé et cherchent par tous les moyens à se tenir informées sur la santé des femmes. Elles lisent des livres, discutent avec des amies, développent une approche « auto-santé », apprennent à se connaître et à savoir comment réagir pour contrer des petits maux en respectant leur corps. Ces femmes se montrent préoccupées par leur alimentation, affirment faire de la marche ou de l'exercice.

Plusieurs répondantes formulent les objections que font valoir les féministes face au discours biomédical dominant, centré sur les maladies plutôt que sur les personnes et la prévention, avec pour conséquences une approche curative souvent déshumanisante, le manque d'écoute et la prise de médicaments toxiques aux effets secondaires plus ou moins importants. C'est pourquoi elles sont nombreuses à consulter les professionnels et professionnelles en médecine complémentaire. Les approches dites alternatives

sont reconnues comme étant plus humaines et plus centrées sur la personne qui consulte, plutôt que sur la maladie à traiter.

Concernant leur état de santé physique et mentale, les informations recueillies ont révélé l'impact des barrières à l'accès aux services sociaux et aux services de santé. Plus du tiers des répondantes n'auraient jamais passé le « 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. Près de la moitié n'auraient jamais consulté de médecins en raison de problèmes gynécologiques et la très grande majorité n'aurait jamais contracté de maladies transmissibles sexuellement (MTS). Au niveau de la santé mentale, nous avons 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.

Besoins des lesbiennes relatifs à l'accès aux services

Quels sont les besoins spécifiques des répondantes concernant les services sociaux et les services de santé ? Leurs besoins sont en général ceux de toutes les femmes mais à ceux-ci s'ajoutent des besoins particuliers. Le besoin fondamental d'être respectées et entendues se manifeste dans l'ensemble de leur discours. Le

« Beaucoup pensent qu'on est à l'abri des MTS (...) ce qui n'est pas vrai (...) parce que je peux vous dire que j'en ai attrapé des MTS. Je pense qu'il y a un gros problème de connaissance, beaucoup de formation. »

« Je connais des jeunes qui se sont fait répondre [de façon inappropriée] au CLSC (...) puis ça les a fermées vraiment là. C'est la première fois que tu oses en parler à quelqu'un, puis cette personne-là te dit que tu n'es pas normale. »

souhait d'une relation simple et franche avec les praticiens et praticiennes de la santé s'est également imposé. Si les répondantes veulent d'abord être respectées, elles ont aussi manifesté le besoin d'être informées adéquatement sur leur santé. En réaction aux difficultés rencontrées pour obtenir satisfaction, quelques-unes voudraient recourir à des services particuliers. D'autres ont dit souhaiter une « médecine intégrée », c'est-à-dire qui permette l'accès à la médecine conventionnelle et aux approches alternatives ou complémentaires, telles l'acupuncture, l'homéopathie ou l'ostéopathie.

Barrières rencontrées dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé

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 :

La 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 la relation des lesbiennes avec les professionnelles et professionnels de la santé. La discrimination et les préjugés lesbophobes se manifestent aussi par des attitudes de rejet, de déni ou de manque de respect, par des paroles parfois offensantes, allant jusqu'au refus de prodiguer les soins dans certains cas.

L'hétérosexisme influence la définition admise de la famille et la perception de la maternité lesbienne. Il affecte les lesbiennes à la recherche d'un suivi de grossesse, les cours prénatals, de même que le suivi pédiatrique et les interventions psychosociales auprès d'enfants issus de couples lesbiens.

L'ignorance et le manque de compétence des professionnelles et professionnels de la santé.

Ils s'expliquent en partie par l'invisibilité des lesbiennes et par 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.

La lesbophobie et l'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.

La 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 inégaux et discriminatoires, s'ajoute une pauvreté des

« Les femmes plus âgées, les femmes de mon âge, il y en a qui ne font pas [de visite annuelle chez le médecin] non plus (...) [il faudrait] qu'il y ait toujours quelqu'un dans les services de santé, que ce soit dans un CLSC ou peu importe, qu'il y ait quelqu'un qui soit capable d'approcher une femme qui n'ose pas le dire par exemple, parce qu'il y en a qui ont soixante ans et qui ne l'ont jamais dit. Il y a des femmes qui vivent encore avec ce secret-là. C'est triste mais c'est ça pareil. »

« Le médecin dont je parlais tantôt qui voulait m'envoyer en psychiatrie car j'étais lesbienne, quand je suis sortie de son bureau, il a appelé ma mère pour lui dire que j'étais homosexuelle. »

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.

L'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 «visibilisation» (plus offensives). La principale 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 stigmate 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. 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.

Particularités des barrières pour certains sous-groupes

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, la 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 dites visibles, elles ont encore moins tendance à consulter les services sociaux et les services de santé que les autres lesbiennes, en raison d'une barrière linguistique et du racisme. Elles sont également plus pauvres.

Conclusion

L'analyse des rapports sociaux révélés par l'examen de la trajectoire de vie des lesbiennes de même que des barrières qu'elles rencontrent dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé a démontré 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 qui présument d'emblée de leur hétérosexualité; elles évitent précisément ces rencontres éprouvantes qui sont 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 démontre que même si la *Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation* 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, 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 les 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, communauté 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 d'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 en la rendant claire, visible et explicite dans le site Internet du Ministère et dans 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 des personnes,
- 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 aux 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 d'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 sur l'intervention auprès de cette population

Bon de commande

Pour commander le rapport de recherche :

Pour le dire...

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

Vos coordonnées :

Nom _____

Nom de l'organisme (s'il y a lieu) _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Nombre d'exemplaires désirés : _____

(pour deux exemplaires ou plus, des frais postaux vous seront facturés)

Veillez retourner ce coupon

par la poste: Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)
4273, rue Drolet, bureau 406
Montréal (Québec) H2W 2L7

par télécopieur : (514) 877-0357

Vous pouvez aussi commander par téléphone au (514) 877-3189