



Pour le dire...

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

Recherche et rédaction

Isabelle Mimeault

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

Lise Lamontagne
Directrice générale du RQASF

Membres du comité

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

Mise en pages

Suzanne Chabot, POPCOMM

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

Montréal

© RQASF, mai 2003

ISBN : 2-9806436-6-X

Table des matières

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

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

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

Table des matières

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

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

Avant-propos

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

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

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

Isabelle Mimeault, chercheure

Introduction

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

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

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

-
1. Vous pouvez consulter le Cadre de référence du RQASF dans son site Internet à l'adresse suivante : http://www.rqasf.qc.ca/publications/cr_sommaire.html
 2. Dans cette étude, le terme « gais » concerne les homosexuels de sexe masculin. Toutefois, certaines lesbiennes qui ont participé à l'étude utilisent aussi le mot « gaies » pour « lesbiennes », ce qu'on peut constater dans les extraits d'entrevues cités tout au long de ce rapport.
 3. Nous verrons plus loin que l'hétérosexisme est une forme de rapport de pouvoir qui impose l'hétérosexualité comme unique norme sociale acceptable, ce qui exclut l'homosexualité. Selon la norme hétérosexiste, l'homosexualité est considérée comme une maladie, une tare, une perversion...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre I

Questions préliminaires

Ce premier chapitre vise à poser les bases sur lesquelles s'appuie l'ensemble de la recherche. La première partie (A) expose la problématique d'ensemble, à partir de quelques éléments du contexte social et politique québécois en regard des droits des gais et lesbiennes. La seconde partie (B) expose l'approche théorique qui a inspiré l'orientation de la recherche et qui s'est précisée et confirmée sur le terrain, au cours de la recherche. Enfin, la dernière partie (C) est consacrée à la méthodologie. Elle discute brièvement des difficultés méthodologiques propres à la recherche sur les lesbiennes et présente les méthodes choisies.

A. Problématique : contexte socio-historique québécois

D'abord réprimée par le droit comme un crime et par l'Église comme un péché, l'homosexualité a été traitée comme une maladie après avoir été décriminalisée par la Loi Omnibus de 1969. Selon Chamberland, les partisans de la Loi Omnibus ont contribué à légitimer le discours d'experts médicaux selon qui l'homosexualité n'était pas un crime mais plutôt le fait de déviants sexuels (Chamberland 1996 : 130). L'influence de l'appareil psychomédical n'était pas prépondérante avant les années 1970 (*Id.* : 70) mais cette situation s'est transformée radicalement au cours de cette décennie. Cette influence se poursuit jusqu'à nos jours, malgré le retrait de l'homosexualité du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) en 1973. Il fallut attendre 1992 pour que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fasse de même.

Malgré des ratés, les droits des gais et lesbiennes ont de toute évidence fait d'importants pas en avant au Québec depuis la décriminalisation de l'homosexualité, en 1969, jusqu'à nos jours. Dans les années 1970, plusieurs associations de gais et lesbiennes ont lutté pour l'ajout de l'orientation sexuelle comme motif illicite de discrimination dans la *Charte des droits et libertés de la personne*, ce qui fut fait dès décembre 1977. Toutefois, constatant, en 1979, que l'inclusion dans la Charte ne mettait pas fin aux attitudes négatives et à la discrimination subie par ces minorités, le Rassemblement national des lesbiennes et des gais du Québec déposait un mémoire au Comité sur les services sociaux pour réclamer des services sociaux répondant aux besoins spécifiques de la population homosexuelle (CDPQ 1994 : 6). Dans les années 1980, les associations de gais et lesbiennes entretenaient des liens avec la Commission des droits de la personne (CDPQ) qui aboutirent en 1992 à une demande d'enquête publique sur la violence et la discrimination faites aux gais et lesbiennes.

Le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec (aujourd'hui RQASF) a soumis un mémoire à l'occasion de cette enquête publique soulignant que les lesbiennes consultent moins que les femmes hétérosexuelles en raison du « manque de connaissance – chez les intervenants et intervenantes – de la réalité [de ces femmes] en matière de santé et de services sociaux, de l'incompréhension qui en découle, voire même le rejet » (CDPDJ 1996 : 16). À la suite des consultations, le rapport *De l'illégalité à l'égalité* a été publié (CDPQ 1994). Les recommandations 5 à 9 concernent la santé des lesbiennes :

Recommandation 5 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Conseil du statut de la femme, entreprenne une étude sur les besoins des lesbiennes en matière de santé et de services sociaux.

Recommandation 6 : Que les responsables de la formation permanente des professionnels de la santé assurent une formation adéquate en matière de santé lesbienne.

Recommandation 7 : Que le ministère de la Santé et des Services sociaux subventionne adéquatement les centres de santé des femmes au Québec afin qu'ils puissent continuer à développer une expertise spécifique en santé lesbienne et soient en mesure de desservir cette population de manière efficace.

Recommandation 8 : Que l'ensemble des centres de femmes du Québec tienne compte des besoins spécifiques des lesbiennes, et que des allocations financières des ministères qui octroient des subventions soient prévues à cette fin.

Recommandation 9 : Que les organismes communautaires qui offrent des services spécifiques aux femmes, telles que les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, révisent leurs pratiques afin d'assurer l'accès des lesbiennes victimes de violence à ces mêmes services (CDPQ 1994 : 36-37).

Dans les années suivant la publication de ce rapport, quelques initiatives qualifiées de « sporadiques » par l'équipe chargée du suivi des recommandations furent mises sur pied (CDPDJ 1996). La principale retombée positive fut la formation d'un comité de travail au MSSS et l'élaboration d'orientations ministérielles sur l'adaptation⁵ des services sociaux et des services de santé aux réalités homosexuelles (MSSS 1997b). Les orientations proposent quatre axes d'action afin d'améliorer les services :

- la lutte à la discrimination à l'endroit des personnes homosexuelles ;
- l'adaptation des services aux besoins de la clientèle visée ;
- la reconnaissance des communautés gaies et lesbiennes et le soutien de leur contribution ;
- l'amélioration des connaissances et des interventions (*Id.* : 28-30).

5. Dans ce rapport, nous privilégions et utilisons davantage l'expression « accessibilité » des services (selon nous, les lesbiennes ont un accès différencié aux services) à « adaptation » des services (concept qui connote l'idée que les difficultés des lesbiennes seraient dues à leur différence... et peut-être même ne seraient-elles pas « adaptées » à la société ?).

Chapitre I

Questions préliminaires

Dans l'objectif d'assurer l'implantation de ces orientations, le Ministère a formé un comité conjoint composé de deux de leurs représentants et de quatre de régies régionales dont le mandat était le suivant :

- assurer la diffusion et la promotion des orientations ministérielles auprès des divers paliers d'intervention ;
- collaborer au soutien de la mise en œuvre des quatre axes d'intervention, notamment en participant aux actions intersectorielles visant la réduction de la discrimination à l'endroit des personnes d'orientation homosexuelle ;
- concevoir un plan d'action et les outils nécessaires à la production annuelle, par le Ministère et les régies régionales, d'un rapport d'étape portant sur les activités réalisées ;
- analyser les rapports d'étape et les diffuser annuellement auprès des instances concernées.

Après trois ans, ce comité [devait faire] l'objet d'une évaluation relative à l'ensemble de la démarche entreprise et à l'atteinte des objectifs visés et [devait être] soumis à un examen en vue de mesurer sa pertinence (*Id.* : 31).

Le comité mis sur pied ne fut actif que pendant les deux premières années (1997-1999) et ne fut jamais réanimé, pour diverses raisons administratives, expliqua un répondant du Ministère rejoint en décembre 2001. Aucun plan d'action ne fut rédigé mais des actions concrètes furent entreprises, notamment la formation des intervenantes et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Deux formations sur les réalités homosexuelles sont offertes à travers toutes les régions du Québec :

1 : *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité* (depuis 1994) ; et

2 : *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles* (depuis 1997).

En dépit de la volonté de changement exprimée par la publication des orientations ministérielles sur l'adaptation des services à la population homosexuelle, une consultation du RQASF en 1999 a fait ressortir que peu d'effets se faisaient sentir sur le terrain. C'est pourquoi nous avons voulu savoir, au cours de la présente étude, s'il y eut d'autres initiatives, en sus du programme de formation déjà disponible dans l'ensemble du territoire québécois.

Les mouvements gai et lesbien ont continué de réclamer la fin de la discrimination dans les lois fédérales et provinciales. L'adoption de la Loi sur les conjoints de faits en juin 1999⁶ et l'entrée en vigueur de la Loi sur l'union civile en juin 2002⁷ s'inscrivent dans ce vaste mouvement vers une reconnaissance et une plus grande égalité pour les gais et lesbiennes. Cette dernière

6. Loi 32 : *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les conjoints de fait.*

7. Loi 84 : *Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation.*

loi facilite l'accès à la maternité pour les lesbiennes. L'actualité de ce dossier rend difficile l'analyse de cette problématique à l'intérieur de cette étude : la situation évolue rapidement. En voici quelques faits saillants :

- février et mai 2002 : consultations à l'Assemblée nationale sur le projet de loi ;
- avril 2002 : le Centre de fertilité de Montréal ouvre ses portes aux lesbiennes ;
- 7 juin 2002 : adoption du projet de loi sur l'union civile ;
- 24 juin 2002 : entrée en vigueur de la Loi sur l'union civile ;
- octobre 2002 : les cliniques de fertilité Procrea Montréal et Procrea Québec ouvrent leurs portes aux lesbiennes ;
- automne 2002 : les groupes de gais et lesbiennes préparent des mémoires en vue de la consultation parlementaire du gouvernement fédéral sur la question du mariage pour les conjoints de même sexe.

L'union civile marque une victoire pour la reconnaissance des couples de même sexe. La Loi a pour effet de reconnaître aux couples gais et lesbiens les mêmes droits qu'aux couples mariés, en matière de patrimoine familial, de prestations compensatoires et de direction de la famille. Elle donne le droit d'adopter l'enfant de sa conjointe et reconnaît celle-ci comme co-mère. Par le passé, seule la mère biologique ou adoptive avait la garde légale. Malgré ces progrès indéniables, l'évolution beaucoup plus lente des mentalités démontre l'importance de mettre en œuvre des moyens concrets pour donner à la nouvelle loi une portée réelle.

B. Approche

Pour répondre à nos objectifs, l'approche privilégiée doit servir la compréhension des besoins, perceptions et vécus des lesbiennes, en lien avec la santé. Trois éléments interreliés seront successivement détaillés dans cette partie. L'approche féministe de la santé des femmes, distinguée à grands traits du discours dominant sur la santé, constitue la toile de fond. L'approche systémique des déterminants de la santé a servi à des fins descriptives et comparatives, cette approche étant utilisée par les deux niveaux de gouvernement, provincial et fédéral. Enfin, l'approche relationnelle (au sens de Bourdieu), est essentielle à notre démarche compréhensive et analytique des rapports de pouvoir et de domination qui tissent le vécu des lesbiennes interrogées. Nous examinerons principalement la « lesbophobie » et ses liens avec le sexisme. Le sens commun suggérerait plutôt le terme « homophobie » mais nous soutenons qu'une forme particulière de discrimination affecte spécifiquement les lesbiennes. Nous évoquerons également l'impact majeur de la pauvreté sur la vie de plusieurs de ces femmes et du racisme pour certaines. Notre approche de départ s'est confirmée par les données du terrain de recherche. Aussi y ferons-nous référence tout au long du rapport.

◆ **Approche féministe de la santé des femmes**

L'analyse féministe définit la santé comme l'harmonie entre l'état intérieur (psychologique, intellectuel et émotif), l'état physique et l'environnement (social, économique et politique) [RQASF 1999]. Le Cadre de référence du RQASF énumère plusieurs différences entre le « discours dominant » sur la santé et l'approche féministe. Le *discours dominant* sur la santé :

- entretient une vision stéréotypée des femmes qui ne laisse pas de place à la différence, qu'elle soit reliée à l'identité sexuelle ou à la culture ;
- évalue les problèmes à partir d'une grille sexiste où le normal est masculin ;
- traite la maladie par une approche curative souvent déshumanisante, discriminatoire, sexiste et infantilisante ;
- s'occupe des maladies au lieu de prévention ou de promotion de la santé, sauf pour les clientèles dites à risque ;
- fait de la personne un ou une bénéficiaire prise en charge par un système qui crée et encourage la dépendance ;
- apporte surtout des solutions pharmacologiques et biotechnologiques plutôt que d'agir sur les modes de vie et sur les déterminants de la santé ;
- se sert de l'objectif de la santé pour contrôler les comportements ;
- supporte des choix de services qui ont des impacts sur la société et qui n'ont pas fait l'objet de débats publics. (*Id.*)

L'*approche féministe* de la santé des femmes s'inscrit en faux contre le discours dominant sur plusieurs plans :

- dénonce les mythes, les stéréotypes, qu'ils soient fondés sur le sexe, l'appartenance culturelle, l'orientation sexuelle ou le statut social ;
- évalue les problèmes en considérant la spécificité du genre ;
- affirme *a priori* que la femme est experte de son corps, de ses sensations, de ses émotions et de son histoire de vie ;
- propose des services spécifiques pour les femmes et réclame des soins adaptés à leurs besoins et à leur réalité ;
- mise sur la prévention et la qualité de vie pour assurer et restaurer la santé des femmes ;
- tient compte de toute la personne et non seulement du problème exposé ;
- informe pour aider au choix thérapeutique plutôt que de l'imposer ;
- se base sur la promotion et la préservation de la santé, sur l'auto-santé et sur une attitude ouverte et accueillante des processus normaux de la vie des femmes ;
- affirme l'importance d'échapper aux modèles pour trouver sa propre identité et ses propres solutions ;
- invite les femmes à regagner leur dignité et leur confiance en soi, à reconquérir leur pouvoir personnel et à favoriser la quête de l'autonomie ;

- réclame que les femmes soient associées aux décisions qui concernent leur vie ;
- [fait la promotion de] la compréhension plutôt que la peur, le soutien plutôt que l'isolement, l'expression des besoins plutôt que la dépendance. (*Id.*)

Si le discours dominant prévaut, c'est que le « propre des dominants est d'être en mesure de faire reconnaître leur manière d'être particulière comme universelle » (Bourdieu 1998 : 69). Une majorité de médecins semblent ignorer qu'ils ne pratiquent pas LA médecine mais UNE médecine, c'est-à-dire une approche précise, dite allopathique qui s'est imposée en Occident. Hippocrate lui-même, quelques siècles avant Jésus-Christ, avait découvert qu'il existait deux façons différentes de soigner : par les contraires (allopathie) et par les semblables (homéopathie) [Horvilleur 1981 : 150].

Alors que l'homéopathie fut développée en Allemagne par Hahnemann à la fin du XVIII^e siècle pour émerger au Québec à partir de 1840-1850, elle disparut de la province après la Seconde Guerre mondiale pour réapparaître depuis une trentaine d'années seulement (SPHQ : 2002). Il est donc faux de croire que la médecine homéopathique, *intégrée* au système de santé d'une cinquantaine de pays (Grande-Bretagne et ses anciennes colonies du Sud asiatique par exemple, Allemagne, Pays-Bas, Brésil...) serait une approche non encore éprouvée⁸. Ceci pour la médecine occidentale. La médecine chinoise quant à elle - acupuncture, Ki Gong notamment - est millénaire ! La médecine homéopathique de même que la médecine chinoise correspondent davantage aux caractéristiques de l'approche féministe de la santé des femmes (qui tient compte de la personne entière) que l'approche dominante (qui s'intéresse à traiter les maladies et non la personne) [voir Scott 1998].

En terminant, notons que dans une perspective féministe, l'analyse doit porter une attention particulière aux groupes marginalisés pour éviter de reproduire les stéréotypes et les discriminations, qu'ils soient fondés sur le statut social, l'âge ou l'origine ethnique. C'est pourquoi les spécificités éventuelles des sous-groupes des lesbiennes dans les régions, des jeunes, des lesbiennes âgées et des lesbiennes des minorités ethniques seront examinées.

◆ Approche systémique : déterminants de la santé

L'analyse systémique des déterminants de la santé s'intéresse aux interactions entre différents niveaux de facteurs (individuels, sociaux, environnementaux) qui influencent la santé. Ces facteurs sont appelés « déterminants de la santé ». Les déterminants *individuels* de la santé

8. Les personnes intéressées (ou sceptiques) peuvent se référer, notamment, à : Eskinazi (1999) ; Poitevin (1999) ; Davidson *et al.* (1997) ainsi qu'au site Internet du Syndicat des homéopathes du Québec (www.sphq.org).

sont privilégiés et font l'objet d'analyses statistiques. L'*Enquête sociale et de santé 1998* (ISQ 2000) et les analyses de Julien, Chartrand et Bégin (2002) d'un échantillon aléatoire de personnes homosexuelles, bisexuelles et hétérosexuelles à partir des données de cette même enquête, utilisent cette approche. Nous y référerons pour fins de comparaison avec nos résultats, lorsque pertinent. L'analyse plus fine que requiert l'étude des interactions entre différents déterminants sociaux nécessite d'après nous l'examen des rapports sociaux en jeu.

◆ **Approche relationnelle : sexisme, homophobie, lesbophobie, racisme...**

L'approche relationnelle s'inspire entre autres de la théorie de la pratique de Pierre Bourdieu. Il n'est pas approprié ici de détailler de façon approfondie la théorie de Bourdieu mais précisons que cette approche de la sociologie est relationnelle en ce qu'elle accorde la primauté aux rapports sociaux. Les phénomènes sociaux (pauvreté, sexisme, homophobie, lesbophobie...) sont analysés en termes de rapports entre acteurs qui occupent des espaces sociaux différenciés (les « champs » dans la théorie de Bourdieu). C'est pourquoi les barrières à l'accès aux services sociaux et aux services de santé seront considérées comme des rapports (de pouvoir) qui mettent en scène des acteurs bien concrets.

Avant de discuter du sexisme et de ses liens avec l'homophobie et la lesbophobie, une définition générale de la discrimination, en tant que mise en pratique ou exercice de ces rapports de pouvoir, peut s'avérer utile. Une excellente définition de la discrimination se trouve dans l'arrêt *Andrews*, prononcé par M. le juge McIntyre de la Cour suprême du Canada en 1989 :

« La discrimination peut se décrire comme une distinction, **intentionnelle ou non**, mais fondée sur des motifs relatifs à des caractéristiques personnelles d'un individu ou d'un groupe d'individus, qui a pour effet d'imposer à cet individu ou à ce groupe des fardeaux, des obligations et des désavantages non imposés à d'autres ou d'empêcher et de restreindre l'accès aux possibilités, aux bénéfices et aux avantages offerts à d'autres membres de la société. » (*Andrews c. Law Society of British Columbia*, [1989] 1 R.C.S.143, la mise en relief de certains mots est faite par nous)

La discrimination est une forme de violence psychologique (dans certains cas aussi physique), apparente ou non. La discrimination est aussi une violence symbolique en ce qu'elle est parfois invisible aux yeux mêmes des minoritaires qui la subissent (femmes, pauvres, lesbiennes, membres de minorités racisées) et qui, parfois, sont amenés à s'y soumettre ou à l'intérioriser, paradoxalement.

Selon Daniel Welzer-Lang, un sociologue qui a mené plusieurs recherches auprès des hommes violents en France et qui s'intéresse à la construction sociale du masculin, l'homophobie est

« l'intériorisation du sexisme dans ses rapports aux autres » (Welzer-Lang 1994 : 17). Elle peut être vue comme le produit des « différences entre les hommes et les femmes qui nous ont été déposées dans la tête » (*Id.* : 14). D'où viennent ces différences et comment les comprendre ? Comment expliquer l'homophobie intériorisée des gais et comment s'exprime-t-elle chez les lesbiennes ? Comment expliquer les différences entre l'homophobie vécue par les lesbiennes et celle vécue par les gais ? Comment se manifeste le sexisme entre gais et lesbiennes ? Malgré leur pertinence théorique, il n'y a pas lieu de répondre de façon approfondie à toutes ces questions dans cette étude. Les poser peut toutefois éclairer la perspective générale de la recherche.

Selon la formule adroite de Welzer-Lang, l'homophobie est la « peur de l'autre en soi », c'est-à-dire la hantise de reconnaître en soi des traits associés à l'autre sexe. Cette peur concerne davantage les garçons que les filles. Par exemple, une femme ne se sentira pas menacée ou moins « femme » de porter des vêtements plus masculins (même veston et cravate) et aujourd'hui, il sera même valorisé et valorisant pour une fille d'être une leader, de ne pas être soumise... Au contraire, les hommes (hétérosexuels) continuent de craindre toute association possible aux caractères dits féminins (sensibilité, émotivité, par exemple). Bien que les analyses de Welzer-Lang soient utiles pour saisir l'homophobie au masculin, cette définition de l'homophobie ne nous aide guère à saisir le vécu des lesbiennes. C'est pourquoi l'introduction du concept de lesbophobie s'impose. La forme particulière de rapports de pouvoir qu'est la lesbophobie doit être scrutée plus profondément. L'« homophobie » vis-à-vis des lesbiennes recèle quelques particularités du seul fait qu'elle concerne des femmes.

- *Comment le sexisme produit l'hétérosexisme et la lesbophobie*

Tant l'homophobie que la lesbophobie sont des produits du sexisme. En fait, elles sont des formes de sexisme. Dans cette étude, qui concerne la situation des lesbiennes, nous nous saisissons de la définition de la lesbophobie. Pour comprendre comment le sexisme produit la lesbophobie, il faut remonter aux rapports de domination qui en sont la source. Dans le champ scientifique, le travail de déconstruction des rapports de domination se réalise petit à petit depuis un siècle mais il ne s'effectue pas au même rythme pour toutes les catégories sociales, observe Juteau :

« Si on a pu montrer au XIX^e siècle que les classes sociales sont produites dans un rapport d'exploitation, si on a pu montrer au XX^e siècle que les races relèvent de la construction idéologique et du rapport esclavagiste, il a fallu attendre encore plus longtemps avant que soit même soupçonnée la construction des catégories sexuelles. Et il faudra attendre encore longtemps son acceptation. »
(Juteau 1999 : 128, c1994)

Pour saisir cette résistance et cette étonnante permanence, il faut se détacher de toute vision simple et unilatérale de la « domination », cette vision même qui permet certaines remises en cause du féminisme (et de parler de « guerre des sexes »). Il faut déconstruire les logiques des dominants et aussi des dominées qui, ayant incorporé les schèmes de pensée dominants, produisent et reproduisent la domination masculine (Bourdieu 1998).

Une analyse relationnelle suppose de porter le regard non seulement sur les femmes (les minoritaires ou dominées) mais tout autant sur les hommes (les majoritaires ou dominants)⁹. Comme le remarque Pierre Bourdieu : « l'effort pour libérer les femmes de la domination, c'est-à-dire des structures objectives et incorporées qui la leur imposent, ne peut aller sans un effort pour libérer les hommes de ces structures qui font qu'ils contribuent à l'imposer » (Bourdieu 1998 : 122). Le sociologue précise qu'il ne suffit pas de nier l'inégalité (constante, permanente) des femmes et d'affirmer le caractère construit du sexe/genre pour échapper à l'essentialisme, il faut comprendre par quel travail historique cette naturalisation s'est effectuée. La naturalisation des différences a été (et est encore) rendue possible par un travail historique constant de différenciation entre les genres à travers des institutions sociales telles la Famille, l'Église, l'École.

Ces trois institutions sociales ont de façon incessante construit, reproduit et érigé l'hétérosexualité en norme hégémonique et *naturelle*. C'est ce que l'on appelle l'hétérosexisme. Comme pour certaines formes de racisme en lien avec la notion de race ou de culture, l'hétérosexisme est suprémaciste : il suppose la croyance en une supériorité de l'hétérosexualité sur tout autre modèle possible.

L'ordre social hétérosexiste, partagé par les dominants et les dominés, est le fruit de la violence symbolique (une domination non perçue comme telle) qui agit pour maintenir les dominés dans une relation de domination. La complicité des dominés est nécessaire pour que se réalise la domination symbolique :

« Les dominés appliquent des catégories construites du point de vue des dominants aux relations de domination, les faisant ainsi apparaître comme naturelles. Ce qui peut conduire à une sorte d'auto-dépréciation, voire d'auto-dénigrement systématiques, visibles notamment (...) dans leur adhésion à une image dévalorisante. » (Bourdieu 1998 : 41)

La lesbophobie intériorisée est le fruit d'une violence symbolique qui s'opère grâce à la participation des dominées (par des anticipations de discrimination, une timidité sociale). Leur participation inconsciente n'exclut toutefois pas des formes de résistance à cet ordre social, que Bourdieu appelle aussi la *doxa*, le sens commun.

9. Ce que propose l'analyse différenciée.

Une importante institution qui a servi la naturalisation des différences entre les sexes et les genres est la famille. L'appropriation des femmes au sein de la famille a été possible par différents mécanismes de contrôle social du corps des femmes. Mentionnons, par exemple, la plus forte réprobation à l'endroit de l'adultère d'une femme comparativement à celle d'un homme dans le couple hétérosexuel. Dans certains pays, la première est passible de peine de mort alors que la seconde – jugée naturelle – est presque normalisée. Un autre mécanisme de contrôle est l'obligation de virginité avant le mariage pour les femmes (et non pour les hommes) dans les religions monothéistes. Cette appropriation laisse croire que la sexualité n'est pas permise aux femmes en dehors du rapport hétérosexuel *et* en dehors du mariage. Encore moins entre elles. La naturalisation des différences du sexe/genre et l'appropriation du corps des femmes ont forgé et forgent encore une conception hétérosexiste de la famille, composée d'un homme, d'une femme et d'un ou plusieurs enfants. L'extrait suivant suggère qu'il n'en fut pas toujours ainsi dans l'histoire :

« La définition dominante, légitime, de la famille normale (...) repose sur une constellation de mots (...) qui, sous apparence de la décrire, construit en fait la réalité sociale (...) Et, de fait, la famille que nous sommes portés à considérer comme *naturelle* parce qu'elle se présente sous l'apparence du toujours ainsi, est une invention récente (...) et peut-être vouée à une disparition plus ou moins rapide (comme porteraient à le croire l'augmentation du taux de cohabitation hors mariage et les nouvelles formes de liens familiaux qui s'inventent sous nos yeux). » (Bourdieu 1994 : 135, la mise en relief provient de l'auteur)

Si les féministes matérialistes ont pensé le lesbianisme comme résistance à la contrainte à l'hétérosexualité et au patriarcat, nous pourrions ajouter que l'« homoparentalité » a, pour sa part, aussi pour effet de remettre en cause la domination masculine et la vision hétérosexiste de la famille.

- Invisibilité des lesbiennes

Pour les lesbiennes, nous apprend Welzer-Lang, l'« homophobie » prend la forme de l'« invisibilisation », c'est-à-dire la négation de toute autre forme de sexualité qu'hétérosexuelle pour les femmes (Welzer-Lang 1994 : 52-53). C'est précisément dans ce contexte que l'on peut se référer à plus juste titre au concept de *lesbophobie*. Il en résulte l'invisibilité sociale des lesbiennes. L'invisibilité des lesbiennes rejoint aussi l'idée qu'il n'est pas de sexualité sans pénétration pour les femmes. Les lesbiennes seraient des femmes qui n'ont pas *encore* rencontré « leur homme » : ce qui explique le fantasme sexuel que représentent les lesbiennes pour plusieurs hommes hétérosexuels (un fantasme qui se remarque notamment dans la pornographie). En fait, l'homosexualité féminine n'existe pas, elle ne peut exister.

Cette invisibilité explique certaines différences entre gais et lesbiennes. Deux femmes qui vivent ensemble sont vues comme des « co-locs », deux hommes ensemble sont des homosexuels (l'un étant vu comme le dominant, donc l'« homme », l'autre comme le dominé, rejeté dans l'univers des femmes). Deux femmes qui se tiennent la main se font des confidences, alors que deux hommes, des avances...

Rappelons les propos de Bourdieu : « Le propre des dominants est d'être en mesure de faire reconnaître leur manière d'être particulière comme universelle. » (1998 : 69). C'est pourquoi l'homosexuel est la « figure universelle de l'homosexualité », alors que les lesbiennes en sont des « expressions particulières » (Guillemaut 1994 : 228). Un examen des recherches sur l'homosexualité prouve que le générique est masculin : les études portent en général sur les hommes et leurs conclusions sont reportées sur les femmes. Ainsi se reproduit, là aussi, la domination masculine et l'occultation des femmes. Les lesbiennes sont à la fois minoritaires en tant que femmes par rapport aux hommes et en tant qu'homosexuelles par rapport aux hétérosexuelles.

C'est parce que la culture et le vécu des hommes homosexuels et des femmes homosexuelles sont à ce point différents qu'ils justifient des appellations différentes : gais, lesbiennes. En raison de liens particuliers et différenciés avec le sexisme, nous conviendrons que dans ce rapport de recherche, l'« homophobie » réfère à une forme de domination vécue par les gais et la « lesbophobie », à une forme de domination qui concerne les lesbiennes. L'exploration du concept de lesbophobie devra se poursuivre dans de prochains projets de recherche.

L'invisibilité des lesbiennes conduit à poser une question cruciale : sont-elles si peu nombreuses ? En nombre à ce point inférieur aux gais que le prétendent la littérature et les quelques rares études statistiques existantes ? Le petit nombre présumé de lesbiennes ne provient-il pas du fait qu'elles ne s'autorisent pas aussi souvent que les gais à le *vivre* (elles sont mariées, veuves, divorcées, célibataires...) ou à le *dire* (elles sont co-locataires, voisines, amies...) ? Elles sont invisibles et « invisibilisées ».

Autour des années 1950, aux États-Unis, Alfred Kinsey a publié deux rapports sur la sexualité, encore célèbres aujourd'hui (sur 5 300 hommes en 1948, sur 8 000 femmes en 1953). Le chercheur a situé les orientations sexuelles sur une échelle de 0 à 6, 0 étant l'hétérosexualité exclusive et 6, l'homosexualité exclusive. Il s'agit des deux pôles d'un continuum. Ce sont 20 % des 8 000 femmes interrogées qui avaient déjà eu une relation homosexuelle avec orgasme entre l'âge de 16 et 55 ans, 9 % avaient reconnu des activités homosexuelles plus qu'occasionnelles (de 2 à 4 sur l'échelle) et 4 % étaient exclusivement ou quasi exclusivement homosexuelles (5 et 6 sur l'échelle) [Kinsey *et al.* 1953]. Entre les deux pôles... tout un monde de possibilités qui révèle la fluidité de la sexualité humaine.

Les découvertes importantes de Kinsey ont été confirmées par la suite, à quelques différences près. Shere Hite a mené une enquête auprès de 3 000 femmes parmi lesquelles 9 % s'affirmaient bisexuelles et 8 % homosexuelles (Hite 1976 : 395). Dans les études de Kinsey et Hite, un écart important a été constaté entre les désirs et le passage à l'acte. Cet aspect soulève la question des attirances (sexuelles, émotives, affectives, etc.) et de la complexité de la sexualité humaine. Une autre étude plus récente, celle de Samuel et Cynthia Janus auprès de 1 400 femmes, abonde dans le même sens (Janus et Janus 1993). Une réticence réelle à s'auto-étiqueter y a été notée (Dorais 1994 : 129). Dans cette dernière enquête, bien que 17 % des femmes et 22 % des hommes aient déclaré des activités homosexuelles, seulement 5 % des femmes et 9 % des hommes affichaient une homosexualité exclusive ou quasi exclusive (Dorais 1994 : 129).

Quantifier le nombre d'homosexuels masculins ou féminins comporte des difficultés méthodologiques manifestes et pour le moins une réduction du réel. Notre position est de refuser l'essentialisme qui campe l'hétérosexualité et l'homosexualité dans des catégories tranchées (exclusives) et définitives (immuables).

- Existence et actualité du sexisme

Selon la conception sexiste des genres, les femmes ne disposent pas d'espace social qui leur est propre, elles n'existent que dans leur rapport à un mari (et à des enfants), le plus souvent cantonnées dans l'espace domestique. Il suffit de rappeler l'invisibilité des femmes dans les espaces publics autrefois et même encore aujourd'hui (davantage dans certaines sociétés). La différence biologique et anatomique des sexes apparaît comme la *justification naturelle* de la différence socialement construite des genres. (Bourdieu 1998 : 16). La différence entre les genres a tellement été naturalisée (et acceptée comme étant vraiment naturelle) qu'elle n'est en aucune manière remise en cause. C'est pourquoi la relation arbitraire de domination des hommes sur les femmes, inscrite dans la division du travail (domestique et professionnel) et dans la réalité du monde social perdure malgré quelques changements de forme (*Id.*).

Récemment, le féminisme a été cité à procès dans les débats publics pour expliquer les difficultés vécues par certains hommes (décrochage scolaire, suicide, divorce, désintéressement de la famille...). La journaliste Ariane Émond a animé un débat à ce sujet avec plusieurs personnalités de différents milieux, rapporté dans la *Gazette des femmes* (Émond 2003). En substance, le mouvement masculiniste de droite veut faire croire que le but du féminisme était la haine des hommes, résume Francis Dupuis-Déri, politologue. Françoise Nduwimana ajoute : « On a complètement perdu de vue que le féminisme s'attaquait aux structures et à la logique de la discrimination entre les sexes. Pas aux hommes en tant qu'individus. » (*Id.* : 23). Le mouvement masculiniste ne regrouperait pour l'instant que des individus frustrés qui prennent la place publique pour diffuser leurs mythes, croyances et préjugés personnels. Mais ce discours

réactionnaire de droite remporte un certain succès médiatique qui n'est pas sans menacer certains acquis du féminisme. Comme l'indique Louise Vandelac, professeure à l'UQAM et participante au débat, l'antiféminisme actuel coïncide avec une conjoncture historique particulière : « montée organisée de la peur après le 11 septembre 2001 (...), précarisation de l'emploi sous la poussée du néo-libéralisme, obtention par les femmes de gains légaux (...) Autant de prémisses qui alimentent un climat de crispation sociale et un retour aux valeurs traditionnelles. » (*Id.* : 25)

Dans le contexte actuel où la légitimité des luttes féministes est parfois remise en cause, il importe de rappeler l'existence et l'actualité du sexisme à l'endroit des femmes. Les avancées et les gains des femmes en termes de droits juridiques et sociaux ne doivent pas occulter l'existence très concrète et très actuelle d'inégalités sociales entre les hommes et les femmes de même que la permanence de la domination masculine.

Nous l'avons souligné, le phénomène étudié dans le cadre de cette recherche, l'accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé, doit prendre en compte les rapports sociaux. En l'occurrence, ces rapports mettent en scène non seulement les lesbiennes elles-mêmes, mais aussi les professionnelles et professionnels de la santé avec qui elles interagissent directement, de même que d'autres responsables qui agissent dans l'ombre mais dont les actions ont des impacts sur le quotidien des lesbiennes. Examiner les points de vue de tous ces acteurs sociaux ne pouvait se réaliser, compte tenu des contraintes du présent projet. Aussi, pour cette première recherche que mène le Réseau, avons-nous dû faire des choix méthodologiques.

C. Méthodologie

La recherche sur les lesbiennes en général et la santé des lesbiennes en particulier est à l'état embryonnaire au Québec. Le faible nombre de recherches dans ce domaine contribue à l'invisibilité sociale de cette population, ce qui représente en soi des défis méthodologiques importants. Pour cette raison, nous avons opté pour des méthodes de cueillette multiples. Avant d'en faire l'exposé, quelques enjeux méthodologiques de la recherche sur les lesbiennes seront d'abord considérés.

◆ Enjeux méthodologiques de la recherche sur les lesbiennes

Pour cerner les enjeux et les difficultés méthodologiques de la recherche sur les lesbiennes, il importe d'abord de situer la population étudiée (Qui ? Combien ?). C'est ce à quoi s'attachent ici les deux premières sous-sections pour finalement interroger certains biais de recherche potentiels.

- Question de l'identité : qui ?

Différentes enquêtes précitées (Kinsey, Hite, Janus) démontrent que les catégories tranchées qui opposent les « hétérosexuelles » aux « homosexuelles » sont réductrices et ne correspondent pas à la réalité observée à l'échelle humaine. Selon quels critères définit-on le lesbianisme ? Les lesbiennes sont-elles « les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes » ? Doit-on inclure celles qui ont aussi des relations sexuelles avec des hommes ? Suffit-il de *s'identifier* comme lesbiennes ? De déclarer être davantage attirées par les femmes que les hommes (orientation homosexuelle) ? Les définitions s'articulent autour du *comportement*, de l'*identité*, des *désirs* ou encore d'une combinaison de ces différents aspects. Aucune définition standardisée n'existe. Cet objet de recherche, plus que tout autre, est à construire et la définition retenue doit être révélée.

Pour ce qui est de la présente étude, les lesbiennes sont des femmes qui *s'identifient* comme « lesbiennes », « gaies » ou « homosexuelles ». Elles ont reconnu leur orientation sexuelle, bien que le processus de *coming out* à soi-même (se reconnaître et s'accepter comme lesbienne), ne soit pas nécessairement complété pour toutes. Nous avons exclu de notre échantillon les femmes qui s'identifient nommément comme « bisexuelles » et qui ont des relations sexuelles avec des hommes, mais avons inclus celles qui reconnaissent des *attirances* bisexuelles et qui ont déjà connu par le passé des relations hétérosexuelles.

- Question du nombre : combien ?

Nous ne connaissons pas combien de femmes éprouvent ou ont déjà éprouvé à un moment de leur vie une attirance pour d'autres femmes. Quelle est l'importance numérique des lesbiennes au Québec ? Cette question pourtant élémentaire ne trouve aucune réponse pour l'instant et, sans doute, pour encore longtemps. Le Recensement de 2001 est le premier à fournir des données sur les couples de même sexe au Canada. Un total de 34 200 couples de même sexe vivant en union libre, soit 0,5 % de l'ensemble des couples, a été dénombré à travers le Canada. Davantage de couples masculins (55 %) que de couples féminins (45 %) ont été déclarés mais la proportion de couples féminins avec enfants (15 %) est supérieure à celle des couples masculins (3 %). Avec 10 360 couples de même sexe vivant en union libre, le Québec compte à lui seul 30 % du total national (Statistique Canada 2002 : 5).

Le Recensement de 2001 ne posait pas directement la question de l'orientation sexuelle. Ces données, prévient Statistique Canada, « ne doivent pas être interprétées comme une estimation du nombre de gais et lesbiennes au Canada, certains d'entre eux pouvant vivre seuls ou avec des parents ou des amis » (*Id.* : 4). Nous pourrions ajouter qu'en raison du stigmat

social et historique entourant l'homosexualité, le phénomène fait l'objet d'une importante sous-déclaration dans les statistiques. Si on se fie à la tendance observée dans d'autres pays qui ont commencé à recueillir des données sur les couples de même sexe, les prochains recensements verront leur nombre augmenter. Par exemple, aux États-Unis, les couples de même sexe qui représentaient 0,3 % en 1990 ont augmenté à 1 % en 2000. En Nouvelle-Zélande, la proportion des couples de même sexe est passé de 0,4 % à 0,6 % entre 1996 et 2001. Veilleux, pour sa part, ne croit pas que les lesbiennes s'identifieront en grand nombre, même si le questionnaire du recensement était modifié (Veilleux 1999 : 53).

Pour identifier le nombre de personnes hétérosexuelles, bisexuelles et homosexuelles, l'*Enquête sociale et de santé 1998* a interrogé les *comportements sexuels* des répondants et répondantes au moment de l'enquête. La question posée cherche à savoir si les relations sexuelles déclarées sont « toujours » ou « plus souvent » avec une personne de l'autre sexe ou du même sexe ou, encore, « aussi souvent avec une personne de l'un ou l'autre sexe » (Clermont et Lacouture 2000 : 221). Au total, seulement 1,8 % des répondants et 1,2 % des répondantes ont déclaré des comportements homosexuels et 1,3 % des hommes contre 1,2 % des femmes ont déclaré des comportements bisexuels. Les auteurs soulignent toutefois la sous-déclaration non négligeable propre aux questions relatives à l'orientation sexuelle. Il est à noter également que l'analyse selon le nombre de partenaires sexuels peut difficilement s'appliquer aux lesbiennes puisque la question posée réfère aux relations sexuelles *avec pénétration* (*Id.* : 222).

S'interrogeant sur l'importante sous-déclaration de l'orientation homosexuelle dans un questionnaire distribué en classe à des jeunes, Ryan et Frappier (1993) y ont trouvé des explications. Considérant que le seul fait d'être en classe ait joué, les auteurs ont cru qu'à l'adolescence, les jeunes gais et lesbiennes avaient de la difficulté à s'identifier en raison, surtout, de *l'image négative* de l'homosexualité dans notre société. Cette sous-déclaration s'expliquerait aussi par le fait que leur orientation sexuelle se déclare souvent plus tard dans la vie, puisque le processus de *coming out* est graduel. De plus, le *coming out* est généralement plus tardif pour les lesbiennes que pour les gais. La présomption d'hétérosexualité apparaît plus forte envers les filles (*Id.* : 72-73).

- *Biais les plus fréquents dans la recherche sur les lesbiennes*

D'après Jean Poupart, les biais dans la recherche qualitative sont de trois types : « les biais liés au dispositif d'enquête, les biais associés à la relation intervieweur-interviewée et à leur situation sociale respective, et, enfin, les biais rattachés au contexte de l'enquête » (Poupart 1997 : 193-194). En ce qui concerne la recherche sur les lesbiennes, les biais rapportés dans la littérature se situent souvent au niveau de la relation intervieweuse-interviewée. La recherche

sur les lesbiennes tend, bien que ce ne soit pas toujours le cas, à être menée par des chercheuses elles-mêmes lesbiennes et auprès de femmes appartenant à la même classe sociale (classe moyenne), au même groupe d'âge (moyen), même niveau de scolarité (élevé) et même origine ethnique (groupe majoritaire « Blanc ») que la chercheuse, ce qui comporte un risque important d'homogénéisation de l'échantillon (ce qui a été rapporté par Chamberland 1996 ; Gartrell *et al.* 1996 ; Veilleux 1999, par exemple).

L'homologie¹⁰ entre chercheuse et répondantes présente des avantages et des inconvénients. Le principal avantage est la confiance qui peut s'établir plus facilement entre des personnes qui se ressemblent sur plusieurs aspects et la plus grande facilité à trouver des répondantes. Par contre, le fait d'être lesbienne peut rendre difficile la protection de l'anonymat, étant donné la petite taille de ces réseaux et de ces communautés. Une trop grande homologie peut aussi introduire des implicites dans le discours des répondantes, des non-dits qui peuvent laisser place à des biais. Surtout, cette homologie ne garantit pas une meilleure compréhension des sous-groupes particuliers différents en termes de statut socio-économique, d'âge, de couleur, d'origine ethnique. Par contre, un trop faible degré d'homologie peut mener une chercheuse à mal interpréter des résultats. Il semble, comme le conclut Poupart à ce sujet, que la combinaison de statuts à la fois similaires et différents avec le sous-groupe étudié soit la plus avantageuse (Poupart 1997 : 195).

Le premier défi de la recherche sur les lesbiennes vient du fait que les études probabilistes, avec un échantillon au hasard réalisé à partir d'une population connue et définie, sont quasi impossibles. Il s'agit d'une population invisible, que même les recensements ne parviennent pas à atteindre, dispersée dans l'espace et qui représente une minorité de femmes. L'Institute of Medicine suggère d'utiliser de multiples méthodes d'échantillonnage, incluant notamment la méthode *in situ* ou *location sampling* (se rendre dans des lieux où la population se retrouve en plus grand nombre, tels les bars gais et les librairies) et la méthode « boule de neige » ou *snow-ball sampling* (IOM et Solarz 1999 : 125-126).

La difficulté de l'auto-identification, une réticence qui s'explique en raison du stigmatisme social et de la lesbophobie, représente le défi majeur de la recherche sur les lesbiennes. « La stigmatisation a (...) des répercussions directes sur la fiabilité et la validité des données obtenues. » (Veilleux 1999 : 53) Il apparaît toutefois que des stratégies de diversification de l'échantillon et certaines précautions peuvent contribuer à réduire cet inconvénient.

10. Terme utilisé en sciences sociales pour décrire les similitudes de statuts (à différents niveaux : sexe, âge, origine sociale, origine ethnique ou nationale, orientation sexuelle, etc.) entre la personne qui mène la recherche et les personnes étudiées.

◆ **Sondage dans tous les CLSC du Québec**

Pour s'informer des efforts réalisés pour favoriser l'accessibilité des services dans les différentes régions du Québec, il est approprié de s'approcher le plus possible des dispensateurs de services. Les CLSC représentent une porte d'entrée valable pour dresser un portrait général des mesures développées à ce jour pour encourager l'utilisation des services par les lesbiennes. Un sondage téléphonique dans tous les CLSC du Québec (142) fut réalisé entre novembre 2001 et mars 2002. Ce premier tour d'horizon fut complété par un bref questionnaire ouvert posté à 46 CLSC et par des entretiens téléphoniques avec trois autres répondants de CLSC. Les résultats du sondage se trouvent au chapitre II de ce rapport.

◆ **Méthodologie qualitative**

Dans l'optique d'une approche compréhensive, la méthodologie qualitative s'est imposée pour rendre compte du vécu des lesbiennes et des difficultés rencontrées dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé. Comme nous l'avons mentionné, la recherche sur les lesbiennes présente ceci de particulier que nous ne disposons d'aucun portrait statistique de cette population ni d'une idée claire du nombre d'individus concernés. Il en découle une difficulté de constituer un échantillon représentatif. De surcroît, peu de recherches empiriques, particulièrement au Canada et au Québec, ont été réalisées.

Pour recruter des participantes, nous avons utilisé la méthode « boule-de-neige », à partir d'une mise en réseau de nos partenaires communautaires et autres connaissances, de même que de quelques affiches placées dans des centres de femmes. De réels efforts pour *diversifier* l'échantillon ont été fournis, afin d'éviter le plus possible ce biais d'homogénéité socio-économique chercheure-répondantes, parfois critiqué dans les recherches sur les lesbiennes.

Au total, 53 lesbiennes ont participé à l'étude, soit lors d'entrevues de groupe, soit lors d'entretiens individuels. Trois types de questionnaires ont été élaborés, soit un « Guide d'entrevue de groupe », un « Questionnaire socio-démographique » et un « Guide d'entretien individuel » (voir en annexe). Pour les fins de l'analyse, toutes les données qualitatives furent prises en compte. Toutefois, certaines réalités n'ont été approfondies qu'avec un sous-groupe de répondantes, ce qui est précisé à l'analyse.

• *Critères de sélection*

Au préalable, les répondantes devaient s'auto-identifier comme « lesbiennes » ou « gaies » (quelques-unes utilisent aussi l'expression « homosexuelles »). Outre l'**auto-identification**, deux

principaux critères d'échantillonnage ont été établis. Il s'agit de la **région habitée** (Montréal, Bas-Saint-Laurent et Centre-du-Québec) et du **groupe d'âge** (18-29 ans, 30-44 ans, 45-59 ans et 60 ans et plus). Pour Montréal, nous avons ajouté un critère de **diversité ethnique**, afin de rendre compte de cette particularité démographique de la métropole.

Eu égard à la diversité ethnique, le groupe de Montréal fut partagé en trois sous-groupes ou catégories (voir le tableau 1 en annexe). Le critère de la migration (née ou pas au Canada) ne fut pas retenu comme pertinent ici parce que la majorité des répondantes de diverses origines qu'il fut possible de joindre sont nées au Québec ou arrivées très jeunes. Nous avons plutôt choisi de départager les répondantes en fonction de leur *rapport* avec la majorité d'origine canadienne-française, critère plus significatif pour l'analyse de leur vécu.

Des femmes d'origine canadienne-française, nées de parents eux aussi d'origine canadienne-française, constituent le premier sous-groupe (catégorie « majoritaire »). Les deux autres sous-groupes, formés de femmes d'origines diverses, sont définis en fonction de marqueurs de l'identité québécoise (catégories des « minorités audibles » et des « minorités visibles »). Les marqueurs d'identité sont ce qui qualifie et délimite l'identité québécoise, ce sont des critères d'inclusion/exclusion. Ainsi, les marqueurs retenus ici sont : 1- le fait de parler le français avec un accent « québécois » ou de porter un nom canadien-français et 2- le fait d'être « Blanche ». Le sous-groupe composé d'individus originaires d'un pays d'Europe, parlant généralement (mais pas toujours) le français avec un accent différent des Québécoises d'origine canadienne-française ou dont le nom est « différent », est dit « minorité audible ». Le dernier sous-groupe, composé de femmes originaires d'Afrique, d'Amérique latine, des Caraïbes, du Moyen-Orient ou d'Asie, est dit « minorité visible », selon la définition du gouvernement fédéral canadien, parce que ces personnes ne sont pas « Blanches ».

- Entrevues de groupe dans les régions et à Montréal

Dans un premier temps, nous avons réalisé des entrevues de groupe, ce qui permit la prise en compte initiale du vécu des lesbiennes face aux services. En février et mars 2002, quatre entrevues de groupe sur le thème de l'accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé ont été menées : une dans le Centre-du-Québec (CdQ), une dans le Bas-Saint-Laurent (BSL), ainsi que deux à Montréal (Mtl), dont l'une était centrée en particulier sur la maternité (Maternité)¹¹. Comme le suggère le tableau 1 (voir en annexe), le recrutement des répondantes âgées de 60 ans et plus fut ardu dans toutes les régions. À Montréal, les plus jeunes sont sous-représentées et celles du groupe des 30 à 44 ans surreprésentées, ce qui s'explique

11. Lorsque des propos sont cités, les entrevues de groupe sont identifiées de la manière suivante : Centre-du-Québec : CdQ ; Bas-Saint-Laurent : BSL ; Montréal (santé en général) : Mtl ; et Montréal (sur la maternité) : Maternité.

par l'âge des mères de la seconde entrevue de groupe (tableaux 1 et 2). Cette étape mit en lumière les principales barrières rencontrées par les lesbiennes, sans toutefois permettre d'entrer profondément dans le vécu intime des répondantes.

- Observation participante : Projet 10 et Jeunesse Lambda

Pour combler la lacune du faible nombre de participantes âgées entre 18 et 29 ans à Montréal et mieux cerner le vécu des jeunes lesbiennes, nous avons opté pour l'observation participante dans deux groupes pour les jeunes gais et lesbiennes, Projet 10¹² et Jeunesse Lambda¹³.

Projet 10 est un organisme qui vient en aide aux jeunes de 14 à 25 ans de l'île de Montréal. Il offre une ligne téléphonique, des activités et du soutien individuel. Il avait dans un premier temps été prévu de participer à une réunion pour lesbiennes, ces dernières ayant accepté la présence d'une chercheure, mais elles se sont finalement rétractées. En mai 2002, il fut toutefois possible de discuter avec une intervenante et d'assister à un *drop in*¹⁴ auquel participaient quelques jeunes gais mais aucune lesbienne. Étant à la recherche de jeunes lesbiennes, nous avons approché le groupe Jeunesse Lambda. Il s'agit d'un groupe de discussion organisé par de jeunes gais et lesbiennes pour les jeunes de moins de 25 ans. En juin 2002, nous avons participé à une réunion de discussion sur le thème « Mariage et famille » où étaient présents 22 jeunes, dont seulement quatre femmes.

Ces démarches ont permis de mieux cerner la réalité des jeunes lesbiennes et aussi d'en recruter pour les entretiens individuels.

- Entretiens individuels à Montréal

Pour la région de Montréal seulement, nous avons poursuivi l'enquête avec des entretiens individuels en profondeur (récits de vie), pour mieux comprendre le vécu des lesbiennes dans leurs rapports avec les services sociaux et les services de santé et mieux cerner leur trajectoire de vie (certains déterminants de la santé des lesbiennes). Entre la mi-mai et la première semaine de juillet 2002, 26 entretiens individuels ont été réalisés¹⁵. Six répondantes avaient participé à l'une ou l'autre des entrevues de groupe. Si on additionne les 16 premières participantes

12. <http://www.algi.qc.ca/asso/p10>

13. <http://www.algi.qc.ca/asso/jlambda/index.html>

14. Il s'agit d'un atelier libre à heure et jour fixe où les jeunes peuvent se rencontrer et discuter, s'ils le désirent. Les thèmes abordés vont des relations amoureuses à l'estime de soi en passant par le « sécuri-sexe ». Parfois les jeunes se réunissent autour d'une activité sociale (jeux de société, film, sortie à l'extérieur) [source : <http://www.algi.qc.ca/asso/p10>].

15. Lorsqu'ils sont cités, les entretiens individuels sont numérotés de E01 à E26. Pour assurer l'anonymat, certains extraits n'ont pas été associés à un numéro.

(entrevues de groupe) aux 20 nouvelles rencontrées en entretien individuel, le nombre de participantes à la recherche pour Montréal est de 36 au total. Leur profil social est détaillé dans une prochaine section.

- Sources documentaires non publiées

Une demande de renseignements a été formulée au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes-Montréal (Caap-Montréal), un organisme sans but lucratif créé en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (article 76.6 L.R.Q., chapitre S-4.2) et financé par le MSSS. Les Caap de chaque région ont pour mandat d'assister et d'accompagner les personnes insatisfaites des services reçus dans le réseau de la santé et des services sociaux. Au 7 mai 2002, aucune lesbienne n'avait, par le passé, déposé de plainte auprès de l'organisme : du moins, jamais aucune plainte n'avait précisé le motif de l'orientation sexuelle, ni n'avait été formulée en ces termes.

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec (CDPDJ) a été à son tour approchée. En juin 2002, une demande de renseignements a été déposée, afin de savoir si des lesbiennes avaient porté plainte pour le motif de l'orientation sexuelle depuis les cinq dernières années dans les secteurs des services publics et des services de santé, du travail et du logement. Il est possible d'avoir accès aux allégations des plaignantes (objet de la plainte) et aux décisions de la Commission, une fois les informations nominales effacées. La Commission expédia des tableaux et documents en septembre 2002 (voir à ce sujet le tableau 10).

- ◆ **Difficultés, impacts, validité et limites de la recherche**

- Difficultés du terrain, précautions éthiques et impacts immédiats des entrevues

La recherche auprès de populations marginalisées et potentiellement victimes de discrimination comporte des difficultés particulières. Ces personnes peuvent être difficiles à atteindre, parce que très isolées. En ce qui concerne la santé, il est possible que des problèmes aigus fragilisent un individu au point de l'empêcher de pouvoir ou de vouloir parler de ses difficultés. Certaines peuvent refuser de témoigner de leur histoire de vie parce que cela fait remonter un vécu trop douloureux ou parce qu'elles craignent un bris de confidentialité. Tout refus d'accorder une entrevue doit être vécu dans le respect du choix des personnes. Quelques entretiens individuels furent ainsi reportés à plusieurs reprises, puis finalement annulés.

De grandes précautions doivent être prises tant pour assurer la confidentialité des témoignages que pour minimiser de possibles impacts négatifs sur les personnes. Les 53 participantes ont

toutes reçu un engagement de confidentialité formel signé de la directrice du RQASF et ont signé un formulaire de consentement. Les répondantes ont été associées à un numéro, mentionné lorsque leurs propos sont cités. Certains détails ont été omis pour éviter toute possibilité d'identification. Lorsque des propos cités ne concernent qu'une seule répondante, son numéro d'entretien n'apparaît pas.

En ce qui concerne les impacts, nous savons d'ores et déjà que les rencontres de groupe eurent des effets positifs, particulièrement dans le Bas-Saint-Laurent, où les participantes décidèrent d'un commun accord de continuer les rencontres entre elles, pour poursuivre le partage de leurs vécus. À la fin de plusieurs entretiens individuels (Montréal), les femmes communiquèrent leur soulagement et leur sentiment de bien-être, après s'être livrées à cœur ouvert sans contraintes ni craintes. Certaines rencontres se sont terminées par un « ah, ça fait du bien ! ».

- Validité et limites de la recherche

Toute approche recèle ses propres biais et limites. L'important est de prendre des mesures pour s'assurer de la rigueur de la démarche de collecte de données, de codification puis enfin d'analyse ainsi que de leur cohérence. Considérons quatre manières d'assurer la validité des méthodes et recherches de type qualitatif : diversification de l'échantillon, fiabilité des entrevues (entrevues sans auto-censure pour attendre la « vérité des interviewées »), saturation des données¹⁶ et validation des analyses¹⁷.

Les stratégies de diversification de l'échantillon ont globalement porté leurs fruits, nonobstant une certaine homogénéisation des répondantes ayant participé à l'entrevue de groupe sur la maternité (femmes plus scolarisées que les autres, souvent de minorités « audibles »). Nous regrettons cette homogénéité des caractéristiques propres au sous-groupe des minorités « audibles » car ceci n'autorise pas de dégager de spécificité pour ce sous-groupe contrairement à celui des minorités « visibles » qui présente un profil plus diversifié. Nous regrettons également l'absence des Autochtones. De plus, le nombre de répondantes, pour les sous-groupes « jeunes » et « âgées » surtout, demeure de petite taille, ce qui peut représenter une limite. Toutefois, un échantillon le plus diversifié possible en termes de régions habitées, d'âges et de statuts socio-ethniques a permis d'aborder des problématiques nouvelles dans cette recherche, que ce soit les particularités de l'isolement vécu dans les régions ou du racisme omniprésent dans le vécu des minorités racisées.

16. Lorsque les répondantes n'amènent plus de nouveaux éléments, que de nouveaux aspects n'émergent plus des entretiens, la saturation des données est atteinte.

17. La lecture de Poupart (1997) et de Pires (1997) a inspiré la rédaction de cette section.

Une grande attention fut apportée à la fiabilité des entrevues, particulièrement à celle des entretiens individuels. Les précautions prises pour obtenir la collaboration la plus franche et ouverte des répondantes a été d'adopter une attitude similaire de la part de l'intervieweuse, d'empathie, d'abord et avant tout. Il a fallu, bien sûr, prendre le temps d'établir un rapport de confiance entre intervieweuse et interviewées et assurer le respect de l'anonymat et de la confidentialité des entrevues. Une ouverture à parler du racisme, par exemple, a pu mettre en confiance les membres des minorités racisées, dont la collaboration aurait été autrement plus limitée. Dans le cas précis de cette recherche, nous croyons que le fait que la chercheuse n'est pas lesbienne (ce fut toujours précisé, à la demande de l'interviewée) a été un avantage, du moins pour une partie des répondantes (sauf dans un cas d'annulation d'entrevue qui semble apparemment y être lié mais nous n'en sommes pas certaines). L'avantage tient à une plus grande confiance de certaines répondantes relativement à l'assurance du maintien de l'anonymat (la communauté lesbienne est « petite ») ainsi qu'à l'absence d'implicites dans les discours (c'est-à-dire des « évidences » non questionnées, des contenus non explicités car étant censés être compris de part et d'autre, lorsque deux personnes d'un même groupe social ou partageant des traits communs se parlent).

La « saturation des données » qui assure la validité des méthodes qualitatives, a pu être atteinte sur certaines questions mais pas sur toutes, particulièrement en ce qui a trait aux sous-groupes étudiés (lesbiennes des régions, jeunes, âgées et minorités). Le lesbianisme recouvre de multiples vécus, de multiples dimensions qu'une recherche, ratissant aussi large par l'étendue du sujet abordé, ne peut d'aucune façon prétendre cerner en entier. De futures recherches permettront de poursuivre la présente démarche.

Enfin, terminons cet examen rétrospectif de la recherche par la question de la validation de l'analyse proposée dans ce rapport. Des limites de temps nous ont obligées à restreindre la composante *participative* que nous voulions assurer au projet. La validation de l'analyse s'est faite à partir de l'appréciation critique du comité consultatif, composé de cinq personnes de différents âges et origines, intervenantes dans des organismes ou chercheure universitaire. Les faits saillants relatifs aux barrières furent d'abord discutés avec le comité. Le rapport préliminaire fut par la suite envoyé à chacune des membres. Enfin, une réunion a permis une collectivisation des analyses. Ces rencontres ont permis de préciser les recommandations et les suites à donner à la recherche.

Nous espérons poursuivre les recherches sur la santé des lesbiennes concernant des problématiques plus précises, notamment en ce qui a trait aux services de santé mentale. Une prise en compte du discours et des représentations des intervenants et intervenantes quant à ces services pourrait assurer une connaissance plus globale de la problématique et des enjeux relatifs à la santé des lesbiennes.

Chapitre II

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

Dans le but de documenter les éventuelles expériences mises de l'avant sur le territoire québécois pour rendre les services accessibles aux lesbiennes, un sondage fut réalisé dans tous les CLSC du Québec. Les orientations ministérielles *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles* (MSSS 1997b) 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 formations du MSSS¹⁸ 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.

A. Sondage dans les CLSC

Ce sondage comporte trois étapes :

1. appels téléphoniques auprès des CLSC du Québec ;
2. envoi d'un court questionnaire comprenant cinq questions semi-ouvertes, pour ceux ayant participé à des formations ou initié des mesures d'« adaptation » des services ;
3. entretiens téléphoniques avec les responsables de CLSC qui ont initié des mesures.

Les pré-tests furent réalisés dans les CLSC Pontiac (Outaouais) et Ahuntsic (Montréal) et permirent de clarifier certaines questions.

◆ Résultats de la première étape (N = 142)

Entre le 26 novembre 2001, début des appels, et le 16 janvier 2002, date où la réponse d'un dernier CLSC a été reçue, un total de 142 CLSC ont été rejoints par téléphone. La difficulté d'obtenir le nom de la personne la plus susceptible de répondre aux questions explique que plusieurs appels pour chaque CLSC ont dû être effectués, ceci sans compter la difficulté de joindre la personne au moment désiré (environ une douzaine d'appels par CLSC en moyenne). Plusieurs ont été surprises, voire désemparées de se faire interpeller sur l'« adaptation des services » aux besoins des lesbiennes. Qui serait en mesure de répondre ? Le ou la chef-fe de l'administration des programmes ? Le directeur ou la directrice des services psychosociaux, des

18. Au sujet de ces formations, voir le chapitre I, partie A, dans la section « Contexte socio-historique québécois ».

services courants ou du service Enfance, Famille, Jeunesse, Adulte ? La travailleuse ou le travailleur social à l'accueil ? Une ou un autre intervenant ? Il y eut un jeu de chaises musicales : il n'y avait pas de personne porteuse du dossier au CLSC.

La première étape du sondage a permis de constater une tendance importante, à savoir qu'une majorité des CLSC (68 %), dans les différentes régions, n'ont jamais pris de mesures, de quelque ordre que ce soit, pour mieux répondre aux besoins des lesbiennes (tableau 3, annexe I). Dans les autres CLSC, un questionnaire a été envoyé, soit parce que certains intervenants avaient suivi une ou des formations offertes par le MSSS (la majorité), soit parce qu'une autre forme d'initiative avait été entreprise, d'après la personne interrogée.

◆ Synthèse des commentaires reçus au téléphone (étape 1 : N = 142)

Globalement, l'accueil fut plutôt favorable, malgré la difficulté de cibler une répondante ou un répondant dans les différents CLSC : les personnes se sont montrées intéressées à répondre aux questions par téléphone ainsi qu'au questionnaire. Les orientations ministérielles sont pratiquement inconnues. Nous avons informé une douzaine de personnes de la manière de se procurer le document par le site Internet du Ministère. Après nos appels téléphoniques, au moins deux CLSC auraient pris la peine de faire circuler le document et d'en discuter en équipe. L'exposé suivant fait état de cinq types de commentaires émis au téléphone lors de la première étape du sondage.

• Pas de discrimination

Plusieurs répondantes et répondants dans les CLSC affirment que leur CLSC « ne fait pas de discrimination ». Dans quelques cas, cette affirmation se veut appuyée par des faits : la problématique de l'homosexualité serait intégrée par le personnel qui serait « à l'aise », il y aurait une « délicatesse dans le traitement des dossiers », une « grande ouverture ». Toutefois, quelle est la portée réelle des affirmations suivantes, en particulier lorsque le CLSC ne se sent « pas ou peu concerné par la question » de l'accessibilité des lesbiennes à leurs services : « tout le monde est traité pareil », « ...de la même façon », « les lesbiennes sont traitées comme tout le monde », « il n'y pas de différence »... ? La jurisprudence en matière de discrimination a d'ores et déjà démontré que traiter « également », c'est-à-dire « de la même manière », des personnes de statuts sociaux inégaux n'est pas un gage d'égalité et ne signifie pas l'absence de discrimination¹⁹. C'est *l'effet* (d'une loi, d'une pratique ou d'un acte) sur la personne ou le

19. En effet, l'interprétation par la Cour suprême du Canada de l'article 15 de la Charte canadienne des droits de la personne et de l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne* (du Québec) a défini de façon non équivoque le droit à l'égalité. Cette approche a été consacrée dans l'arrêt *Andrews c. Law Society of British Columbia* (1989) 1 R.C.S. 143. Il y est précisé qu'un traitement identique peut fréquemment engendrer de graves inégalités.

groupe concerné et non *l'intention* qui doit être pris en considération pour s'approcher de l'égalité, effet que nous pourrions évaluer au prochain chapitre.

- Individualisation des vécus

Quelques répondantes et répondants affirment que l'« adaptation des services » se fait à un niveau « individuel ». La dimension collective du vécu des lesbiennes est parfois évacuée. Certaines personnes apparaissent peu conscientes du fait qu'il s'agit d'un groupe minoritaire et stigmatisé, potentiellement la cible de discrimination. Une fois de plus, cette approche va à l'encontre de celle qui est retenue par la *Charte des droits et libertés de la personne* (du Québec), celle-ci mettant l'accent sur le caractère collectif des droits et libertés de la personne.

- Priorité au VIH-SIDA (homosexualité masculine)

Plusieurs CLSC ont été impliqués dans des projets en milieu scolaire concernant surtout la prévention des MTS et du VIH-SIDA, de même que la prévention du suicide chez les jeunes gais. Sans dénier l'importance qui doit être accordée à ces problématiques, notons qu'encore une fois, l'homosexualité semble associée essentiellement aux jeunes hommes. Peu d'attention est portée aux lesbiennes, qui restent dans l'ombre, invisibles.

- Pas une priorité

L'adaptation des services aux besoins des lesbiennes « n'est pas une priorité », avance-t-on dans certains CLSC et « si ce n'est pas une priorité du Ministère, ce ne l'est pas davantage dans les CLSC ». Il existe pourtant un document, les Orientations ministérielles, élaboré dans l'intention de formuler des lignes directrices autour de quatre axes d'intervention (voir chapitre I, partie A).

- Question tabou

Dans quelques CLSC, particulièrement en zone rurale, la question serait peu ou pas discutée, selon des répondantes et des répondants, en raison du « tabou » qui entoure l'homosexualité. En conséquence, il n'y aurait « pas grand-chose » de réalisé pour mieux répondre aux besoins des lesbiennes. Ce tabou contribue à l'invisibilité des lesbiennes.

En conclusion, les commentaires reçus au téléphone ont clairement indiqué que les orientations ministérielles étaient inconnues et que l'accessibilité des lesbiennes aux services n'était guère une préoccupation dans les CLSC du Québec. Sans plan d'action ni lignes directrices

ministérielles, la question est reprise, dans certains CLSC, par les personnes « intéressées », soit souvent des gais ou des lesbiennes, dans la mesure où ils et elles affichent leur orientation sexuelle. Notons toutefois que notre démarche a, dans plusieurs cas, soulevé un intérêt. Quelques CLSC ont aussi dit qu'ils étaient intéressés à recevoir le questionnaire, afin de l'utiliser comme un outil. Par exemple, un chef d'équipe a mentionné qu'il s'en servirait lors de la prochaine réunion d'équipe pour la révision de la programmation à venir.

◆ Analyse des questionnaires remplis par les CLSC (étape 2 : N = 46)

Des 142 CLSC rejoints par téléphone, 46 ont été invités à répondre au questionnaire (tableau 4). Ces 46 CLSC ont dit avoir pris des mesures, quelles qu'elles soient, pour mieux répondre aux besoins des lesbiennes. Après une appréciation générale des réponses reçues, voici un résumé pour chacune des questions posées.

- Appréciation générale

Les formations du MSSS représentent la principale mesure concernant l'accessibilité des lesbiennes aux services, c'est pourquoi nous nous y attardons dans la prochaine partie. Les quelques rares autres initiatives ont été classées sous la rubrique « Autres mesures » (tableau 4). Plusieurs CLSC ont rempli le questionnaire alors qu'ils n'avaient rien fait pour mieux répondre aux besoins des lesbiennes.

Plus de la moitié (24 des 46 CLSC) avaient suivi au moins une fois la première des formations du MSSS, parfois aussi la seconde²⁰. Certains répondants ou certaines répondantes nouvellement embauchées au CLSC n'étaient pas en mesure de répondre à la question, si la formation avait eu lieu plusieurs années auparavant : il leur était alors demandé de confirmer l'information auprès de collègues ou de la direction. Pour la quasi totalité des CLSC où des formations ont été données (23 des 24 CLSC), ces formations n'ont pas été accompagnées d'autres mesures de sensibilisation. Une majorité les ont appréciées, certains en souhaitaient même davantage. Notons toutefois qu'il s'agit d'une activité basée sur une participation *volontaire*. Dans ces circonstances, il est possible que seules les personnes déjà intéressées et sensibilisées à la problématique aient reçu la formation, opinion partagée par certaines répondantes de l'étude qualitative qui affirment avoir suivi la formation. Dans la majorité des cas, ces formations sont une activité de sensibilisation isolée.

20. Rappelons que ces deux formations sont 1 : *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité* et 2 : *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles*. La seconde formation ne peut être suivie que si la première a aussi été complétée.

Plus du tiers des CLSC ayant répondu au questionnaire écrit pourraient se ranger dans la colonne « Aucune adaptation » de la première étape du sondage. En fait, pour 18 des 46 CLSC, il ne ressort aucune mesure significative, ce qui porte à 80 % la proportion totale des CLSC n'ayant pas pris des mesures pour rendre leurs services accessibles aux lesbiennes (tableau 5). Dans certains cas, il s'agit d'une méconnaissance de la problématique : « la clientèle n'a jamais été assez significative pour se pencher véritablement sur cette question », apprend-on. Deux CLSC ont fait circuler les orientations ministérielles à tous les professionnels et professionnelles et affirment en avoir discuté à l'interne. Ils admettent toutefois ne pas avoir donné de suites aux quatre axes d'action que propose le document.

Enfin, la colonne « Autres mesures » compte quatre autres CLSC. Trois ont été choisis pour répondre à des questions supplémentaires concernant leur « adaptation des services » (étape 3 du sondage). Ces CLSC sont de régions différentes, soit la Mauricie, l'Outaouais et Montréal. Le quatrième CLSC, du Bas-Saint-Laurent, a pour sa part entrepris des formations à l'interne de sa propre initiative. À noter que la majorité des projets sont des initiatives d'intervenants gais.

- Question 1 : Diffusion des orientations ministérielles

Question 1 : Les orientations ministérielles L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles ont-elles fait l'objet de discussions ou d'une diffusion à l'intérieur de votre CLSC ?

Réponse	Nombre	%
Oui	20	44 %
Non	24	52 %
N/R	2	4 %
Total	46	100 %

La méconnaissance des orientations ministérielles a été confirmée : bien que supposés avoir pris des mesures d'adaptation des services aux besoins des lesbiennes, une majorité des CLSC de la seconde étape du sondage affirment ne pas les avoir discutées ou diffusées.

a) En quelles occasions ces discussions ou cette diffusion ont-elles eu lieu ?

Pour la majorité de ceux et celles qui ont répondu « oui », il s'agit de la connaissance de l'existence du document et de sa circulation à l'intérieur du CLSC. Deux affirment en avoir discuté lors de réunions d'équipe, dont un à la suite de la première étape du sondage.

b) Auprès de quels services ou intervenants et intervenantes ces activités se sont-elles déroulées ?

Lorsque les orientations sont connues, la plupart des services semblent avoir reçu l'information, avec toutefois une prépondérance des **services psychosociaux** (intervention en santé mentale, travail social, psychologie et intervention communautaire). Les autres professionnelles et professionnels de la santé, comme les médecins, seraient peu interpellés.

c) Quel est l'impact de ces activités de discussion et de diffusion dans l'adaptation des services aux besoins des lesbiennes ?

Les impacts apparents de ces discussions, pour la dizaine de CLSC à les avoir précisés, concernent une « plus grande ouverture », une « prise de conscience », une « meilleure connaissance » ou une « sensibilisation ».

- Question 2 : Consultations des lesbiennes

a) Selon votre expérience, y a-t-il moins, autant ou davantage de lesbiennes que de gais qui consultent votre CLSC ?

Réponse	Nombre	%
Moins	8	17 %
Autant	18	39 %
Davantage	2	4 %
N/R	18	39 %
Total	46	100 %

b) Les lesbiennes consultent-elles votre CLSC ?

Réponse	Nombre	%
Oui	38	83 %
Non	1	2 %
N/R	7	15 %
Total	46	100 %

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

c) *Pour quels besoins ?* (question ouverte)

Réponses avancées	Nombre	%
Services réguliers	13	28 %
Problèmes conjugaux	13	28 %
Orientation sexuelle*, problèmes personnels	9	20 %
Services psychosociaux	8	17 %
Santé mentale	5	11 %
Dépistage MTS-SIDA	3	7 %
Rôle parental	3	7 %
Vaccination	1	2 %
Dysfonctions sexuelles	1	2 %
Deuil/séparation	1	2 %
N/R	11	24 %
* Il s'agit de l'« affirmation » de son orientation (coming out).		

d) *Le CLSC est-il en mesure d'y répondre ?*

Réponse	Nombre	%
Oui	38	83 %
Non	2	4 %
N/R	6	13 %
Total	46	100 %

Ces quatre questions comportent des limites car il aurait fallu une investigation beaucoup plus poussée pour bien mesurer les consultations des lesbiennes dans les CLSC. Malgré ces limites, les réponses avancées et les bouts de phrases ajoutés dans les marges renseignent sur les perceptions de la personne qui répond au questionnaire. Rappelons que ces réponses proviennent de CLSC qui auraient « adapté leurs services ».

La majorité a adopté une attitude « neutre » tout en ajoutant les mêmes types de commentaires reçus précédemment au téléphone : « La clientèle n'a jamais été assez significative pour se pencher véritablement sur cette question » ; « On ne demande pas leur orientation sexuelle avant de répondre à leurs besoins » ; « L'orientation sexuelle n'oriente pas la qualité de l'intervention » ; « La réponse est adaptée aux besoins exprimés comme pour les autres clientèles »... Ainsi, des CLSC expliquent une faible consultation des lesbiennes par leur « petit nombre » sur le territoire, d'autres réitèrent ne pas faire de discrimination.

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

• Question 3 : Adaptation des services

Question 3 : Votre CLSC a-t-il favorisé l'adaptation des services sociaux et des services de santé aux besoins des lesbiennes (par de la sensibilisation, des formations, par exemple) ?

Réponse	Nombre	%
Oui	26	57 %
Non	18	39 %
N/R	2	4 %
Total	46	100 %

Cette question, qui porte directement sur la prise en compte des besoins des lesbiennes, vient compléter et confirmer la question 1 sur les orientations ministérielles.

a) *Si oui, détailler (question ouverte) ; S.V.P., préciser quels-les professionnels-les ou / titres d'emploi (N.B. : les répondants et répondantes ont indiqué les titres d'emploi à la question 1). N = 46*

Réponses avancées	Nombre	%
Formations	24	52 %
Affiches	4	9 %
Informations aux jeunes dans les écoles	4	9 %
Discussions à l'interne	4	9 %
Brochures/dépliants	4	9 %
Démarche personnelle d'un-e intervenant-e	2	4 %

Des intervenants et intervenantes (principalement dans le domaine de la santé mentale, travailleuses et travailleurs sociaux, psychologues) ont suivi des formations du MSSS. Quelques CLSC affirment avoir sensibilisé leur personnel par des discussions, des dépliants ou des affiches.

b) *Quelle évaluation faites-vous de ces expériences ?*

Seuls quelques CLSC ont donné une évaluation de ces expériences, de façon évasive, se référant à la question 1c.

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

- Question 4 : Sensibilisation du personnel

Question 4 : Le personnel de votre CLSC (préciser le titre d'emploi) a-t-il été sensibilisé aux phénomènes suivants et comment : a) l'homosexualité en général ? b) l'hétérosexisme ? c) l'homophobie ? N = 46

	OUI	NON	N/R	% de oui
Homosexualité	36	8	2	78 %
Hétérosexisme	14	21	11	30 %
Homophobie	16	19	11	35 %

Le personnel des CLSC déjà identifié à la question 3 a) a été sensibilisé principalement par les formations du MSSS. Comparativement au thème général de l'homosexualité, peu de membres du personnel semblent avoir entendu parler d'hétérosexisme et d'homophobie (et encore moins de lesbophobie), qui font pourtant l'objet d'attention lors des formations. Cette disparité indique une fois de plus que les formations seraient une activité isolée et peu discutée dans les CLSC. Les lesbiennes rencontrées au cours de la recherche qualitative ont confirmé l'existence de lacunes profondes au niveau de la formation des professionnelles et professionnels des services sociaux et des services de santé.

- Question 5 : Concertation des organismes

Question 5 : Travaillez-vous en concertation avec des organismes (de lesbiennes/de femmes comportant un comité de lesbiennes, etc.) de votre région ? (question ouverte) Si oui, indiquer :

a) Quels organismes ?

Près de la moitié des CLSC (20 des 46) mentionnent l'existence de groupes sur leur territoire. Parmi ces CLSC, une majorité (douze des 20) affirment collaborer à l'occasion avec l'un ou l'autre de ces organismes, tels Gai-Écoute, GRIS (Groupe de recherche et d'intervention sociale), Projet 10, des associations de gais et lesbiennes ou des groupes de femmes.

b) En quelles occasions ?

Principalement pour faire des références et recevoir leurs affiches mais aussi pour prêter un local ou participer à des activités, lors de réunions ou d'assemblées générales annuelles de ces organismes. Dans quelques cas, le CLSC a participé à la mise sur pied de l'organisme.

c) Pour quelles activités ?

Semaine de sensibilisation sur le SIDA, activités dans les écoles. Des cafés-rencontres pour les lesbiennes, organisés dans des groupes de femmes, ont lieu dans quelques régions. Enfin, il est mentionné dans un questionnaire que les lesbiennes ne réclameraient pas de meilleurs services de leur CLSC.

◆ **Initiatives visant l'accessibilité des services**
(étape 3 : N = 3)

Pour compléter le sondage, trois entretiens téléphoniques ont été réalisés à la fin mars 2002 avec des répondants et répondantes de trois CLSC ayant fait des efforts en vue d'offrir des services plus sensibles à la réalité des lesbiennes. Chacun renvoie à un contexte organisationnel et social différent.

Au « CLSC 1 », situé en milieu rural, il s'agit de l'initiative d'un directeur de programme qui a veillé à ce que les documents pertinents circulent dans l'établissement et soient discutés lors de rencontres de programme. Ce directeur se soucie du fait que les intervenants et intervenantes de son service au CLSC, principalement au niveau psychosocial (travailleuses et travailleurs sociaux, psychologues, personnel infirmier) soient sensibles et ouverts relativement à la problématique de l'homosexualité en général. C'est de la sensibilisation faite à l'interne et aucun groupe communautaire particulier n'est impliqué dans la démarche. Les médecins ne font pas partie intégrante de l'équipe puisqu'il existe seulement une clinique d'urgence dans ce CLSC. Toutefois, un service de médecine familiale sera bientôt offert. C'est de bouche à oreille et en raison de la grande ouverture du personnel que les lesbiennes viendraient consulter au CLSC.

Au « CLSC 2 », situé en milieu urbain dans le quartier gai, il ne s'agit pas d'une initiative particulière ou d'un programme de sensibilisation. La répondante, cheffe de programme, explique que parmi les membres de son personnel, plusieurs sont gais ou lesbiennes. De plus, la fréquentation entre les intervenants et intervenantes du CLSC et les gais et lesbiennes du quartier est constante. Certaines consultations se feraient même dans les cafés, à l'heure du dîner. Les résidentes lesbiennes sont moins nombreuses. Toutefois, depuis quelques années, plusieurs aménagent dans ce quartier, puisque le CLSC remarque une hausse constante du nombre de consultations par des lesbiennes. La force du nombre, la masse critique, la visibilité, expliquent donc cette sensibilisation du personnel et les bonnes relations entre les communautés gai et lesbienne et le CLSC.

En ce qui concerne le « CLSC 3 », situé dans une zone urbaine, un intervenant psychosocial avait mis sur pied un projet d'adaptation des services qui, malheureusement, a dû être suspendu en raison de problèmes administratifs internes sans lien avec le projet (direction générale). L'idée du projet est venue du constat que les gais et lesbiennes ne consultaient pas ou peu le CLSC. « Comment les attirer au CLSC ? », s'est demandé cet intervenant.

Le projet comportait deux volets : d'abord la sensibilisation des employé-es du CLSC, ensuite l'instauration de mesures pour aller au-devant de la clientèle. Il s'est servi des orientations ministérielles pour entreprendre une sensibilisation à l'interne et opérer un changement dans la façon de concevoir l'offre de services. En effet, celle-ci a toujours été attentive à la demande telle qu'exprimée plutôt qu'aux besoins de la population. L'intervenant a fait valoir que certains besoins spécifiques pouvaient ne pas s'exprimer en raison de l'inadéquation des services. Pour aller vers les communautés gaie et lesbienne, une campagne de publicité était prévue, mentionnant explicitement l'ouverture du personnel du CLSC. Le projet comportait également une réorganisation des services : permettre un accès privilégié et direct, dès qu'une personne mentionnerait son orientation sexuelle à l'entrée du CLSC. La sensibilisation des médecins et du personnel infirmier avait aussi été faite, notamment par les deux formations offertes par le MSSS, un peu avant et pendant l'amorce du projet.

Le répondant de ce CLSC affirme avoir rencontré peu de résistances. Celles rencontrées provenaient d'individus peu conscients du problème. Une fois sensibilisées, ces personnes se sont ralliées à son projet qui demeure, pour l'instant, en suspens.

◆ Limites du sondage

Ce sondage réalisé à travers tous les CLSC du Québec est le premier à se centrer sur l'adaptation des services sociaux et des services de santé aux besoins des lesbiennes. Il comporte certaines limites méthodologiques qui ont pu être au moins partiellement contournées. Une première limite concerne la personne référée à l'intérieur du CLSC : était-elle la plus apte à répondre aux questions ? Un individu mal informé pouvait-il faire augmenter le nombre des CLSC dans la colonne « Aucune adaptation », à la première étape du sondage ? La question fut donc posée aux personnes interrogées, à savoir si elles possédaient effectivement l'information demandée. Le nombre d'appels en fut augmenté et, d'autant, la fiabilité du sondage.

Une seconde limite est liée à la prépondérance de l'homosexualité masculine et à l'invisibilité du lesbianisme. Il est possible que les réponses données par les CLSC englobent à la fois les gais et les lesbiennes, sans les différencier, ce qui rejoint d'ailleurs l'un des cinq types de commentaires reçus lors de la première étape du sondage.

Une troisième limite vient du caractère semi-qualitatif du sondage. D'une part, il ne bénéficie pas des avantages d'une approche franchement qualitative (entretiens en profondeur) mais comporte l'inconvénient de laisser place à l'interprétation au niveau de la compilation de certaines questions ouvertes du questionnaire écrit. Il fut nécessaire de réduire le nombre de catégories avancées par les répondants et répondantes (voir, par exemple, les tableaux des questions 2 c) et 3 a) et d'interpréter leurs réponses ambiguës. D'autre part, la brièveté du questionnaire, imposée par les contraintes de temps pour la recherche, ne permet pas d'appréhender la problématique dans toute sa complexité. Ce qui a été perdu en profondeur fut toutefois gagné en étendue. Une partie de cette profondeur du qualitatif fut malgré tout accessible par le choix d'une enquête par téléphone plutôt que par la poste, pour les étapes 1 et 3, car les commentaires émis lors des entretiens téléphoniques, aussi riches que pertinents, furent systématiquement notés. De plus, la recherche sur le terrain avec les lesbiennes, qui a apporté une contribution essentielle au projet, est venue appuyer les résultats du sondage.

Le fait d'avoir réussi à rejoindre l'ensemble des CLSC et à récolter la totalité des questionnaires envoyés contribue à assurer la fiabilité des résultats obtenus par ce sondage. Nous avons également pu les corroborer, à certains niveaux, en obtenant les statistiques de la clientèle rejointe par les formations, fournies par le MSSS. Ces données ne se comparent pas directement à celles du sondage puisqu'elles sont compilées à partir du nombre de participantes et de participants aux formations par région et ne précisent pas le nombre d'établissements concernés. Ces statistiques indiquent le nombre de personnes inscrites aux formations provenant d'un nombre indéterminé de CLSC par région entre 1997 et 2000. Une comparaison générale permet tout de même de constater que les statistiques du Ministère et nos données se rejoignent (voir la prochaine section et la partie B qui suit).

Y a-t-il des disparités régionales, eu égard aux mesures mises de l'avant pour rendre les services plus accessibles aux lesbiennes dans l'ensemble du Québec ? Dans la prochaine section, nous utilisons les données du sondage ainsi que les statistiques de la clientèle rejointe par les formations, fournies par le Ministère, pour élaborer des éléments de réponse à cette question.

◆ Disparités régionales

Le sondage permet de constater des disparités entre les régions, dans les limites que nous avons déjà mentionnées. 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 (tableau 4). Nous avons pu compléter nos informations et les comparer aux statistiques du MSSS, colligées par le Collège Maisonneuve,

qui comptabilisent la clientèle rejointe par les formations par lieu de travail (dont les CLSC) et par profession entre 1997 et 2000.

D'après nos résultats, des efforts visant l'accessibilité des lesbiennes aux services ont déjà été réalisés dans certains CLSC de douze régions du Québec, et des formations ont été données dans dix de ces régions (tableau 5). En quasi complète concordance avec nos données, le Ministère indique que des CLSC de dix régions ont été rejoints par la première des deux formations, entre 1997 et 2000 (tableau 6). De ces dix régions, huit comptent des participants et participantes des CLSC pour la seconde formation (tableau 7). Malheureusement, les statistiques pour les années 2001 et 2002 n'étaient pas encore disponibles, ce qui peut éventuellement expliquer des différences entre nos informations, obtenues au printemps 2002, et celles du Ministère. De plus, d'autres données fournies par le Ministère nous apprennent que des formations ont été dispensées notamment dans les régions 01 (Bas-Saint-Laurent) et 11 (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) en 1994 et en 1996²¹. Tel qu'évoqué plus haut, il est aussi possible qu'un répondant ou une répondante d'un CLSC n'ait pas été en mesure de répondre avec exactitude au sondage.

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 (tableaux 5 et 6). 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 des 29 CLSC, 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 lors de l'étape 3 du sondage (« CLSC 2 »), 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 formation 2, du moins avant la fin de l'année 2000 (tableau 7).

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

21. Notons qu'il s'agit de formations datant de plus de cinq ans et qu'il n'y eut aucune autre mesure de sensibilisation du personnel par la suite.

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. Dans la prochaine partie, nous nous intéressons à savoir QUI manifeste la volonté de s'inscrire aux formations du MSSS et d'OU ces personnes proviennent.

B. Statistiques du MSSS sur les formations

Les statistiques obtenues du MSSS sur les formations permettent de savoir de quels lieux de travail et de quelles professions sont issus les participants et les participantes. Ces formations gratuites étant dispensées sur une base volontaire, ces statistiques offrent un portrait des catégories professionnelles et des milieux de travail les plus intéressés à s'informer et à se former au sujet de l'homosexualité. Pour la première formation, les CLSC et les organismes communautaires sont à peu de choses près à égalité, comptant pour plus de la moitié des inscriptions (tableaux 6 et 7 de l'annexe I, graphiques 1 et 2 de l'annexe II). Ensuite, par ordre décroissant, suivent des inscrits et inscrites du milieu scolaire, des Centres Jeunesse, des Régies régionales de la santé et des services sociaux, des centres de détention ou du milieu policier, de la pratique privée et des centres hospitaliers, puis, finalement, des centres de réadaptation en toxicomanie et des centres de réadaptation. Certains participants et participantes n'ont pas identifié leur lieu de travail (catégorie N/R). Pour la seconde formation toutefois, le personnel des organismes communautaires devance assez nettement en nombre celui des CLSC.

Les personnes inscrites aux deux formations se regroupent majoritairement sous l'appellation « intervenant-e ». Elles travaillent principalement dans les organismes communautaires ou dans les CLSC, puisque ce sont les deux types d'organismes d'où elles proviennent, comme nous venons de le voir (graphiques 3 et 4, tableaux 8 et 9). Suivent d'autres catégories professionnelles, en petits nombres et proportions : « infirmier-ère », « enseignant-e », « travailleur-euse social-e », « psychologue », « médecin », « intervenant-e en toxicomanie » et « policier-ère ». Plus du quart des participants et participantes n'ont pas identifié leur profession (N/R).

Les lieux de travail et les professions dont sont issues les personnes qui ont suivi la première ou les deux formations du MSSS reflètent leur caractère non obligatoire. Nous ne pouvons que constater 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.

Conclusion du chapitre II

Ce sondage démontre que peu d'expériences pour améliorer l'accessibilité des lesbiennes aux services ont été réalisées 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, ce qui ne tient pas compte de leurs statuts sociaux inégaux. Au contraire, traiter pareillement des personnes de statuts sociaux différents équivaut à pratiquer de la discrimination. D'autres considèrent qu'il y a peu ou pas de lesbiennes sur leur territoire.

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 services repose sur quelques individus personnellement impliqués. Quelques personnes ont veillé à ce que ce document ne dorme pas sur les tablettes et l'ont utilisé à l'interne. Seuls quatre CLSC ont initié des mesures relatives à l'accessibilité des services (autres que les formations du Ministère) et trois 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 projet du « CLSC 3 », bien que mis en suspens pour l'instant, offre également des avenues intéressantes.

En l'absence de plan d'action et de lignes directrices, les orientations 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 peut-être 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.

Chapitre III

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

Ce chapitre constitue le cœur de la recherche. Il vise à documenter les obstacles que les lesbiennes rencontrent dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé, dans l'optique d'élaborer des recommandations ainsi que de renouveler les pratiques et l'intervention.

Une première analyse des entrevues a mis en lumière les obstacles ou barrières que rencontrent les lesbiennes dans les services sociaux et les services de santé, qui sont de cinq types :

- discrimination hétérosexiste et lesbophobe ;
- ignorance et manque de compétence des professionnels et professionnelles de la santé ;
- lesbophobie et hétérosexisme intériorisés ;
- pauvreté ;
- isolement social.

La méthode des histoires ou trajectoires de vie (entretiens en profondeur) s'est avérée fructueuse pour saisir non seulement les barrières que vivent les lesbiennes dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé, mais leurs significations cachées. Comme le souligne McAll *et al.* (2001 : 30), l'analyse des trajectoires nous renseigne sur les rapports sociaux à l'œuvre. 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).

En fin d'analyse, six moments cruciaux dans les trajectoires de vie des lesbiennes sont apparus (incluant les facteurs de vulnérabilité précités). Il s'agit ici, si on recourt à une expression commode, de « déterminants de la santé des lesbiennes ». L'ensemble de ces rapports sociaux, révélés par l'analyse, participent à l'invisibilité sociale des lesbiennes et du lesbianisme.

Les moments ou thèmes cruciaux, critiques, de la trajectoire de vie des lesbiennes qui ont des effets sur leur santé mentale et physique et sur leur isolement social ne se succèdent pas dans un ordre prédéterminé et chaque élément ne recouvre pas la même importance pour toutes les lesbiennes. Ils s'énumèrent comme suit :

- la reconnaissance de son lesbianisme (*coming out* à soi) ;
- le *coming out* à sa famille ;

- les expériences de discrimination (école, travail...) ;
- la formation d'un couple, le deuil ou la séparation du couple ;
- la formation d'un réseau d'amitiés profondes ;
- la migration.

Le chapitre se compose de six différentes parties (A à F). Après avoir détaillé le profil de la population étudiée (A), sont analysées les trajectoires de vie des lesbiennes en ce qui a trait à leurs rapports à elles-mêmes (estime de soi) et avec les autres (famille, école, travail, amitiés, couple...) [B]. Sont ensuite présentés leur rapport avec le système de santé et leur état de santé (C). La partie suivante expose les besoins des lesbiennes relativement à l'accès aux services, tels que révélés à travers le récit de leurs expériences (D). Suit l'analyse des barrières rencontrées dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé (E). Le chapitre se termine sur un exposé des particularités de ces barrières pour les sous-groupes étudiés dans le cadre de l'étude (lesbiennes des régions, jeunes, âgées, minorités « audibles » et « visibles ») [F].

A. 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.

Dans cette partie, nous ne prétendons absolument pas dresser un portrait statistique des lesbiennes au Québec. Nous commentons ici très sommairement les tableaux 11 à 29 de l'annexe I qui ont été colligés de façon à pouvoir comparer les répondantes montréalaises à celles des régions et à les situer par rapport à l'ensemble des répondantes. Dans le but de décrire les participantes, des commentaires analytiques succincts s'ajoutent à la simple description des tableaux lorsque jugé pertinent.

◆ Âge et statut socio-ethnique

Les lesbiennes rencontrées se répartissent plus ou moins également entre les groupes d'âge, à l'exception de celui des 60 ans et plus (tableaux 11, 12, 13, 14). À Montréal, la surreprésentation des 30-44 ans s'explique par la concentration dans ce sous-groupe des mères qui ont participé à l'entrevue de groupe sur la maternité (tableau 13).

Près des trois quarts sont des femmes d'origine canadienne-française (groupe majoritaire), les autres se partagent entre minorités « visibles » et « audibles »²². À Montréal, la sur-représentation des femmes issues des minorités « audibles » s'explique par les caractéristiques des répondantes ayant participé à l'entretien de groupe sur la maternité.

Montréal compte l'ensemble des quinze femmes des minorités « audibles » et « visibles ». Nous ne possédons des données complètes que pour celles (dix) rencontrées individuellement. Cinq sont nées au Québec ou au Canada et les cinq autres dans d'autres pays, dont trois sont arrivées très jeunes (âge préscolaire et primaire). Les deux autres sont arrivées à l'âge adulte, dans la vingtaine. L'une de celles-ci a reconnu son orientation homosexuelle une fois installée au Québec alors que pour l'autre, l'orientation sexuelle est la principale raison d'immigration.

◆ Niveau de scolarité complété

Les participantes à l'étude atteignent un niveau de scolarité relativement élevé puisque près de la moitié ont complété des études universitaires (tableaux 15 à 18). D'après le questionnaire socio-démographique rempli par les répondantes, une seule n'a pas terminé son secondaire et aucune n'est analphabète. À l'exception de celle qui n'a pas complété son secondaire, les femmes se dispersent toutefois assez uniformément entre les différents niveaux de scolarité complétés, sous réserve des répondantes de 30-44 ans ayant participé à l'entrevue de groupe sur la maternité, à Montréal, concentrées chez les universitaires (tableau 16). Il est possible que certaines aient déclaré avoir complété le niveau secondaire sans qu'il s'agisse formellement du secondaire V. Cette supposition s'appuie sur d'autres variables socio-démographiques, soit leur âge, leur occupation et leur niveau de revenu, de même que sur leur récit de vie.

Les onze femmes qui ont complété le primaire ou le secondaire sont toutes d'origine canadienne-française, malgré nos efforts de diversification de l'échantillon. Il fut difficile de recruter des lesbiennes des minorités « audibles » et « visibles » moins scolarisées. Bien que le niveau de scolarité élevé des minorités par rapport à la majorité au Québec représente une réalité, cette lacune est surtout due à notre réseau de contacts plus réduit pour ces sous-groupes. En vue d'y remédier pour un prochain projet, nous continuons à enrichir notre réseau avec des lesbiennes de toutes origines et statuts socio-ethniques.

22. Voir les critères de sélection dans la méthodologie (chapitre I, partie C).

◆ **Occupation et revenu**

Plus de la moitié des femmes occupent un emploi, la plupart à temps plein, certaines à temps partiel (tableaux 19 à 23). Ces emplois se situent dans tous les secteurs, que ce soit dans les organismes publics et parapublics (enseignante, infirmière, psychologue, secrétaire, travailleuse sociale...), le privé (coiffeuse, commis, cuisinière, femme de ménage...) ou les organismes communautaires. Quelques-unes sont travailleuses autonomes (artiste, haute technologie). Certaines ne bénéficient d'aucune stabilité d'emploi. L'autre moitié des répondantes se répartit de façon égale entre étudiantes, sans-emploi et retraitées. De toute évidence, une grande majorité des lesbiennes faisant partie de l'étude doivent vivre - dans certains cas survivre - avec un revenu très bas : la moitié avec moins de 20 000 \$ par année et le tiers avec un revenu situé entre 20 000 \$ et 40 000 \$. Seule une minorité des lesbiennes qui travaillent réussissent à s'assurer un revenu qui les tienne loin des soucis financiers.

Eu égard au statut socio-économique et à la condition sociale, les efforts de diversification de l'échantillon semblent avoir porté leurs fruits : contrairement à une tendance dans certaines études existantes, le profil des répondantes reflète la précarité financière que révèle l'Enquête Santé Québec 1998 (voir l'introduction en tête du rapport). L'analyse du vécu des lesbiennes a montré que cette pauvreté se répercute dans l'ensemble de leur vie sociale.

◆ **Vécu hétérosexuel passé**

Les informations sur le vécu hétérosexuel passé des participantes ont été recueillies pour l'ensemble des femmes rencontrées en entretien individuel et seize des 27 autres participantes, soit 43 des 53 (tableau 24). Près du tiers de ces femmes n'ont jamais vécu de relations hétérosexuelles, un autre tiers ont été mariées, en union de fait ou engagées dans une « relation sérieuse », puis un dernier tiers ont connu des relations passagères ou occasionnelles. Il est notable que la moitié des jeunes lesbiennes n'ait jamais vécu de relations hétérosexuelles, alors qu'une grande majorité de leurs aînées, soit ont connu des relations passagères (surtout les 30-44 ans), soit ont été mariées (en particulier les 45-49 ans). La durée des mariages et des unions de fait hétérosexuelles varie de six mois à 30 ans, avec une moyenne de sept ans. Notre échantillon ne permet pas de tirer des conclusions à partir de ces données mais nous pouvons émettre l'hypothèse que l'évolution de la société permet aujourd'hui aux lesbiennes de découvrir, de vivre ou d'accepter leur lesbianisme plus tôt dans leur vie.

◆ **Situation de vie et maternité**

Pour décrire leur situation de vie, les participantes ont été divisées en quatre sous-groupes, selon qu'elles vivent seules ou pas, avec ou sans enfants (tableaux 25 à 29). Un peu plus de la moitié sont en couple, depuis trois mois à 25 ans. La durée moyenne des relations est de sept ans et demi. Elles vivent généralement avec leur conjointe mais quelques couples ne cohabitent pas (tableau 25). Les autres vivent seules et ne sont pas engagées dans une relation amoureuse.

D'après la littérature existante, un grand nombre de lesbiennes sont mères, soit une sur cinq (Arnup 1995, notamment). Les participantes à l'étude le sont dans les mêmes proportions, soit onze des 53. Elles ont au total 17 enfants, soit 1,5 par femme qui est mère ou 0,3 enfant par répondante. Neuf lesbiennes vivent en couple avec un ou deux enfants à charge, une est monoparentale et une est la mère d'un adulte ne cohabitant pas avec elle.

Parmi ces onze mères, sept sont mères biologiques, les quatre autres « co-mères » (tableau 29). Pour accéder à la maternité, six ont procédé par insémination artificielle, quatre ont eu des enfants alors qu'elles étaient mariées et une a pu recourir à l'adoption internationale à titre de mère célibataire. Parmi les six femmes qui ont opté pour l'insémination, quatre ont demandé à un ami de donner son sperme (donneur connu) et les deux autres ont réussi à avoir accès à une banque de sperme (donneur inconnu). Deux femmes ayant participé à l'entretien de groupe sur la maternité étaient en démarche d'accès à la maternité par insémination artificielle.

B. 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 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 sur l'union civile et des changements sociaux que ces nouveaux droits devraient susciter, plusieurs sont optimistes quant à l'avenir, malgré une situation présente parfois difficile.

Cette seconde partie présente une analyse des histoires de vie des lesbiennes concernant leurs rapports à elle-même et avec les autres. Il s'agit, selon l'approche systémique, de déterminants sociaux de la santé, à savoir, ce qui concerne leur milieu de vie et leur réseau d'appartenance. Les différents déterminants, comme nous l'avons précédemment évoqué, sont

en interaction dynamique. Au-delà de ces éléments structuraux, l'analyse de type qualitatif permet de remonter aux rapports sociaux en jeu qui ont un impact sur l'estime de soi, la capacité ou la volonté de prendre soin de sa santé et, en définitive, la santé elle-même.

La première section s'intéresse à une problématique spécifique aux lesbiennes et identifiée ici comme l'un des moments déterminants dans la trajectoire de vie des lesbiennes en ce qu'il influence l'ensemble de leurs rapports sociaux : le *coming out*, c'est-à-dire la décision ou le fait de révéler son lesbianisme. Il s'agit du processus par lequel une femme s'aperçoit de son orientation sexuelle différente de la majorité hétérosexuelle et de la façon dont elle « gère », accepte et valorise cette différence.

Après avoir discuté du *coming out* à soi, il est question dans les autres sections du *coming out* aux autres. Notons ici que si le premier est un processus plus ou moins long, le second est un éternel recommencement, il dure toute la vie, selon la ou les personnes avec qui une femme interagit. Les différents milieux de vie, réseaux et lieux d'interaction seront passés en revue : la famille, l'école, le travail, les amitiés, la communauté lesbienne, le couple, le voisinage et, enfin, les lieux d'implication sociale et communautaire. À partir des entretiens individuels, nous avons constaté que des étapes ou moments déterminants dans la vie des lesbiennes pouvaient influencer sur la santé mentale et physique de ces femmes, tout comme ils peuvent marquer positivement ou négativement leur degré d'isolement social, dans certains cas²³. Lorsque possible, nous établissons des comparaisons avec les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, première étude probabiliste (avec un échantillon au hasard) à porter son attention sur l'homosexualité au Québec.

Dans toute cette partie, qui comporte neuf sections, est mis 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. Les thèmes présentés ont été parfois moins approfondis dans certains entretiens, leur contenu est donc inégal. Malgré ces limites, nous croyons toutefois fournir des pistes pour mieux cerner la problématique d'ensemble, notamment en ce qui a trait à l'invisibilité sociale et à la lesbophobie intériorisée, ainsi que le vécu des lesbiennes quant aux sujets abordés.

◆ *Coming out* : diversité des vécus

Le *coming out* est une expression du mouvement gai américain maintenant couramment utilisée en français. Elle peut signifier l'acceptation de son homosexualité ou, plus largement,

23. À noter que la « migration » comme moment déterminant dans la vie des lesbiennes est évoquée dans la partie sur les barrières (E), section « Isolement social et invisibilité ».

le fait de la révéler en public (Chamberland 1996 : 27). Plusieurs répondantes n'utilisent pas cette expression et la remplacent par les mots français « le dire » : nous utilisons donc les deux expressions. Ce thème est central dans les entretiens comme dans les entrevues de groupe.

Pour expliquer l'importante diversité des vécus humains en ce qui a trait aux attirances sexuelles et affectives, nous rappellerons d'abord quelques faits saillants des études de l'équipe d'Alfred Kinsey, déjà évoquées au chapitre I, qui ont subi avantageusement le passage du temps, fait plutôt rare dans le domaine scientifique (Kinsey *et al.* 1953). En effet, les études subséquentes n'ont fait que confirmer les hypothèses de départ de Kinsey. Selon les chercheurs, l'homosexualité n'est pas le contraire de l'hétérosexualité : elle se situe à un pôle d'un continuum sur lequel se trouve tout le spectre de la sexualité humaine. Nous avons d'ailleurs soulevé au premier chapitre que les orientations sexuelles ne doivent pas être enfermées dans des catégories rigides, fermées et établies une fois pour toutes.

Dans cette section, nous exposons la façon dont les répondantes (entretiens individuels et entrevues de groupe) ont reconnu leur orientation sexuelle, comment elles ont vécu le *coming out* à soi-même. Toutes n'ont pas vécu ce processus de la même manière : certaines, par exemple, se sont d'abord mariées, certaines ont dû franchir des barrières culturelles avant de « se le dire ». L'analyse a permis de constater que l'hétérosexisme et la lesbophobie peuvent grandement nuire au déroulement harmonieux de ce processus, avec des impacts plus ou moins importants sur la santé mentale, selon les cas. Le *coming out* à soi est un processus non linéaire et complexe qui peut durer quelques années ou une vie entière. La diversité des vécus, manifeste dans le témoignage des répondantes, vient contrecarrer un préjugé tenace selon lequel le lesbianisme s'expliquerait par des expériences négatives avec des hommes. Un autre préjugé qui cède rapidement est celui à l'effet que l'orientation sexuelle résulterait d'une décision personnelle : le lesbianisme est une préférence sexuelle de départ, le « choix » réside dans la décision de le vivre...

- C'est arrivé comme ça...

Plusieurs femmes racontent avoir l'impression d'être tout simplement « nées lesbiennes ». Leur orientation sexuelle s'est imposée comme allant de soi. Leur attirance pour les femmes était *a priori* claire et sans remise en question possible. Plusieurs de ces femmes n'ont d'ailleurs jamais connu de relations hétérosexuelles.

« Moi, je suis née comme je suis née. Je suis née les yeux verts et je suis née homosexuelle. Pour moi, c'est la même chose. J'ai toujours fait ma vie en essayant de déranger les autres le moins possible, c'est-à-dire en restant toujours respectueuse de ce que les autres ressentaient. Moi, ce que je fais de ma vie, ce que l'autre fait de la sienne à côté, ça n'a pas à déranger personne. Tu fais ton

chemin, tu fais ce que tu as à faire, puis si tu ne fais pas de mal autour de toi, pour moi, c'est tout ce qui compte. » (BSL²⁴, participante pour qui il est impossible de préciser une date de *coming out*)

« Je ne me suis jamais cachée de ça. Je ne l'ai pas dit à tous, mais je ne l'ai jamais caché. Comment j'expliquerais ça [silence]. J'ai toujours été bien avec moi-même, bien avec les autres par rapport à mon orientation. Je pense qu'un jour, mes parents l'ont su. Ils ont peut-être eu de la misère à le digérer, mais c'était ça : je fais ma place, je ne m'en laisse pas imposer. Il ne faut pas toujours vivre cachée. Quelqu'un qui vit toujours caché, il doit être malheureux en bout de ligne. Il faut se faire une raison un jour. C'est un choix de vie. C'est un choix de sexe. Je pense que c'est un peu en vous. Parfois, je me demande si je ne suis pas venue au monde comme ça. C'est une possibilité. Je pense que la médecine n'est pas encore assez avancée. Que ce soit en psychiatrie ou autres, je pense qu'il y a des personnes qui disent que c'est inné, nous autres. Moi, je me demande si ce n'était pas inné, en moi. Je ne ferai pas une grosse enquête [rires]. Je n'irai pas voir des psychiatres et des psychanalystes pour savoir ! Tant que je suis bien avec moi-même, c'est ça l'important. » (E05, *coming out* à 10 ans)

Plusieurs femmes affirment avoir été capables de reconstituer des éléments précurseurs de leur *coming out* : elles se souviennent, par exemple, avoir toujours ressenti une attirance pour les filles ou s'être rendu compte qu'elles n'avaient jamais été très attirées par les garçons ou, encore, se rappellent être tombées en amour avec leur meilleure amie.

« J'avais autour de 18 ans. C'est là que j'ai eu une première relation avec une femme. C'était une de mes meilleures amies, avec qui j'avais été à l'école secondaire. On a fait le cégep ensemble. À un moment donné (...) elle m'a posé la question si j'avais déjà pensé coucher avec une fille. J'avais répondu non (...) Je me souviens, on était les meilleures amies, on se voyait toujours beaucoup. À un moment donné, on était assises dehors en train de fumer dans un party. Elle avait accoté sa tête sur mon épaule. Je me souviens d'avoir senti comme un flux d'énergie, puis j'ai dit "peut-être que oui" [rires] (...) Et les choses ont progressé à partir de ce moment-là. À ce moment-là, je ne me disais pas "lesbienne" : je me disais seulement que j'étais en amour avec elle, avec une femme. » (E22 *coming out* à 19 ans)

« Depuis toujours ! Depuis toujours, dans le sens où ça a commencé très jeune. Tu vas peut-être entendre que pas mal de filles, elles étaient avec des garçons, et qu'à un certain moment, elles ont commencé à se questionner et puis... Moi, c'est un peu l'inverse qui s'est produit : dans le sens où j'ai toujours été attirée par les filles, je suis toujours sortie avec les filles. [Dans mon pays d'origine], j'ai eu plusieurs relations, même une longue relation, qui a duré plus que dix ans et tout. » (E23, *coming out* à 17 ans)

24. BSL : entrevue de groupe du Bas-Saint-Laurent.

« Moi, je te dirais que j'ai fini par mettre des mots (...) tu sens que tu es différente, tu sens qu'il y a des affaires qui ne collent pas dans ton environnement, ta réalité, pas parce que les gens ne sont pas corrects (...) Je me rappelle (...) en quatrième année, les petites filles commençaient un petit peu à se pâmer sur les gars et (...) moi, je ne comprenais rien (...) Et je savais qu'il y avait plus que ça mais je n'étais pas capable d'identifier, j'étais trop jeune à ce moment-là. Bon : tomber en amour avec tous les profs d'éducation physique (...) j'avais une attirance pour les femmes (...) Ma mère dit que j'étais un esprit libre, ça fait que, effectivement, ça s'est reflété partout dans ma vie (...) Aujourd'hui, je te dirais que je le vis très bien. Moi, je pense qu'à partir du moment que ça a été clair dans ma tête que j'étais lesbienne, la question ne s'est pas posée autrement. Je n'ai pas eu de questionnement non plus, tu sais à un moment donné, est-ce que je suis vraiment lesbienne ? Est-ce que ça a été juste une passe ou une amitié particulière ? Pour moi, ça n'a jamais existé dans ma tête. » (E06, *coming out* à 18 ans)

D'autres expliquent être aussi attirées par les hommes (bisexualité) mais avoir fait le *choix* d'être lesbiennes dans leur vie, que cela soit « tôt » ou « tard ». Ce choix exprime en fait une préférence non pas seulement érotique mais aussi, et peut-être, surtout affective pour les femmes.

« J'avais eu [quelques] "chums" avant, mais ça n'avait pas été vraiment... C'était toujours un peu compliqué. Ça ne me tentait pas, il fallait toujours que je me batte. En tout cas, c'était un peu "achalant". Quand je suis arrivée dans un milieu de femmes, je me sentais beaucoup plus à l'aise (...) Puis, à un moment donné, tu tombes en amour, puis ça fonctionne. Ce n'est pas quelque chose que je me suis caché dans mon subconscient comme dire : "je le suis, mais je ne [me] le dis pas". Mais, peut-être que c'était là depuis un bout de temps (...) C'est un truc qui t'arrive à un moment donné. Si tu veux le nier, tu peux, mais tu risques d'avoir des problèmes. Je ne te dis pas que, des fois, je ne me pose pas des questions : j'aurais pu faire ma vie avec un homme, puis avoir un tas d'enfants, peut-être, si j'avais rencontré le bon gars ? (...) Mais, non : je suis bien contente de ma vie. Je trouve que... Je ne regrette rien. Comme je te dis, des fois, ça aurait pu arriver. Si j'avais été dans un autre milieu, ailleurs, peut-être que j'aurais fondé une famille, puis je ne serais pas malheureuse (...) Je ne suis pas radicale là-dedans. » (E14, *coming out* à 22 ans)

« Je n'aime pas ça quand les gens disent que les "bi" [sont] des gens qui ne sont pas branchés : j'avais beaucoup de plaisir à sortir avec des filles, puis j'avais aussi beaucoup de plaisir à sortir avec des gars. Aujourd'hui (...) je me dis lesbienne juste parce que... là où je mettrais mon énergie, mon engagement, ce serait avec les femmes. Mais de faire l'amour avec un gars, pas de problème ! Ce n'est pas nécessairement... (...) un non-désir de gars, c'est plutôt parce que je trouve que le quotidien avec une femme est très agréable ! » (E22, *coming out* à 19 ans)

« Pour moi, depuis que j'étais pré-adolescente, je dois dire que j'ai compris que j'étais lesbienne ou bisexuelle. Dans le temps, je [me disais] bisexuelle et même maintenant, je pense qu'il y a un grand spectre de sexualité – mais je suis monogame et j'habite avec une femme depuis treize ans. Donc, je [suis] lesbienne, je m'identifie comme lesbienne. » (E08, *coming out* à 14 ans)

Quelques femmes associent au fait de ne pas avoir été influencées par la religion ou issues d'une famille religieuse la simplicité apparente dans laquelle s'est vécue la découverte de leur lesbianisme. Pour plusieurs répondantes, il fallut franchir d'importantes barrières sociales et familiales pour être en mesure de le reconnaître.

- *Se reconnaître : contrer les images négatives et les stéréotypes*

Dans une société où la majorité est hétérosexuelle, accepter et valoriser sa différence exige en premier lieu de parvenir à dépasser les images négatives que véhicule la société sur l'homosexualité et le lesbianisme. Encore aujourd'hui, l'absence de modèle positif pour les jeunes, tout comme la lesbophobie que renvoie la société, nuisent à la valorisation du lesbianisme et à la santé mentale des lesbiennes.

Dépasser les images négatives pour accepter son lesbianisme et le valoriser suppose une bonne estime de soi, laquelle dépend de plusieurs facteurs sociaux, tels le milieu familial et les expériences vécues. La question n'est pas simple. Une répondante associe à son milieu familial d'origine le fait d'avoir pris beaucoup de temps avant de parvenir à « se le dire » :

« Je me suis demandée pourquoi ça m'avait pris tout ce temps de sortir du placard. D'abord, je suis née dans une famille "dysfonctionnelle" : père alcoolique. Et la perception de moi-même n'était pas gratifiante. À ce moment-là, ton identité, ton affirmation sont faibles. Quand tu arrives à l'adolescence et que tu te rends compte qu'en plus, tu n'es pas comme tout le monde – tu es une lesbienne – alors là, c'est un coin encore plus difficile dans l'affirmation parce que tu es différente des autres. Tu n'es pas en possession de ton pouvoir, de ta connaissance, de ton identité. C'est alors difficile d'énoncer ouvertement que tu es lesbienne. C'était mon cas et j'ai fait un travail sur moi-même pour régler ces problèmes de l'enfance et à ce moment-là, j'ai pu sortir du placard. » (BSL, *coming out* à 35 ans)

Quelques femmes racontent avoir éprouvé des désirs lesbiens durant l'adolescence mais avoir, pour un temps plus ou moins long, rejeté ces pensées au rang des fantasmes. Ces fantasmes et ces désirs, en opposition à la norme sociale à suivre, peuvent provoquer des sentiments de confusion, des sentiments d'incompétence face à la vie. Une jeune et une plus âgée témoignent :

Chapitre III

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

« Au début, je pensais que j'allais tomber en amour avec un gars. Je n'ai jamais vraiment su c'était quoi l'amour. Je pensais que je "tripais" sur un gars, jusqu'à temps que... Tu sais, je rencontrais tout le temps une fille. Elle était tout le temps dans le même bus que moi (...) On a vécu un petit peu comme une amitié à vrai dire (...) Inconsciemment, je la "crouzais" totalement. J'y repense aujourd'hui, c'est fou ! Ensuite de ça, je lui disais que je "tripais" avec le frère de sa meilleure amie (...) Ce n'était pas clair. Je ne le savais pas encore. Là, ensuite, je pensais que je "tripais" sur son frère. Tu arrives de l'école, tu te couches le soir, puis tu penses plus à la fille avec qui tu as jaser qu'au gars. À la longue : "oui, c'est bizarre ça, là". Tu finis par faire des fantasmes avec la fille [alors] tu te poses des questions. Après ça, j'ai commencé à prendre certaines distances parce que j'avais peur (...) Je me rendais compte (...) que je tombais en amour avec [elle]. Là, je ne savais plus quoi faire. Je tournais en rond. J'étais en train de me demander si j'étais bisexuelle, c'était quoi qui se passait, c'est pas "normal" ! Je ne comprends pas ! » (E19 *coming out* à 15 ans)

« Bien voyons donc : c'est "normal", un gars puis une femme, mais deux femmes : voyons donc ! C'est... c'est un fantasme ! Tu peux le vivre comme fantasme. Mais je dis : "ce n'est pas un fantasme". Puis là, j'y ai pensé. À un moment donné, j'ai dit : "ce n'est peut-être pas un fantasme ?" Puis j'ai été ambivalente un temps, comme bisexuelle. » (E20, *coming out* à 43 ans)

Selon les époques et les contextes familiaux, les répondantes ont vécu des périodes plus ou moins difficiles, puis ont décidé de le vivre ou, au contraire, ont refoulé cette partie d'elles-mêmes. Certaines femmes, des jeunes en particulier, ont raconté avoir dû faire le deuil de leur hétérosexualité. Elles ont même tenté de se changer, de se convaincre qu'elles n'étaient pas lesbiennes en sortant avec des garçons.

« Je crois (...) qu'il y a des homosexuels, gais ou lesbiennes, qui eux, à la naissance, à 5, 6, 7, 8, 9, 10 ans le savaient. Ils ne disaient pas "je suis hétéro", "je suis gai", ils savaient qu'ils aimaient les personnes du même sexe, donc ils n'ont pas eu à faire le deuil de leur hétérosexualité pour devenir gais. Ils sont comme ça. Point. Mais une personne qui, comme moi, jusqu'à l'âge de 17-18 ans, avais eu des "chums", des "chums", des "chums", jusqu'à temps que je me rende compte que je n'aimais pas les gars d'amour, je les aimais d'amitié et c'est tout... j'ai dû faire le deuil de l'hétérosexualité. Et je me suis rendu compte que j'étais dans une carapace de laquelle je devais sortir. Donc [à ce moment], je suis "sortie du placard". » (BSL, *coming out* à 19 ans)

« Depuis que j'ai 14 ans, je sais que je suis lesbienne : j'étais plus portée à regarder les filles (...) Ça me faisait tellement de peine. J'essayais d'être avec les garçons. Puis, je n'ai jamais couché avec personne, avec un gars autant qu'une fille. Puis, bon, je me suis dit, bon ça veut peut-être dire quelque chose (...) Je pense que de 14 à 20 ans, je l'ai très mal pris moi-même : je ne voulais tellement pas ! J'essayais de me changer, de me forcer à tomber en amour avec des gars ! Je pense que jusqu'à 20 ans, je me disais "non, je ne suis pas lesbienne, je ne suis vraiment pas lesbienne". Quand je me suis

avouée "gaie", je me disais que j'étais "bi", bisexuelle, que j'aimais autant les gars que les filles. Puis, j'ai essayé de tomber deux, trois fois en amour avec un gars. Puis, je tombais en amour avec eux autres, mais je n'étais pas capable de coucher avec eux autres. Donc, je me suis dit : "ça ne donne rien". Fait que c'est venu comme tranquillement. Finalement : "non, tu n'es pas bi, tu es vraiment lesbienne". » (E13, *coming out* à 20 ans)

« Quand j'y pense vraiment, à l'élémentaire, je voyais déjà des signes (...) Ensuite, à l'âge d'à peu près 18 ans, mon attrait pour les femmes a augmenté. Je me suis dit : "c'est peut-être parce que je ne suis jamais sortie avec un homme, OK, c'est bon, je vais sortir avec un homme". Finalement, ça m'a pris à peu près un an pour me décider à sortir avec un homme. Donc à 19 ans, j'ai commencé à sortir avec des hommes. Je suis sortie avec trois hommes pour me rendre compte que je ne m'étais pas trompée. [J'ai été mariée quelque temps... puis] à 21 ans, j'ai cassé avec mon dernier copain. Cinq mois plus tard, j'étais avec une fille. En passant, à 18 ans, lorsque je me suis rendu compte qu'il était très possible que je sois lesbienne (...) [j'ai] dit [à ma meilleure amie] que j'étais bisexuelle [silence]. Mais je n'étais pas bisexuelle. » (E26, *coming out* à 18 ans)

Ces périodes cruciales dans la vie des jeunes seraient vécues dans l'isolement, ce qui sera plus amplement discuté dans les parties traitant des barrières à l'accès aux services de santé. Nous ne rappellerons jamais assez toute l'importance des modèles positifs pour les jeunes lesbiennes. La majorité hétérosexuelle n'a pas conscience du rôle incontournable des modèles pour les jeunes, d'avoir une personne de sa famille avec qui parler de relations amoureuses et d'amies avec qui partager leur vécu, leurs questionnements. Selon Ryan et Frappier, « ce manque rend l'adaptation de l'adolescent à son orientation sexuelle plus difficile, augmente son anxiété et son isolement et complique son développement » (Ryan et Frappier 1993 : 73). Une jeune raconte ici comment la rencontre d'une autre lesbienne l'a aidée à accepter et à valoriser son lesbianisme :

« Je me rendais compte que j'avais une certaine attirance (...) "Quoi ? Qu'est-ce qui se passe ?" Ça fait que j'ai essayé de changer ça : je me suis mise à sortir avec les gars (...) [Quelques années plus tard], dans un gros party au cégep, on m'a soulée [rire], bien je me suis un peu aidée... en tout cas. Cette fille-là était là (...) il paraît que [je lui] avais fait une grosse déclaration d'amour (...) Au bout de deux semaines (...) elle m'a dit qu'elle était lesbienne : "ça fait cinq ans que je suis avec la même fille" (...) Une semaine après, on s'en est encore parlé, puis j'ai posé plein de questions, comment elle vivait... Je me suis rendu compte que quelqu'un pouvait être heureux aussi. C'est là que je me suis dit : "j'ai envie d'enlever les barrières, je vais vivre comme ça, je suis ce que je suis, c'est tout". C'est vraiment le déclenchement de mon acceptation personnelle. Parce que c'est sûr que je m'en rendais compte avant (...) Je suis vraiment reconnaissante envers elle aujourd'hui. » (E25, *coming out* à 18 ans)

Plusieurs femmes ont décidé de vivre leur lesbianisme « tard » dans leur vie, que ce soit à 30, 40, voire 50 ans... ces femmes, *a posteriori*, ne considèrent pas qu'il s'agit d'une transformation : c'était « là » mais certaines « raisons » ont fait que cela s'est révélé plus tard. Mises à part les quelques femmes qui ont affirmé être bisexuelles sur le plan des attirances et avoir un jour « choisi » les femmes, les « raisons » se trouvent souvent dans les pressions hétérosexistes qu'a fait subir la famille, dans l'éducation et la religion. Nous y reviendrons. Pour certaines lesbiennes plus âgées, le mariage a été une obligation ne souffrant aucune remise en question.

« J'étais jeune. J'avais 12 ans, quand j'ai été la première fois amoureuse d'une fille avec qui j'allais à l'école. Mais, tu sais, c'était mélangeant, ça fait 46 ans presque de ça. Alors, j'étais toute mélangée. J'éprouvais des sentiments face à elle qui étaient un peu spéciaux, qui étaient un peu différents. Ensuite, j'ai rencontré mon ex-mari, j'avais 16 ans. On s'est fréquentés quatre ans, je me suis mariée. Je l'ai énormément aimé mais c'était un [salaud], c'était un homme qui avait des problèmes. Mais ça revenait tout le temps : j'ai toujours eu cette attirance vers les femmes dont on ne parlait pas à ce moment-là, d'ailleurs. Et là, à un moment donné, j'ai laissé mon ex-mari et finalement, deux ans plus tard, j'ai rencontré une fille avec laquelle je militais syndicalement qui, elle, était lesbienne. » (E02, *coming out* à 30 ans)

« J'ai découvert mon homosexualité à 50 ans. Ça a été une révélation soudaine qui m'a attaquée en plein front. Avec du recul, je me questionne si je ne l'ai pas toujours été. J'ai fait beaucoup de sport, j'ai été donc beaucoup en contact avec des femmes. J'ai été mariée, j'ai deux grandes filles de 31 et 27 ans. Et dans ma relation hétérosexuelle, je n'étais pas vraiment bien. Donc je me questionne si je ne l'étais pas dans les tout débuts. Alors à 50 ans, je découvre ça (...) Je savais que [dans notre petite ville], les choses se disent vite : alors j'ai rencontré mon ex-conjoint et je lui ai dit. On s'est toujours dit les vraies affaires. Il était content de la confiance que j'avais en lui. On se rencontre des fois, [moi avec] ma copine et lui, avec sa blonde, [pour] prendre un café et placoter. » (BSL, *coming out* à 50 ans)

Certains événements bouleversants peuvent déclencher d'intenses remises en question personnelles, par exemple : le suicide d'un ou d'une amie qui laisse un message révélant son homosexualité, un *burnout* lié au racisme en milieu de travail, la découverte de son adoption et la recherche de ses parents naturels... Ces remises en question auraient rapproché ces femmes de leur « vérité » profonde et leur auraient permis d'entreprendre l'acceptation de leur lesbianisme.

- Impacts de la culture

La culture familiale et religieuse peut avoir un impact sur la lesbophobie intériorisée, l'estime de soi et la santé mentale. Il est en effet difficile d'accepter son lesbianisme si l'éducation

reçue projette une image fortement négative des lesbiennes. Plusieurs mythes et croyances religieuses autour de l'homosexualité sont également véhiculés. Culture et religion peuvent avoir un impact majeur sur le processus de *coming out* et, par extension, sur le bien-être psychologique des femmes qui doivent se confronter à des piliers sur lesquels repose toute leur éducation. Ainsi certaines femmes racontent s'être mariées parce que c'était une finalité en soi pour une femme (« On était élevées en fonction qu'on se marie. »). À certaines époques au Québec ou dans certains pays, l'homosexualité « n'existe pas », ce n'est pas une option. Les femmes qui ont vécu de telles situations ont été plus affectées par l'invisibilité sociale.

Des femmes ont témoigné de leurs années d'hétérosexualité, du parfois très long processus vécu à se sentir mal à l'aise ou malheureuse en mariage, de la peur de « le dire », de la peur même de « se le dire ». Pour certaines, la religion et les pressions familiales concernant le mariage expliquent la difficulté de s'accepter et la décision de consulter des psychothérapeutes, pour se défaire des liens qui les retenaient dans la négation d'elles-mêmes.

« J'ai eu une vie ex-hétéro avant... ce qui fait que des fois, dire, sortir du placard par rapport à mon âge – j'ai 48 ans – j'ai 20 ans en tant qu'hétéro (...) Avant de me l'admettre, de le vivre ou de sortir du placard, ça a été long (...) J'ai eu à m'avouer, à consulter peut-être même pour m'avouer, apprendre à me le dire (...) J'ai consulté à ce moment-là. Les difficultés que j'ai eues, c'était plus [à] moi de vivre ce que j'avais à vivre. » (BSL)

« J'ai découvert [que] j'étais attirée par les femmes mais j'ai eu de la difficulté à le vivre parce que j'étais attirée puis en même temps, je ne voulais pas, je ne voulais pas être aux femmes, dans le fond, j'ai résisté à ça (...) J'avais de la difficulté à accepter que j'étais [lesbienne]. Bien, j'avais de la misère à croire, pour moi (...) j'étais bien... endoctrinée (...) J'ai beaucoup idéalisé le modèle de mes parents, tout ça, le modèle parental qui est hétéro puis... pour moi, c'était... il n'y avait pas autre chose en dehors de ça (...) Je le refoulais, je ne voulais pas (...) j'étais bloquée, finalement. »

Q. « Tu l'as vécu comme ça longtemps...? »

R. « Oui (...) J'avais toujours tendance à m'isoler, j'avais peur du rejet aussi, peur du rejet (...) C'est que je me suis fiée beaucoup à l'enseignement des parents comme étant la bonne chose puis, je me faisais là-dessus, totalement (...) En fin de compte, je ne remettais pas [ça] en question... de là, mon aveuglement (...) Mais c'est parce qu'on est conditionnées puis ça prend beaucoup de courage, pour se déconditionner (...) Quand on refuse de se voir telles qu'on est, on fait du mal aux autres puis on s'en fait à soi, aussi (...) Dans le fond, je voulais être d'une manière, puis en thérapie, j'ai découvert une personne complètement différente. Alors, j'ai été comme un petit peu traumatisée (...) L'acceptation de mon orientation sexuelle comporte toutes sortes de choses... [Apprendre] l'estime de soi. » (E11, *coming out* à 38 ans)

Chapitre III

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

« À un moment donné, j'ai cliqué : j'ai réalisé que ce n'était pas ma place [le mariage], que (...) j'ai grandi avec [l'idée que] c'est le mariage, c'est ça qui compte et... j'étais "pognée" entre ça, puis il y avait beaucoup la religion, aussi (...) La religion, ça m'a beaucoup affectée parce que j'ai été élevée dans un milieu [religieux] (...) J'ai toujours su que j'étais [lesbienne] avant, mais c'était refoulé en dedans de moi parce que (...) la religion, c'était ça, je gobais tout ce qu'ils disaient (...) Parce que c'était enfoui en moi, je pense que je l'ai toujours été (...) C'est parce que j'avais peut-être peur (...) À 40 ans... je suis allée demeurer toute seule et puis je me suis donné du temps à me comprendre puis à fouiller dans moi-même (...) Disons, je me suis séparée et puis c'est là, qu'ensuite, j'ai remis en question bien des choses (...) c'est là que tout ça a sorti (...) Je me demandais comment ça se fait que je m'étais mariée, pourquoi, pourquoi j'avais suivi cette ligne-là (...) J'étais une personne qui ne pensait qu'aux autres, pas à moi, pendant X temps. » (E12, *coming out* à 40 ans)

Une répondante immigrante a fait son *coming out* une fois établie au Québec. Dans son pays d'origine, non seulement peut-on affirmer qu'il n'y avait pas de modèle pour les lesbiennes mais, en plus, l'homosexualité n'était pas envisageable. Elle raconte comment l'immigration a marqué le début d'un long processus de quête d'elle-même :

« Je n'étais pas tout à fait au courant pour moi-même. C'est un peu facile de dire maintenant "oh, en fait, je le cachais". Enfin, je le cachais... Peut-être que je me le cachais, en tout cas, je ne le sais pas ce que c'était. Je n'en avais pas vraiment connaissance, bien que j'avais déjà eu une expérience avec une fille : pour moi, c'était un cas par cas (...) Je n'avais pas nécessairement conscience du lien (...) Je veux quand même me rendre à l'évidence que cela ne date pas de maintenant. Cela ne date pas du fait que j'étais ici (...) D'abord, j'ai grandi quelque part où "il n'y en a pas". Il n'y a absolument pas de gais, absolument pas de lesbiennes : ce qui n'est pas vrai (...) Mais, quand je pense bien, j'avais le plus gros *crush* de la terre sur ma cousine (...) Ça m'a pris plusieurs années pour recoller ces morceaux, dans un sens. Ce qui s'est passé, c'est que, j'avais une très très bonne amie, ici, quand je suis arrivée, que j'aimais beaucoup plus que je ne croyais ou que je ne voulais admettre, peu importe. Ça a commencé à me poser des problèmes (...) On était un groupe de quatre amies. J'ai arrêté de voir tout le monde parce que j'aurais eu du mal à lui dire que je ressentais plus. Je ne voulais pas mentir. J'ai arrêté de les voir pendant quatre ans. Ça m'a pris quatre ans. » (E21, *coming out* à 31 ans)

Une autre répondante immigrante s'est retrouvée séparée de sa conjointe et isolée après s'être établie au Québec. Les deux partenaires avaient déposé des demandes d'immigration séparément, à titre d'« indépendantes ». Au bout d'un long processus, une seule fut acceptée. Avant 2002, même si officiellement, les conjointes de même sexe pouvaient être acceptées, le formulaire *Demande préliminaire d'immigration* ne les incluait pas dans sa définition de « conjoint de fait ». Les partenaires de même sexe de nombreux pays sont encore plus invisibles qu'au Québec : comment s'attendre à ce qu'elles aient osé adapter elles-mêmes le formulaire ? Pour

qu'une politique ne soit pas discriminatoire, il faut pouvoir lui donner effet et que l'existence de ce droit soit connue. Malgré les corrections apportées au formulaire, le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI) affiche-t-il cette option clairement dans son site Internet ? Les lesbiennes de différents pays savent-elles qu'elles peuvent immigrer ensemble ? L'impact de la culture de nombreux pays est tel que les lesbiennes immigrantes doivent en premier lieu apprendre à « se le dire ».

Trois principales institutions sociales, que nous avons déjà évoquées, auront un impact sur le processus de *coming out* des lesbiennes, comme sur toute leur vie : la Famille, l'École, ainsi que l'Église pour les plus âgées. La prochaine section s'intéresse à la famille d'origine des répondantes, c'est-à-dire le milieu familial dans lequel elles ont vécu leur enfance et ont grandi.

◆ Famille d'origine

L'*Enquête sociale et de santé 1998* reconnaît que la famille constitue un milieu de vie important pour la santé et le bien-être des parents et des enfants : « la famille est liée aux habitudes de vie et à certains problèmes de santé et de bien-être comme elle peut tout aussi bien être considérée comme un facteur de protection face à ces derniers » (Létourneau *et al.* 2000 : 490). Toutefois, les auteurs soulignent un paradoxe à l'effet que les transformations de la famille québécoise sont très bien connues et documentées alors que leurs effets sur la santé demeurent inconnus (*Id.*). Notre recherche apporte une certaine contribution, fut-elle modeste, à la connaissance des liens entre les rapports familiaux et la santé, eu égard à la problématique spécifique de la santé des lesbiennes.

Dans cette section, il est question de la famille d'origine des répondantes, leur premier milieu de vie. La famille d'origine peut représenter un réseau d'aide fondamental et peut jouer un rôle important dans le développement d'une bonne estime de soi dans un climat sécurisant. Au contraire, lorsqu'elle ne remplit pas ce rôle social primordial, elle peut miner la santé mentale. Ces familles « dysfonctionnelles » n'assurent pas des liens étroits, durables et inconditionnels. Il s'agit de familles où règnent soit de mauvaises relations, une absence de liens ou des problèmes graves d'alcoolisme ou de violence. Sont particulièrement « dysfonctionnelles » pour les lesbiennes les familles lesbophobes. Dans tous ces cas, il s'agit d'une famille « subie ». Pour contrer ce manque de soutien, les lesbiennes ont aussi une famille « choisie », un réseau d'aide constitué d'amies lesbiennes. Cette famille « choisie » est discutée dans la section sur les amitiés.

Les entretiens ont permis d'entrevoir tout un éventail de relations familiales. Selon les milieux familiaux, les lesbiennes ont toutes vécu à un moment ou l'autre des tensions avec leur

famille d'origine : que ce soit la tension de l'acceptation ou du rejet au moment du *coming out*, ou la tension de l'acceptation ou du rejet de leurs conjointes. Les mois, les semaines, les jours avant le *coming out* à sa famille se vivent parfois sous haute tension. La peur du rejet peut en soi retarder le processus. Les lesbiennes cherchent le moment propice pour le dire. Certaines affirment avoir pendant un temps « nié » leur lesbianisme en raison de cette peur. L'analyse montre que pour seulement quelques femmes interrogées, « le dire » n'a pas soulevé de difficultés, alors qu'une majorité ont vécu des périodes plus ou moins longues de rejet ou de déni : dans certains cas, la cassure est permanente. De plus, nous avons constaté que le dire à sa mère revêtait des significations particulières.

- Le dire à sa famille... à sa mère

« Le dire » à sa famille a provoqué des remous pour la majorité des répondantes. La première personne de la famille à qui les lesbiennes ont ressenti le besoin de « le dire » est souvent la mère. Une jeune a raconté qu'après l'avoir dit à sa mère, plus rien ne pouvait désormais la déranger, qu'elle n'avait plus à le cacher : « s'ils ne sont pas contents, bien ils changeront de trottoir ». Les filles ont parfois une relation plus intime avec leur mère mais parfois plus conflictuelle aussi, plus émotive. Alors que certaines anticipaient avec inquiétude l'attitude de leur père (qui traditionnellement représente davantage une figure d'autorité que la mère), c'est plutôt avec leur mère que cette étape a été plus délicate, voire douloureuse. L'homophobie – ou plus précisément la lesbophobie – et la peur de la remise en question du rôle social traditionnel des femmes peuvent expliquer cette disparité entre pères et mères. Comme si la mère voyait son identité de femme remise en question par le lesbianisme de sa fille. Dans l'extrait suivant, qui illustre comment le lesbianisme peut représenter une remise en cause d'une définition sexiste de la femme, une répondante raconte la réaction de sa mère (le choc) lors de la première rencontre avec sa blonde :

« [Ma conjointe], c'est écrit "lesbienne" sur son front (...) [Ma mère] n'était même pas capable d'être polie ce jour-là, elle a comme reculé physiquement (...) Elle est partie, elle a dit bonjour puis (...) c'est tout : pas contente [rire] (...) Je pense qu'il y a des affaires qui la heurtent. Ma blonde a des allures masculines, je pense que ça la dérange, elle a une petite moustache que moi je trouve charmante mais je pense que ça... ma mère, la féminité, c'est important, le rôle des femmes par rapport aux hommes, c'est des choses qui sont importantes pour elle, puis j'ai l'impression qu'elle le prend personnel, comme une espèce de rejet de ses valeurs à elle (...) Ça n'a aucun rapport avec la religion. J'essaye d'analyser ça puis je pense que pour mon père, ça ne vient pas le chercher dans ce que [doit] être une femme (...) Il voit que je suis très heureuse, alors qu'avant (...) pas nécessairement. Ma mère est capable de voir ça, mais je pense qu'il y a quelque chose (...) Mon père dit : "premièrement, je n'ai pas de problème moral ni social (...) pas de honte". Il veut juste savoir [si] elle est fine puis est-

ce que je suis heureuse (...) Je pense que si c'était mon frère, il serait plus dérangé dans son identité à lui, dans sa façon d'avoir transmis comment être un homme dans la vie. » (E16)

Le *coming out* à sa famille, à sa mère en particulier, peut provoquer d'intenses débats et marquer le début d'un processus de changement des rapports familiaux, pour le meilleur ou pour le pire. Une femme affirme d'ailleurs s'être rapprochée de ses parents depuis qu'ils savent qu'elle est lesbienne. Ce processus peut être plus ou moins long, tout comme peut l'être le processus d'acceptation de son orientation sexuelle pour une lesbienne. C'est pourquoi il faut laisser le temps agir, laisser passer le temps nécessaire à l'acceptation. Quelques jeunes ont relaté avoir vécu un *coming out* fracassant dont résulta une rupture qui, au bout de quelques mois ou années, put céder la place à l'acceptation.

« Ma famille, ça a été difficile, au début. Bien difficile ! Mon père s'est vraiment écarté de ma vie pendant au moins un an et ma mère était plus ou moins à l'aise avec ça. Ma sœur aussi a pris ses distances. Ça adonnait que j'étais en dépression, aussi : je ne sais pas quel facteur a fait que le monde avait de la misère avec mon *coming out*. Est-ce que c'est le *coming out* ou si c'est plus mes humeurs et tout ça ? Mais ça s'est réglé avec le temps. Tout le monde en est revenu. J'avais de la famille, des cousines, j'étais plus proche de mes cousines et tout le monde était correct avec moi. Ça a quasiment aidé, ma famille. Tout le monde accepte ma copine et elle fait partie de la famille. C'est vraiment simple, [maintenant]. » (E01)

« [Mes parents] sont évangélistes baptistes : en partant, c'était l'enfer, c'était le péché (...) Il y a eu une période où je vivais chez mes parents, puis ils ne m'adressaient plus la parole. C'est comme si je n'existais pas. Ils m'ignoraient, vraiment. Je suis restée là pendant trois mois, à être ignorée comme ça, puis je suis partie (...) J'ai été deux ans sans les voir, presque aucun contact. Je les voyais pour les événements et encore. » (E15)

« Je me suis dit que ça m'a pris du temps pour l'accepter et je ne lui demandais pas de l'accepter demain matin. Et ce qui a fait que j'ai senti qu'elle l'avait accepté, c'est qu'à un moment donné, je suis revenue avec une de mes copines chez ma mère et elle m'avait demandé si cette femme-là était ma blonde. J'étais mal à l'aise. Moi : "oui... pourquoi ?" Ma mère : "Bien, c'était pour savoir si je devais lui acheter un cadeau à Noël". » (BSL)

Quelques répondantes associent la réaction négative de leur mère au fait que celles-ci se projette parfois dans la vie de leur fille. L'annonce de l'homosexualité peut défaire les rêves d'une mère. La mère doit accepter que les choses ne se passent pas telles qu'elle les prévoyait : il lui faudra réviser ses projets et faire connaissance avec une fille un peu différente de celle imaginée ou rêvée. Ce processus peut expliquer que l'acceptation prendra parfois plus de temps.

Chapitre III

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

« Ma mère, par contre, c'était "Mais pourquoi tu vas dire des choses comme ça. D'abord, il ne faut le dire à personne..." [rires]. Évidemment, trop tard [rires] (...) Mais, c'est quelque chose d'autre qu'elle avait vu. C'est quelque chose d'autre qu'elle a projeté, quelque chose d'autre qu'elle a rêvé. Et c'est quelque chose d'autre dont elle a à se rappeler chaque fois [rires]. Elle n'est pas prête de démordre de son rêve (...) J'ai vraiment foutu tout en l'air, parce que, d'abord, ils n'ont pas, eux, d'autres filles que moi. Ça leur a pris cinq essais [rires]. Il y avait quatre garçons avant et puis moi. Et puis je viens, comme ça... enfin, j'ai tout foutu en l'air. C'est un processus (...) Voilà, parmi les choses qui peuvent se passer, voici un scénario auquel vous n'avez peut-être pas pensé et sur lequel il faut peut-être passer plus de temps. » (E21)

« Avec ma mère, ça fait deux ans que je me suis affirmée lesbienne. Ça fait à peine cinq, six mois qu'elle commence à l'accepter (...) Elle l'a mal pris. Elle l'a très très très mal pris, parce que chez nous, je suis fille unique : on était (mais nous sommes encore comme ça, c'est revenu), on était vraiment très très proches à l'époque. Ça a pris un gros mois avant qu'on recommence à se parler tranquillement. Pas qu'elle m'ait reniée, mais pour elle, tous ses rêves qu'elle avait pour moi, ils ont tous [été démolis], si je peux dire. Je me suis sentie comme un peu rejetée (...) Pour moi, c'était une libération. Mais pour elle, elle s'attendait que je sois une fille comme les autres. Je ne vois pas de normalité, au fond, quand tu es gaie ou hétéro. Mais, pour elle, elle en voyait une, à l'époque. » (E13)

Seulement quelques répondantes rencontrées à Montréal (quatre des 26) affirment avoir vécu un *coming out* facile avec leur famille. Il s'agirait de familles « pas très religieuses », voire « flyées » selon une répondante. Des relations ouvertes et limpides entre les parents et leur fille peuvent aussi simplifier le *coming out*. Dans un cas, c'est même le père qui, constatant que sa fille n'avait pas de « chum », lui a demandé si elle n'était pas attirée par les filles. Toutefois, cette facilité peut aussi cacher une certaine indifférence et des relations familiales peu étroites. Lorsque la famille connaît déjà la conjointe, au moment du *coming out*, et lorsque cette personne est appréciée et aimée, l'acceptation peut s'en trouver favorisée, elle peut parfois même se faire en toute simplicité. C'est ce qu'ont vécu quelques répondantes plus âgées lorsqu'elles l'ont dit à leur famille. Les préjugés concernant un groupe minoritaire, que ce soit les lesbiennes, les personnes assistées sociales ou immigrantes, semblent avoir moins de prise et d'emprise si les personnes visées ont un visage humain, concret²⁵.

« J'étais une "amie", j'avais 32 ans. Ses parents m'adoraient. Ce n'est pas prétentieux ce que je te dis mais je te dis ça, parce que j'ai des amies qui ont vécu ça, aussi. Ils m'aimaient beaucoup. À un

25. Dans une recherche sur les défis de communication avec la clientèle multiethnique dans un CLSC de Montréal, a été constatée la diminution de « l'espace des préjugés » dans l'intervention lorsque l'intervenant ou l'intervenante connaît l'histoire particulière de la personne qui consulte (McAll, Tremblay et Le Goff 1997). Cette conclusion s'applique à la situation que nous décrivons ici (interactions avec la belle-famille) tout comme elle doit pouvoir correspondre aux interactions des lesbiennes avec les intervenants et intervenantes des services sociaux et des services de santé, ce qui n'a toutefois pu être vérifié précisément par la présente recherche.

moment donné, ils ont appris qu'on était ensemble. Ça ne les a pas dérangés (...) Ils m'aimaient, moi. C'est souvent arrivé, les femmes avec qui j'ai vécu des relations... les familles m'aimaient déjà au départ. Ce n'était pas difficile. » (E02)

« Mes parents ont aimé [ma conjointe] beaucoup (...) Même si on ne s'est jamais assis ensemble pour se dire : "maman et papa, moi, je suis lesbienne", c'était comme toujours ouvert (...) Il y a plusieurs façons d'être ouverts. Donc, ils l'ont toujours acceptée comme une belle-fille et disons que mes parents ont dit qu'ils aiment [ma conjointe]. Ils [lui] ont dit plusieurs fois qu'ils l'aiment et c'est comme une relation très amicale et ils [la] considèrent comme la mère de nos enfants. Ils disent ça, toujours. Même si elle n'est pas la mère biologique. » (E08)

« Ça a causé un peu de frictions mais ses parents ont fini par l'accepter (...) Petit à petit, mes parents se sont faits à l'idée : "elle est bien avec une femme, si on la change, elle sera malheureuse, ça peut engendrer bien des choses, la violence, bien des choses". Par après, mes parents m'ont toujours bien acceptée, toujours accepté mes amies de filles, celles qui partageaient ma vie. Puis, je suis devenue la fierté de mes parents. Entre mes deux frères et moi, c'est moi qui ai le mieux réussi dans la vie. C'est moi qui ai le plus de cœur pour eux autres. C'est moi qui les ai accompagnés jusque dans la mort. Donc, je pense qu'ils ont fini par m'accepter. » (E05)

La tension dans les relations familiales que crée la révélation de son homosexualité marque une période importante dans la vie des lesbiennes. Le processus du *coming out* à la famille n'est pas linéaire et n'aboutit pas toujours à l'acceptation, comme nous l'avons évoqué. Des femmes ont vécu des périodes de déni plus ou moins longues avec leur famille puis, au bout d'un certain temps, les relations ont trouvé un nouvel équilibre. Les entretiens révèlent que la réaction de déni peut être passagère. Dans certains cas, elle peut devenir permanente, ce qui peut provoquer des difficultés émotives plus ou moins grandes pour les femmes.

- Déni

Dans certaines familles, le *coming out* provoque le déni, le refus de voir. C'est une forme de non-acceptation subtile qui peut miner non seulement les relations familiales, mais aussi la santé mentale des lesbiennes mêmes.

Dans ces situations, les parents font comme si de rien n'était et mettent en veilleuse ou « oublient » cette dimension fondamentale de leur fille. Les relations sont plus ou moins bonnes, ou apparemment bonnes, mais la vie personnelle est un sujet qui n'est jamais abordé. Lorsque le temps a fait son œuvre, la famille dans son ensemble en arrive éventuellement à accepter la situation... dans certains cas, on la « tolère ». Les relations entre le couple lesbien et les membres de la famille diffèrent selon les individus concernés, elles ne sont pas les mêmes pour tous.

Cette femme, en couple depuis plus de 20 ans, raconte :

« Je suis assez proche de ma famille, on se voit quand même régulièrement. Je suis plus proche de mes sœurs que de mon frère (...) Puis, ma mère, elle [n'habite] pas loin (...) Je ne l'ai jamais dit vraiment à ma mère que j'étais lesbienne. Je pense qu'elle le sait, je pense bien [rires]. Mais, c'est qu'il y a un genre de relation avec ma mère, un genre de pudeur qu'on ne brise pas (...) Certains sujets ne sont pas abordés (...) Mon frère, je ne sais pas comment il l'a appris, il a dû le déduire ou quelqu'un lui a dit. Mon père [maintenant décédé], je ne sais pas s'il l'a jamais su. Mon père, c'était un type facile de toute façon (...) Il ne se posait pas de questions (...) Alors... non, au niveau de la famille, ça s'est bien passé, ça a toujours été correct. Ils l'ont appris, on ne sait pas tout à fait comment, mais ils l'ont appris (...) J'ai eu 50 ans en janvier (...) et [ma conjointe] a organisé un party. C'était discuté très ouvertement. J'avais des amies lesbiennes ici, j'avais mon frère, mes deux sœurs. Ma mère n'était pas là, mais une grosse partie de la famille était là. Ça discutait tout à fait normalement, il n'y avait vraiment pas de problèmes. Ils sont assez ouverts quand même, ils ne sont pas fermés du tout à ça. » (E14)

À force de négation, des relations familiales autrefois chaleureuses peuvent devenir superficielles. Certaines femmes acceptent ce déni mais en souffrent tout de même. Le déni survient même dans les familles où règnent des liens étroits. Dans ces cas, parfois, la force de l'amour explique une relative acceptation de part et d'autre (on passe outre) mais les principes religieux peuvent provoquer un malaise et un non-dit, une honte des parents. De fait, ce déni peut cacher un profond rejet.

« Disons que je ne l'ai pas dit tout de suite, à mes parents (...) Ils l'ont bien pris, selon moi, mais, par la suite, j'ai vu que dans le fond, ils ne le prenaient pas vraiment. Ce n'était pas évident, l'affaire : c'est sûr qu'on était toujours les bienvenues à la maison mais à l'intérieur d'eux, ils ne le prenaient pas vraiment (...) C'est une douleur profonde qu'ils ne sont pas capables d'assumer. Ma mère s'est améliorée là-dessus (...) mais ce n'est pas évident pour eux [rire]. On ne peut rien changer à ça (...) Dans la famille de ma copine (...) c'est sûr qu'eux, ne le prenaient pas [du tout]. La famille... qu'ils le prennent ou qu'ils ne le prennent pas, c'est leur problème, c'est sûr qu'on peut en discuter mais ils ont leurs idées. C'est difficile de changer les idées, c'est avec le temps que ça change si... si les gens le désirent vraiment. Donc, on n'a pas à faire des évolutions, les faire évoluer de force. » (E10)

« Il y a eu une période où je ne les ai pas vus, parce que quand ils me parlaient (...) ils me parlaient de la femme professionnelle, mais jamais au niveau affectif (...) la femme qui vit des émotions, ce qui fait qu'à un moment donné, c'est devenu un petit peu plate. » (E15)

« Ils m'appellent, ils m'appellent (...) "Allo ! ça va ?" (...) Mais, c'est très périphérique, parce que je sais que quand ils m'appellent, ils ne veulent pas savoir si je suis amoureuse de telle fille ou qu'elle

m'a brisé le cœur... Ils ne veulent rien entendre de ces choses. Donc, c'est vraiment parler pour ne rien dire (...) C'est tellement superficiel que c'est malhonnête. Cela ne veut pas dire que [mon frère] est malhonnête. Lui, il pense que c'est normal d'agir comme ça. Mais, pour moi, c'est malhonnête, j'en ai conscience. Alors, je suis irritée déjà quand je suis au téléphone (...) Avant, j'allais les voir et je me disais "Ok, je vais et je me mets une carapace. Rien ne va m'offusquer" (...) J'adore [mes] petites [nièces]. Je veux les voir, quoi ! J'allais, j'allais. Maintenant, je ne veux pas. Je ne veux pas parce que c'est une part de ma vie qui n'est pas saine, à laquelle je donne beaucoup de place. Quand je rentre ici, je suis vidée, mal en point. » (E21)

Le déni de la famille peut devenir insoutenable et mener au choix (dans certains cas, difficile) de s'isoler d'elle, de ne plus la voir. Une répondante immigrante a décidé de s'isoler le plus possible de sa famille et de cesser, à regrets, de voir ses nièces. Pour elle, qui vit d'emblée une forme d'isolement social du seul fait d'être immigrante, cette décision signifie un plus grand isolement encore.

« Sans qu'il y ait particulièrement de solutions, il n'y aura plus de tensions : je préfère me retirer. Donc, je m'isole (...) je m'isole de mon frère aussi. C'est conscient. C'est pour ça que je te dis (...) "ou bien je pète les plombs ou bien je ne sais pas ce qu'il se passe" (...) Connaissant qui ils sont, connaissant comment on a vécu (...) il y a de fortes chances que ce genre de situations n'arrête pas (...) Alors, je me tais, je ne veux pas m'exprimer malhonnêtement, me cacher ou des choses comme ça. Donc, je coupe. Mais, c'est quand même des sources de vie pour moi, que je dois couper (...) Les petites m'adorent, c'est fou ! Je suis très heureuse quand je les vois. Elles crient, elles courent, elles me sautent dessus (...) Je ne peux pas venir et ne parler qu'aux petites, finir de parler aux petites et m'en aller : ce n'est pas possible. Alors, m'asseoir avec eux, c'est d'un guindé ! Parce que c'est comme si je les vois remonter les pantalons pour ne pas marcher dans la flaque qui est autour de ma vie. En ce moment, [mes nièces] me manquent gros gros gros. Mais j'aime à penser que cela va un peu diminuer (...) C'est comme les enfants de mon frère [aux États-Unis], ils me manquent grave ! Eux, j'ai vraiment fait la croix, parce que j'ai fait la croix sur lui. C'est toujours mon frère, donc s'il y a une crise, tout le monde est là. Mais, en dehors de ça, non. Je ne vois pas comment négocier. Il vit sa vie, il est heureux, il est heureux comme ça. Moi, j'ai plein de problèmes pour moi-même, ça va comme ça, je ne vais pas en rajouter. Dur, dur, mais bon, on fait avec. » (E21)

Quelques lesbiennes ont évolué dans des familles où les rapports étaient au départ mauvais ou hostiles (« on se voit une fois par année une heure et c'est correct »). Dans ces cas, le déni s'apparente à une totale indifférence.

« Ma mère (...) on n'en a jamais parlé. De toute manière, ma mère et moi, on n'a jamais été sur la même longueur d'ondes. [Dans ma famille], il n'y avait pas de chicanes, mais c'était la tragédie

totale complète tout le temps. Mon père et ma mère d'un côté, qui ne s'entendaient pas, qui s'entendaient si peu qu'il n'y avait même pas de chicanes. Puis, chacun de leur côté. Je n'ai pas eu besoin de dire à ma mère, puis je n'ai pas eu... Je ne m'entendais pas assez bien avec elle. Parce qu'en réalité, si tu t'entends très très bien avec tes parents, ils vont le prendre. Parce que s'il y a une faille quelque part, elle va ressortir. » (E09)

D'après nos données, le déni est une réaction apparemment fréquente de la famille après le *coming out*. Il peut miner la santé mentale des lesbiennes. Il conduit à un plus grand isolement et à la nécessité de trouver des alternatives à cette famille d'origine : une famille choisie, dont nous discuterons plus bas. Dans quelques cas que nous avons rencontrés, la famille n'est pas seulement absente, elle participe activement à la dégradation de la santé des lesbiennes.

- Familles lesbophobes

Les familles lesbophobes sont les plus « dysfonctionnelles » pour les lesbiennes. Quasi l'ensemble des répondantes ont eu maille à partir avec la lesbophobie dans leur famille, que ce soit sous la forme de déni, jugements, remarques, regards ou attitudes. Certaines ont décidé pour cette raison de fréquenter leur famille moins souvent ou de couper les ponts. Ces familles nuisent directement, ou même activement, à la santé mentale de certaines femmes rencontrées. Dans quelques cas, il s'agit bel et bien de harcèlement, dont les conséquences destructrices sur la santé mentale et physique sont attestées²⁶.

« Au niveau de la famille, bien... ils ont des préjugés (...) Quand les gens ont des préjugés sur le lesbianisme, ils ont des préjugés sur autre chose : les Noirs, les Chinois, quelqu'un qui parle différemment (...) J'ai joué des *games*. Puis ça, je ne veux plus (...) J'ai tout vécu, moi ! J'ai du vécu [rire] [aller à un *party* de famille avec un gai que j'ai fait passer pour mon chum]... puis (...) à un moment donné, j'ai dit "non, non : ou j'y vais toute seule ou je n'y vais pas *pantoute*". (...) Tout ce qui arrive, je l'ai vécu. Faire semblant de... puis à un moment donné j'ai dit "non, tu me prends de même ou tu ne me prends pas". Je les laisse évoluer mais je trouve que l'évolution, elle ne va pas vite (...) J'ai l'impression de ne pas faire partie de cette famille-là : c'est sûr que c'est ma famille, ça ? » (E20)

« Je ne suis plus capable de vivre comme ça, ça fait que de temps en temps, j'ai des contacts mais je ne les vois pas beaucoup. »

Q. « De temps en temps, c'est quelle fréquence... ? »

R. « Ah ! il y en a que ça fait des années que je n'ai pas vus ! Il y a ma sœur [avec qui] j'ai renoué, c'est elle qui fait les premiers pas, c'est elle des fois, qui m'appelle. » (E20)

26. En effet, le harcèlement affecte l'estime de soi, il peut conduire à la dépression et détruire une personne entièrement. Il peut même dans des cas extrêmes mener au suicide (Hirigoyen 1998).

« Je suis jugée, depuis longtemps, chez nous, depuis longtemps. Je m'en "fous" aujourd'hui. Bien, je ne m'en fous pas à 100 %, mais disons que j'arrive à vivre avec ça. Je m'en [suis] fait toute ma vie. Bien, ils ont le droit de juger... puis en même temps, ça m'agresse. » (E20)

Le *coming out* à soi-même peut être très difficile pour une lesbienne issue d'une famille très lesbophobe. Dans le cas suivant, la famille joue un rôle important dans les difficultés à s'accepter et les problèmes psychologiques d'une femme. Nous relaterons davantage son histoire dans la section sur la dépression. Elle raconte ses difficultés à se reconnaître lesbienne :

« C'est à l'adolescence. J'étais attirée par des filles. Je voyais toutes mes amies qui étaient... eux autres, elles étaient normales, elles couraient après les garçons. Puis, moi, j'étais attirée par les filles, mais je n'en parlais pas. J'ai gardé ça caché jusqu'à l'âge de 21 ans, 23 ans même (...) Je me sentais comme marginale, puis tout ça. Puis, je me sentais un peu mal à l'aise de parler de ça, je ne savais pas comment en parler, puis même comment le vivre (...) J'avais gardé ça caché, parce que c'était très tabou dans ma famille, dans les milieux que je fréquentais, c'était tabou, à l'école. Parce que je venais d'un petit village, c'était très tabou. Mais je me suis déjà fait traiter de "lesbienne", avant que je sache [moi-même que je l'étais]. Je ne savais pas ce que ça voulait dire, mais je savais que ce n'était pas correct (...)

« [Plus tard], j'ai commencé à fréquenter des bars de lesbiennes. Au début, ça a été très très difficile de rentrer là ! Je n'acceptais pas du tout, du tout mon orientation. Je ne sais pas si ça vient de mon éducation ou quoi, mais j'avais beaucoup de difficultés à m'affirmer, à m'accepter en tant que lesbienne (...) J'ai rencontré une femme. Puis là, finalement, de fil en aiguille, on est devenu amantes (...) Puis, je me suis fait une idée différente de [celle] que j'avais avant. Je me suis aperçue que c'était des gens qui vivaient des difficultés, qui étaient très humaines. Ce n'est pas des gens différents des autres. » (E18)

◆ École : vécu de lesbophobie

L'École est, rappelons-le, l'une des trois institutions sociales fondamentales, avec la Famille et l'Église, qui participent au travail historique de différenciation entre les genres et au fondement de l'hétérosexisme²⁷. Étant donné que plusieurs répondantes ont fait leur *coming out* passé l'âge scolaire, moins de la moitié des femmes rencontrées en entrevue individuelle ont parlé de leurs années passées à l'école. Cependant, presque toutes les plus jeunes ont abordé la question, ce qui autorise un portrait actuel de la situation, avec certaines précautions, considérant le peu de témoignages disponibles. Même si nous disposons de relativement peu de données sur l'École, il est donc pertinent d'indiquer quelques tendances.

27. Pour une explication de cette affirmation, vous référer au chapitre I, partie B, section intitulée «Approche relationnelle...».

Il semble encore particulièrement risqué de révéler son lesbianisme à l'école. Les participantes œuvrant en milieu scolaire sont unanimes pour dire qu'à l'école, « on a un gros problème » face à l'homosexualité. À l'exception d'une seule, toutes les répondantes qui ont fait leur *coming out* à l'âge scolaire relatent avoir vécu de la lesbophobie ou en avoir perçue parmi la population étudiante et enseignante. Certaines ne l'ont pas vécu personnellement car elles ont soigneusement caché leur lesbianisme. Quelques-unes ont été témoin de remarques lesbophobes en classe. Une autre, parce qu'elle l'avait « dit », a subi les remarques de camarades. « Du harcèlement (...) des grosses remarques. Tu te faisais arrêter à toutes les corridors : "ah ! es-tu lesbienne ?". Des conneries d'ados, mais ça vient qu'à un moment donné, ça fait mal. » (E13)

« J'ai vu que le prof était homophobe, totalement. Il disait des affaires, ça n'avait pas d'allure ! Je suis lesbienne et puis, je m'accepte bien : [pourtant], je me sentais mal dans ma peau dans ce qu'il disait. Fait que je me disais : "crime, une personne qui est dans la classe ou dans un autre cours avec le même prof (...) qui est aussi [lesbienne], mais qui ne s'accepte pas : [elle] doit vraiment se rabaisser !". Il disait que, pour lui, ce n'était pas normal ces choses-là (...) Il a comme rabaissé ça (...) Ça m'a vraiment fâchée à quelque part. Ça m'a déçue. » (E19)

« Entre les étudiants, ça arrivait souvent [qu'on] entende des commentaires, il y en a qui [étaient] le *reject* genre [rire] et tout le monde : les "tapettes" et tout ça... "va pas lui parler, c'est mauvais, fais attention tu vas revirer gai !" En tout cas [rire]. À ce niveau-là, il y en avait beaucoup beaucoup de la part des étudiants (...) j'imagine que beaucoup beaucoup de gens se sont sentis seuls. Mais au niveau des enseignants, je n'ai jamais entendu de commentaires par rapport à ça. Bien moi, je n'en ai pas entendu, personnellement. » (E25)

Manifestement, beaucoup de sensibilisation reste à faire, considérant la façon dont sont véhiculés les préjugés lesbophobes (et homophobes) en milieu scolaire, surtout au secondaire où le sujet serait « tabou ». La lesbophobie peut nuire à la santé mentale des jeunes lesbiennes qui se questionnent sur leur identité ou qui essaient de s'affirmer. Quelques-unes ont évoqué leurs années de formation professionnelle et universitaire. Une constante se dégage, concernant les études supérieures en éducation : « pendant que tu fais un "bacc" en éducation, tu ne le dis pas que t'es gaie, c'est sûr ». Nous reviendrons sur le milieu de l'éducation dans la prochaine section sur le travail.

◆ Travail : milieu à haut risque

Les femmes passent une bonne partie de leur vie dans leur milieu de travail, elles s'y réalisent non seulement professionnellement mais aussi comme personne à part entière. Le

travail est considéré comme un déterminant de la santé et son impact n'est pas des moindres. Les recherches commencent de plus en plus à révéler que les emplois occupés par les femmes sont particulièrement stressants et exigeants sur le plan émotionnel, sans compter les exigences supplémentaires de leur travail domestique non rémunéré (Messing 2000). Dans le *Portrait social du Québec*, réalisé par l'Institut de la statistique (ISQ 2001), des analyses ont montré clairement une augmentation considérable, entre 1987 et 1998, du nombre de jours d'incapacité au travail pour des problèmes de santé mentale au Québec²⁸. Les auteurs ont remarqué une différence notable entre les hommes et les femmes, ces dernières étant significativement plus touchées par l'intimidation et la violence physique au travail (Vézina et Bourbonnais 2001).

L'*Enquête sociale et de santé 1998* s'est intéressée à plusieurs indicateurs relatifs à la santé au travail, comprenant plusieurs aspects des conditions de travail (dont l'organisation du travail et l'intimidation au travail) ainsi qu'à deux indicateurs de l'environnement psychosocial du travail, soit l'autonomie décisionnelle au travail (capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles) et la demande psychologique au travail (quantité de travail, exigences mentales et contraintes de temps) [Bourbonnais *et al.* 2000 : 572].

Les résultats de la même enquête démontrent que les femmes doivent composer avec un indice de demande psychologique au travail plus élevé que les hommes. Par exemple, 20 % des femmes contre 17 % des hommes ont déclaré avoir été l'objet d'intimidation au travail et 7,7 % des femmes contre 2 % des hommes déclarent y avoir subi des paroles ou des gestes à caractère sexuel non désirés (Arcand *et al.* 2000 : 541). Une analyse comparative des données relatives à la victimisation en milieu de travail (violence physique et intimidation) pour les personnes homosexuelles, bisexuelles et hétérosexuelles ne montre aucune différence en fonction de l'orientation sexuelle (Julien, Chartrand et Bégin 2002 : 31). Toutefois, il importe de mentionner certaines limites de cette enquête pour mesurer les relations de travail et l'existence de discrimination. D'abord, peu de questions y sont allouées dans le questionnaire fermé. Ensuite, les méthodes quantitatives ne permettent pas une analyse approfondie des rapports sociaux, tel n'en est pas l'objet. L'analyse des *déterminants* diffère de l'analyse des *représentations*. Par ailleurs, rappelons que nous croyons que le nombre de personnes homosexuelles, lesbiennes en particulier, est sous-estimé dans cette enquête.

En ce qui concerne notre étude, les trois quarts des lesbiennes interrogées à Montréal se sont prononcées sur les questions relatives au travail. Seules deux personnes n'avaient jamais occupé un emploi et quelques autres étaient travailleuses autonomes à la maison. Les participantes aux entrevues de groupe ont également discuté du travail.

28. L'ISQ s'appuie tant sur l'*Enquête sociale et de santé 1987, 1992-1993 et 1998* que sur des données de Statistique Canada (1999) sur les *Taux d'absence au travail de 1987 à 1998*.

- « *Le dire* » *au travail*

Les trois quarts des répondantes ont abordé la question du *coming out* au travail. Une majorité (douze des 19) ont toujours évité ou ont déjà évité de dévoiler leur orientation sexuelle. Une enseignante au primaire a raconté avoir dû se réorienter professionnellement parce qu'elle n'aimait pas cacher son orientation sexuelle. Une infirmière affirme ne jamais avoir parlé de cela au travail parce qu'elle ne savait pas quelles auraient été les réactions. Une femme retraitée estime qu'elle a dû faire preuve de « discernement » pour ne pas subir des « formes de harcèlement » au travail.

La conviction de devoir camoufler son lesbianisme au travail s'appuie non seulement sur un vécu de lesbophobie et d'hétérosexisme en milieu de travail mais aussi sur des anticipations de discrimination fondées sur la perception d'une *discrimination collective*. C'est ce qu'on pourrait appeler, en transposant un terme utilisé dans l'approche systémique de la discrimination²⁹, le *chilling effect*, un effet dissuasif qui crée une peur face aux *répercussions collectives*. Devoir cacher son lesbianisme est un « stresser » important qui s'ajoute au stress inhérent au travail lui-même. Si quelques femmes interrogées se sont parfois rangées derrière le droit à la vie privée pour expliquer leur silence en milieu de travail, d'autres ont insisté pour dire qu'elles n'avaient pas vraiment le choix.

« Si je me *come out* au travail et qu'ils me renvoient... Ça va me prendre beaucoup d'efforts pour prouver que j'ai été renvoyée pour ça. Donc, je suis quasiment obligée de me taire par rapport à mon orientation, que je veuille le dire ou que je ne veuille pas le dire. Si tu veux savoir si je me sens bien ou mal [silence], je me sens plutôt *mal* par rapport à cette situation-là. Tu ne sais jamais c'est quoi les répercussions du fait que tu leur dis, même si j'ai vraiment envie de le partager. » (E26)

« Je ne parle pas de ma vie privée là-bas. Je n'ai pas le goût (...) [S'il] y a une employée avec qui je travaille [qui ne] le prend pas, puis qui est homophobe ? (...) Je n'ai pas le goût de vivre ça du tout. On ne peut jamais savoir la réaction du monde (...) Ça me donne quoi ? (...) Je ne parle pas vraiment de ma vie privée. » (E19)

« Une des grandes préoccupations que j'avais à l'époque c'est que ce serait un problème s'ils le savaient (...) Dans ma vie "hors job", j'ai pu vivre comme je voulais, faire mes affaires comme je voulais (...) Mais qu'au travail, je sois obligée de jouer un rôle ou de négocier par rapport à ça ou de

29. Selon l'approche systémique de la discrimination, la discrimination est le fruit d'un lot de facteurs individuels et sociaux inter-reliés (c'est-à-dire de rapports sociaux) qui, ensemble, produisent des *effets* discriminatoires. Le *chilling effect*, c'est la peur de se retrouver en situation de minorité. Ce phénomène explique, par exemple, que les membres des minorités racisées soient moins portés à poser leur candidature pour des emplois où ils sont statistiquement quasi absents (la Fonction publique par exemple).

faire semblant que, ça je trouve ça dur (...) Le bout où je peux admettre que j'ai vécu cachée, c'est au travail, c'est vraiment par rapport au travail. » (E04)

Ne pas le dire au travail limite les liens avec les collègues, alors que certaines amitiés peuvent normalement s'y nouer. Ce qui rétrécit d'autant le réseau de soutien. La nécessité de cacher tout un pan de sa vie personnelle donne une image biaisée de sa personne.

« Ça ne me tente pas de me cacher toute ma vie (...) C'est un petit peu fatigant. Toi, tu reviens de vacances : "oh, moi je suis allée en vacances avec une amie". On voit que tu ne définis jamais tes émotions. Tu ne crées aucune intimité avec personne en parlant comme ça. T'es comme secrète, puis teigneuse. Ça, c'est un peu dérangeant. » (E15)

« Un *party* de Noël, par exemple, si tu peux amener ton partenaire. Un : j'amènerais "ma" partenaire. Deux : peut-être que je n'irais pas, parce que, justement, je peux amener "mon" partenaire. Il y a plein de rencontres que je peux avoir au niveau social, par exemple, avec des professionnels : je n'y vais pas, parce que je ne peux pas amener "ma" partenaire. » (E26)

Quelques répondantes seulement affirment avoir déjà occupé un emploi où leur lesbianisme était connu, reconnu, simple. L'analyse indique que dans le cadre du travail, conserver son emploi et *sauver sa peau* exigent la plupart du temps de NE PAS le dire. Des répondantes en ont abondamment parlé.

- *Harcèlement et discrimination au travail*

Plusieurs lesbiennes ont affronté des préjugés lesbophobes dans leurs milieux de travail. Certaines ont vécu le harcèlement et la discrimination lorsque leur orientation sexuelle était connue des collègues ou de la direction. Ces pratiques interdites par la Charte des droits et libertés peuvent aussi s'opérer sur la base de simples *soupons*. La question se pose à savoir si l'homosexualité a vraiment été retirée de la liste des crimes et pathologies.

Selon les milieux de travail, le harcèlement peut prendre des formes grossières ou au contraire se révéler malaisé à saisir, par sa subtilité. Les extraits suivants en fournissent des exemples :

« Il ne va pas dire "maudite lesbienne", il ne va pas dire ça en pleine face mais ils vont (...) avoir un comportement avec toi qu'ils ne vont pas avoir avec d'autres. Donc, je trouvais ça un peu bizarre, comme des menaces verbales, des attitudes bizarres mais je ne peux pas dire que c'est à cause de mon orientation. Je n'ai pas de preuves. C'est difficile à prouver. »

Q. « C'est des gens qui le savaient...? »

R. « En tout cas, je pense qu'ils s'en doutaient, je pense qu'ils s'en doutaient. Moi, je ne l'ai pas dit, je me suis cachée, je ne l'ai pas dit (...) J'ai comme l'impression que les choses se savent, un moment donné (...) Si tu ne parles pas de tes enfants, ils savent que tu n'as pas d'enfants. Tu ne parles jamais de ton mari, c'est que tu n'as pas de mari. » (E18)

« Sans faire exprès (...) j'ai frôlé [cette collègue et] elle a eu peur. Elle a fait un geste en voulant dire de reculer (...) J'ai l'impression qu'on est des gens... on est des gens pas pareils aux autres ! (...) Peut-être qu'elle a eu peur ? (...) Elle pousse bien des fois des blagues, des blagues... c'est pour m'atteindre. »

Q. « C'est des blagues homophobes ? »

R. « Oui. »

Q. « Oui ? »

R. « Oui, oui, oui. »

Q. « Puis cela, est-ce que cela arrive souvent... ? Chaque fois que tu rencontres [cette collègue et ce superviseur]... ? »

R. « Ce n'est pas à chaque fois mais c'est qu'à un moment donné, ça a ses périodes, ça arrive, quand elle peut le faire, elle le fait (...) C'est un milieu difficile, il faut que tu fermes les yeux puis il faut que tu passes par-dessus tout ça. Moi, ça fait dix ans... Disons que ça me touche, parce que je suis une personne humaine puis je me dis que... c'est "bien de valeur : comment ça se fait que ça se passe comme ça ?" (...) [Parfois], je lui dis "arrête donc, là !". Les employeurs (...) d'après eux autres, on a une certaine mentalité. » (E12)

De tous les secteurs d'emploi, le secteur de l'éducation apparaît le plus sensible, en raison de mythes et préjugés tenaces sur les personnes homosexuelles et l'homosexualité, par exemple le mythe de la contagion ainsi que le préjugé de pédophilie et de perversion sexuelle. Le préjugé de pédophilie perdure malgré les statistiques et les études démontrant que les gais et lesbiennes n'affichent pas de plus hauts taux de psychopathologie que les personnes hétérosexuelles (Flaks *et al.* 1995 ; Golombok, Tasker et Murray 1997 ; Julien, Dubé et Gagnon 1994 ; Mucklow et Phelan 1979 ; Rand, Graham et Rawlings 1982). Filles et garçons ont davantage à craindre des hommes hétérosexuels parmi leur parenté proche. Ces préjugés expliquent pourquoi les répondantes œuvrant dans le secteur de l'éducation évitent soigneusement d'afficher leur lesbianisme dans leur milieu de travail.

Une femme accusée, dans les années 1980, d'avoir fait des attouchements sur des jeunes filles, a été en arrêt de travail pour dépression. Elle a raconté son expérience stressante avec un psychiatre, pour une contre-expertise demandée par la commission scolaire. Il l'a taraudée pendant deux heures de temps et elle ne l'a pas « dit » pour ne pas perdre son emploi :

« Il commence à me poser des questions. Et là, à un moment donné, il est entré vraiment... il me demande : "Vous avez été mariée combien de temps ?" Je ne sais pas d'où il tenait ça, tu sais (...) Dans le fond, il savait plein de choses sur moi. "Maintenant, est-ce que vous vivez seule ?" Je dis : "oui". Il me dit : "Il n'y a pas une femme qui vit avec vous ?". J'ai dit : "oui, il y a une amie qui habite avec moi". Puis : "Avec des enfants ?". Deux heures de temps comme ça ! "L'homosexualité, est-ce que ça vous dit quelque chose ?". Incroyable !!! Il me demandait si j'avais déjà été "tentée" par un enfant... (...) J'étais déconcertée, j'écoutais ce gars-là parler et je me disais : "mon Dieu !". Mais dans ce temps-là, il faut que tu gardes ton calme, il ne faut pas que tu montres que tu es surprise. Je faisais semblant de rien. "Êtes-vous pour ça l'homosexualité ?" – "Ça ne me regarde pas. (...) Je suis pour le respect de chaque être humain... (...) Je n'ai rien contre vous, vous ne devriez avoir rien contre moi, je n'ai rien contre personne." Finalement ça a tombé. Il a prouvé que c'était une petite dépression et que j'avais besoin de trois mois de repos. Mais pendant deux heures de temps, là ! Je suis sortie de là, j'étais... fiou !!! » (E02)

Une autre femme s'est vue contrainte par la direction de l'école de rencontrer un psychiatre au sujet de « problèmes sexuels » :

« La directrice m'a envoyée chez un psychiatre parce qu'elle a dit que j'avais des problèmes sexuels [rires], tu imagines [rires], le psychiatre disait qu'il pensait que c'était plutôt des problèmes de gestion (...) Au moins, cette psychiatre-là, elle a accepté que j'accepte mon lesbianisme bla bla bla, que je me sentais bien dans mon corps. [L'employeur] insistait pour que je sois médicamentée, absolument ridicule... » (Mtl³⁰)

La lesbophobie en milieu de travail peut obliger une lesbienne à changer d'emploi. La jeune enseignante, évoquée plus haut, a changé de domaine parce qu'elle sentait les risques qu'elle encourait dans son milieu de travail. Une autre femme a dû subir du harcèlement avant de démissionner :

« Mes collègues de travail, je les entendais rire de moi, me parler dans le dos, des affaires de même et je me dis que ça ne donne rien de continuer de travailler avec des gens qui me jugent, donc je suis partie. » (BSL)

« Le dire », c'est s'exposer au rejet personnel ou public de toute sa personne, c'est prêter le flan aux réactions lesbophobes de tous ordres. Comme nous l'avons mentionné, un soupçon seul suffit à susciter de tels comportements, dans certaines circonstances. Le travail est un milieu à « haut risque » pour la santé des lesbiennes. Outre l'aspect économique et la question de la sécurité financière, la profession occupée fait souvent partie de l'identité

30. Mtl : entrevue de groupe de Montréal (sur la santé en général).

personnelle. Dans certains cas, le travail fait partie de ce qui donne sens à une vie. Ce qu'une femme y vit se répercute sur sa santé mentale et physique, sur l'ensemble de sa vie. Avant de conclure cette section sur le travail, nous discuterons des entretiens avec les lesbiennes des minorités racisées, qui ont mis en lumière une réalité différente de celle des autres lesbiennes.

- *Quand racisme et lesbophobie se croisent*

L'analyse des récits des cinq lesbiennes des minorités racisées (dites visibles) rencontrées en entrevue individuelle, révèle des croisements complexes entre le visible et l'invisible, l'apparent et le non-dit, le racisme et la lesbophobie. Racisme et lesbophobie se rencontrent dans un étrange jeu de miroirs : alors que les lesbiennes et le racisme sont invisibles, les femmes des minorités racisées sont visibles, tout comme bon nombre de préjugés ouvertement véhiculés à l'endroit des lesbiennes. Les membres des minorités racisées souffrent à différents degrés de la couleur de leur peau, de leur nom ou accent différents. Elles n'ont pas à les « dire ». Elles ne peuvent éviter de les révéler. Camoufler leur lesbianisme est une souffrance de plus ; « le dire », un risque supplémentaire.

« En tout cas, moi, je te dis, la première chose pour laquelle je suis discriminée, c'est ma couleur. C'est vraiment la première chose. Mon homosexualité, c'est vraiment après. C'est plutôt ma couleur. Ce n'est pas tout le monde qui va voir tout de suite que je suis lesbienne. Mais quand la personne va me rencontrer, elle va voir que je suis Noire. Donc, c'est la première chose que j'ai à combattre. Puis, mon homosexualité est vraiment après. Donc, je n'ai pas de discrimination face à ça. Par rapport à ma couleur, c'est sûr et certain, par rapport au fait que j'ai un nom de famille différent, c'est sûr et certain. Quand tu envoies, par exemple, 50 CV et qu'on ne t'appelle pas : à un moment donné, il faut que tu réalises pourquoi. » (E26)

« Déjà, les gens ont un certain comportement, du fait que je suis d'origine autre que québécoise, pas vraiment très apparent (...) Il y a toujours, quelque part, le fait que tu n'es pas vraiment québécoise "pure laine" (...) Peut-être on peut dire que moi, je vais réfléchir à deux reprises avant de parler spontanément et tout (...) Tu sens quand même que tu as besoin de travailler davantage, même si j'ai déjà fait mes preuves. Tu as besoin de t'imposer quelque part, sinon... Comment je pourrais dire ça ? [silence] Il faut fournir pas mal d'efforts (...) Des petites allusions maquillées, quelques préjugés... mais cela se passe bien (...) En même temps, je ne voulais pas ajouter autre chose, comme quoi je suis gaie en plus. » (E23)

Pour ces répondantes, le racisme est un sujet plus sensible que la lesbophobie. Certaines personnes en milieu de travail reconnaîtraient plus facilement leur « homophobie » (mot d'usage courant) que leur racisme. Elles seraient prêtes à avouer leur « homophobie » mais deviendraient

profondément troublées lorsque la question du racisme est abordée. Dans certains milieux, tant l'homophobie que la lesbophobie seraient moins réprimandées, plus acceptables – ou acceptées – que le racisme. L'homophobie et la lesbophobie, comme formes de sexisme, feraient partie du sens commun alors que le racisme, en raison de ses antécédents historiques, serait moins « avouable », plus camouflé.

« J'ai beaucoup d'expériences avec les personnes qui sont libérales, progressistes, mais pour moi, ils sont les gens avec qui tu dois être le plus vigilant (...) Je ne peux pas supporter les attitudes racistes. Aussi, il y avait les homophobes [dans ce milieu de travail]. Mais, c'est plus facile de discuter, attaquer et comme remarquer que le racisme. Le racisme, c'est comme si c'était invisible, que ça n'existait pas ! Mais, l'homophobie, c'est plus facile de remarquer parce qu'il y a des gens (...) qui reconnaissent qu'ils n'aiment pas les gais et lesbiennes (...) Mais pour le racisme, la plupart du temps, c'est caché. Ils ne sont pas au courant ! (...) Ils ne s'en rendent pas compte. Ils vont devenir fâchés, choqués, peut-être émotionnels ou pleurer si tu dis : "Ok, tu as fait quelque chose, moi je trouve, de raciste". C'est plus de travail pour moi (...) c'est plus de travail pour moi. Et beaucoup de fois, je [me] dis : "non, je ne veux pas entrer dans un rapport avec ces personnes, qui vont être fâchées avec moi après". » (E24)

Face au racisme, ces femmes doublement minoritaires ont besoin de support social. Les membres des minorités racisées vivent parfois loin de leur famille qui, souvent, n'acceptent pas leur orientation sexuelle. Trouveront-elles ce soutien auprès de la communauté lesbienne ? Nous en discuterons dans une section ultérieure.

Le harcèlement en milieu de travail est une cause importante d'absentéisme. Il mène souvent au congédiement, à la démission, au *burnout* et à la dépression sévère, bref à des problèmes de santé physique et mentale importants, à des blessures qui sont longues à cicatriser. Dans les cas extrêmes, la situation peut dégénérer jusqu'au suicide (Hirigoyen 1998 : 195).

◆ Amitiés : famille choisie

L'*Enquête sociale et de santé 1998* évalue le soutien social sur la base de trois indicateurs. D'abord, le « degré d'intégration sociale » (fréquence des rencontres et solitude durant les temps libres), ensuite la « satisfaction quant à la vie sociale » (satisfaction quant à la vie sociale en général et satisfaction dans les rapports d'amitié) et enfin la « taille du réseau social » (nombre de personnes confidentes ou pouvant aider au besoin et nombre de personnes démontrant de l'affection) [Julien, Chartrand et Bégin 2002 : 10]. Les chercheurs ont décelé un problème d'isolement dans la population gaie/lesbienne/bisexuelle (GLB) :

« Les personnes homosexuelles/bisexuelles sont proportionnellement moins nombreuses que les personnes hétérosexuelles à être fortement intégrées socialement, elles sont moins satisfaites de leur vie sociale que les personnes hétérosexuelles, elles ont un moins grand réseau de soutien et sont proportionnellement plus nombreuses à vivre des difficultés relationnelles. » (*Id.* : 36)

Il en découle, selon les mêmes auteurs, que « les personnes homosexuelles/bisexuelles possèdent moins d'outils pour contrer leur stress et par le fait même, sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé » (*Id.* : 52). Ces résultats vont à l'encontre d'une autre étude voulant que les lesbiennes s'appuient sur de plus larges et plus solides réseaux d'entraide (Lipman 1986).

À défaut de pouvoir compter sur une famille qui les accepte pleinement, les amitiés représentent souvent le principal sinon le seul réseau de soutien des lesbiennes. C'est pourquoi le cercle d'amies constitue pour plusieurs un vrai réseau familial, une famille « choisie ». Bien que toutes les femmes aient parlé de leurs amitiés lors des entrevues de groupe et des entretiens individuels, il n'est pas aisé de dégager des tendances marquantes concernant les réseaux d'amies des lesbiennes. De plus, cette question a été plus ou moins approfondie selon les entretiens et peu abordée dans les entrevues de groupe. Il importe de tenir compte de ces limites dans la synthèse suivante.

- Réseaux d'amies

Les entretiens laissent entrevoir une situation très contrastée : certaines bénéficient du soutien d'un réseau d'amies très diversifié, elles ont réussi à se « choisir » une famille, alors que d'autres ne peuvent s'appuyer sur de tels réseaux, elles demeurent isolées. Il est à noter que seulement quelques lesbiennes affirment avoir « perdu » des amies lorsqu'elles leur ont « dit ». Certaines ont poursuivi leurs relations amicales d'avant *coming out* alors que pour certaines autres, tout leur réseau s'est transformé.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'amitié prend d'autant plus d'importance, chez les lesbiennes, que dans certains cas, les relations familiales sont superficielles sinon conflictuelles (ce qui peut aussi se produire chez les hétérosexuelles). Certaines se sont constitué des réseaux d'entraide et de soutien pour pallier les lacunes de leur réseau familial, mais cette alternative n'est pas à la portée de toutes. Ce réseau d'amies lesbiennes a aussi pour fonction de créer un espace de liberté où il fait bon vivre, pour contrebalancer l'hétérosexisme et la lesbophobie qui imprègnent la société entière, dans toutes ses institutions et lieux d'interaction sociale. Pour éviter la stigmatisation et l'isolement, elles se sont créé un réseau qui est le reflet d'elles-mêmes.

« J'ai une vie protégée, jusqu'à un certain point. Pas complètement, mais étant donné que j'ai le même milieu de travail depuis longtemps, le même milieu où j'habite depuis longtemps, les mêmes amies, je suis peu confrontée – pas jamais, mais pas à tous les jours – confrontée à quelque chose qui n'est pas le miroir, qui n'est pas l'image de ma réalité. Parce que j'ai autant de lesbiennes dans mon entourage. J'ai organisé ma vie, de façon tout à fait consciente, pour en avoir, parce que c'était trop dur, sinon. Je ne sais pas comment je vivrais si j'étais bien isolée. Ça serait très très dur et, d'ailleurs, j'en rencontre parfois, quand j'assiste à des conférences, des lesbiennes qui vivent très très isolées. C'est très effrayant de ne jamais voir miroiter ta réalité, même à la télévision, même au cinéma, même dans les livres. » (E22)

« Je pense que, parce qu'on est des personnes qui souvent avons vécu un certain rejet, nous avons créé des familles entre nous. Quand on parle d'amies, ça a un sens très différent que quand mes parents vont parler d'un ami. D'ailleurs, ça les étonne, parfois, de voir l'intimité, l'entraide qu'on peut avoir à l'intérieur de la communauté, qui agit comme une famille élargie, qui dans leur génération aurait été le rôle d'une famille élargie (...) Ça va même au-delà des partenaires, pour moi, ça a rapport avec [ce qu'est] une famille, c'est quoi la définition d'une famille et la place qu'on doit [lui accorder]. » (E22)

« J'ai remarqué qu'avec le temps il y en a plus... plus de lesbiennes [dans mon réseau], donc ça doit être (...) parce que j'aime ça. Je pense, ce qui est intéressant, c'est qu'on ne parle pas nécessairement de notre expérience comme lesbiennes (...) Je ne me rappelle pas avoir discuté de l'histoire de *coming out* ou... je ne me rappelle pas de ça (...) L'important, c'est plus pour la communauté d'appartenance, je pense. » (E16)

Celles qui ont des enfants créent des liens avec d'autres familles « homoparentales », pour les mêmes raisons, parce qu'il fait bon se retrouver entre lesbiennes. Comme le suggère cette mère, une famille « homoparentale » pose des défis particuliers aux mères lesbiennes :

« J'ai des amies qui ont deux enfants, elles les ont eus d'un projet parental entre deux filles ensemble. Des fois, discuter, c'est plus intime, on va discuter, des fois, des défis avec les écoles, des préoccupations avec les enfants (...) Les gens qui élèvent des enfants dans la situation hétérosexuelle, c'est vraiment... là-dessus, c'est très différent d'élever des enfants, parce que tu te poses différentes sortes de questions. Je me pose les mêmes questions que les hétéros mais j'en ai d'autres aussi [rire]. » (E16)

Alors que des répondantes ont su créer leur petit (ou grand) réseau d'amies, certaines se sentent isolées, cherchent désespérément à sortir de cet isolement. C'est le cas pour certaines des répondantes qui se sentent exclues de la communauté lesbienne, question que nous discuterons plus loin. L'une d'elles considère qu'en vieillissant, les lesbiennes « ont tendance à

se replier sur elles-mêmes » et « à vouloir s'isoler » (E11). Selon une autre, il est difficile de nouer des liens d'amitié entre lesbiennes à cause de la jalousie que peuvent susciter dans un couple ces relations profondes :

« Il y a de la jalousie partout, partout (...) Je trouve ça difficile, parce qu'on peut avoir une peine d'amitié comme on peut avoir une peine d'amour. Moi, j'ai connu ça, une peine d'amitié. Là, je suis comme réticente à me faire des amies (...) Elle, j'étais amie avec sa blonde, on s'entendait bien. Ce n'était pas parce que j'étais amie avec elle – on va parler fin – que je voulais coucher avec elle ! On s'entendait bien sur des points. Mais, là, au début, elle n'était pas jalouse, mais soudainement elle est devenue jalouse : "Vas-tu me voler ma blonde ?" (...) L'amitié entre femmes, est-ce possible ? Je ne sais pas. Je ne sais pas si tu le vis, toi aussi, mais ça a l'air à être difficile à vivre la réalité, l'amitié entre femmes (...) Ça fait que c'est très difficile. Très. » (E20)

Certaines lesbiennes se sentent isolées. La superficialité marque la majorité de leurs relations sociales. Ces femmes souhaitent se créer un réseau d'amies lesbiennes pour s'assurer du soutien en vieillissant.

« J'espère qu'avec le temps, mes amies vont devenir un petit peu comme ma famille que je n'ai plus (...) À part mon seul frère qui me reste (...) que je vois peut-être une fois par quatre ans, je n'ai plus de famille. Mon père, ma mère... mon frère qui est mort, je ne le voyais pas souvent non plus. Je pense qu'à travers mes amies, j'essaye de me recréer comme... un esprit de famille, qui va combler la famille que je n'ai plus. Et qu'en vieillissant, on sache se tenir... je pense que c'est ça, les vraies amies. On ne peut pas en avoir des tonnes. Des fois, il suffit d'en avoir une bonne, qui est là quand ça va bien et qui est là quand ça va mal. J'imagine que cela ne doit pas être facile pour les lesbiennes et les gais qui n'ont plus de famille, en vieillissant. C'est pour ça que c'est important de se faire des réseaux d'amies. Moi, je vais à des places où il y a des hétérosexuelles, ce n'est pas toujours évident. J'y vais pour les activités, mais à quelque part, je ne me sens pas très bien. » (E05)

« J'ai réalisé que c'est important en vieillissant (...) de cultiver des amitiés. Parce que moi, je n'aime pas ça, me retrouver toute seule et puis j'aime ça, être en contact avec des amies, puis avoir des bonnes amitiés (...) On a besoin de soutien, puis on n'a pas toujours un psychiatre pour nous écouter ou un psychologue (...) Des fois, ce serait bon d'avoir des amies, d'avoir des gens qui sont là pour nous accorder un peu de soutien (...) Je trouve que c'est important, c'est pour ça, moi, j'essaie de me relier à des amies. Je leur dis : "moi, je vais être là, je veux être ton amie, je vais être présente". On essaye de créer des liens, parce qu'on sait qu'à long terme (...) ça va être précieux ça, une amitié, ça ne se fait pas du jour au lendemain. Il faut cultiver longtemps une amitié (...) Je veux développer des amitiés profondes avec des femmes. » (E11)

Bien que l'ensemble des lesbiennes manifestent le besoin d'établir des relations d'amitié avec d'autres lesbiennes, c'est surtout la diversité, à tout point de vue, qui caractérise les réseaux de la majorité des jeunes et des membres des minorités racisées que nous avons interrogées.

- Diversité des réseaux

Les jeunes lesbiennes, davantage que les plus âgées, de même que celles issues des minorités « visibles » et « audibles », davantage que celles d'origine canadienne-française (« majorité »), tendent à nouer des liens d'amitiés avec des personnes de tous horizons, nationalités, sexes et orientations sexuelles. Les jeunes se démarquent des plus âgées au niveau des rapports avec les hommes : elles manifestent une ouverture, elles ont tendance à établir des amitiés avec surtout des gais mais aussi des hétérosexuels, ce qui n'apparaît pas pour la majorité des autres répondantes, dont le réseau est exclusivement féminin.

« J'ai plus d'amis qui sont gais évidemment, autant gars que filles. J'ai des amis hétérosexuels aussi, filles et gars. Mais j'ai plus d'amis gais que d'amis hétéros. Pourquoi, je ne sais pas. Quand j'ai fait mon *coming out*, j'ai perdu une amie. » (E13)

« Moi, je suis quelqu'un qui fréquente beaucoup de communautés différentes. J'ai des amies lesbiennes, j'ai des amies hétéros, j'ai des amies femmes surtout, mais j'ai aussi des amis hommes, de tous les âges. J'ai ma famille aussi. Je mêle tout ce monde-là, souvent, pas toujours, mais régulièrement. J'en ai dans mon quartier, j'en ai dans d'autres quartiers. » (E22)

« C'est pas mal diversifié. Je pourrais dire que dans la majorité, c'est des gais, des gars et des filles. Mais, j'ai des amies qui sont très proches, qui sont hétéros. Ce n'est pas parce que je suis africaine que je vais être seulement avec des Africains ou que je suis [de telle origine], que je vais seulement être avec des [compatriotes]. C'est une question d'affinités, c'est beaucoup plus en fonction de la personne. J'ai plein d'amis qui viennent d'Amérique latine, qui viennent d'Afrique, des Québécois et tout. Alors, j'essaie que cela soit pas mal diversifié à ce niveau-là. C'est quand même mieux, un échange. Je ne suis pas extrémiste au point où toutes mes affaires, je les achète dans des magasins tenus par des gais, je vais chez le coiffeur parce qu'il est gai... Non, ce n'est pas ça, c'est beaucoup plus en fonction de la personne. » (E23)

« Mes amis sont *straights*, gais et bisexuels. Ils ont entre 16 et 55 ans. Toutes les nationalités possibles. J'ai une Coréenne qui est mon amie, une Cambodgienne qui est mon amie (...) Je n'ai pas vraiment de limites, j'ai des amis partout. » (E26)

« [Mes amis sont] gais, *straights*, en questionnement, etc., "couleurs Benetton". » (E21)

« J'ai plus d'amis gars que de filles présentement, puis ça ne crée pas de problèmes (...) Moi, quand je regarde ça, je trouve que la tendance présentement est plus un rapprochement entre les deux [communautés] (...) La plupart des cégeps avant, t'avais un groupe de gars puis [un] de filles gaies (...) puis depuis les dernières années, ils se mettent ensemble. Dans le fond, moi, je regarde ça, puis je dis que c'est mieux comme ça, c'est en unissant nos forces (...) ». (E25)

Dans cette recherche, il n'est pas possible d'analyser les réseaux de soutien des lesbiennes de façon approfondie. Nous émettons quelques pistes qui permettent d'éclairer le pourquoi et le comment de l'isolement social de certaines de ces femmes. Alors que certaines lesbiennes trouvent dans la communauté le support essentiel à leur bien-être, des femmes entretiennent des rapports distants avec la communauté lesbienne. Le portrait général de ces rapports se caractérise une fois de plus par les contrastes.

◆ **Rapports avec la (les) communauté(s) lesbienne(s)**

La question des rapports et du sentiment d'appartenance des répondantes à la communauté lesbienne a parfois soulevé de vives réactions. Quelques femmes ont regretté le peu d'implication communautaire et politique des lesbiennes, aujourd'hui. Cette non-implication étoufferait la diversité des points de vue au sein de la communauté : quelques femmes ont exprimé leur malaise relativement au discours de la communauté et ont dénoncé un certain « unilatéralisme » et un radicalisme désuets. Cette approche laisserait toute la place au « lobby gai », plus financé, plus en évidence, et davantage entendu par la classe politique et les médias. Les lesbiennes seraient récupérées, effacées derrière les gais, une fois de plus invisibles. L'une d'elle va même jusqu'à avancer qu'il n'y a plus de communauté lesbienne. Dans l'exposé qui suit, nous mettrons de côté ces considérations politiques (au sens restreint du terme) et nous centrerons essentiellement sur ce qui concerne la santé des lesbiennes, à savoir les liens avec une communauté d'appartenance, sujet éminemment... politique.

• Cultures et sentiments d'appartenance

Les lesbiennes vivent un certain isolement social du seul fait de devoir affronter la lesbophobie et l'hétérosexisme, de devoir composer avec une société qui ne les « reflète » pas. Dans ce contexte, le support d'une communauté d'appartenance devient primordial.

Certaines mettent en évidence la diversité dans la communauté et parlent de plusieurs communautés lesbiennes, plusieurs sous-cultures, selon les générations, notamment. Elles

considèrent que chacune y trouve son compte. Il y aurait plusieurs façons de se sentir appartenir à la communauté. Les jeunes en particulier, de même que les membres des groupes racisés, croient que le lesbianisme ne représente qu'une facette de leur identité sociale : elle refusent de s'y enfermer et cherchent à s'inscrire et à s'impliquer dans de multiples réseaux, comme nous l'avons déjà évoqué.

« Tu sais, je ne me sens pas faire partie de cette communauté-là, premièrement (...) J'ai des bonnes connaissances lesbiennes, de là à avoir des amies... Je fais vraiment une nuance entre les deux. Non, c'est des gens qui ne sont pas autant dans mon intimité que les amitiés profondes. C'est des filles avec qui je vais prendre un verre (...) Je sors dans un milieu qui me ressemble, avec mes amies (...) Je préfère aller au café Sarajevo qu'aller au Magnolia, où il n'y a rien qui m'intéresse : le seul point commun que j'ai avec les gens, c'est leur orientation sexuelle (...) Je peux avoir une intimité avec ma copine sans être dans un milieu gai (...) Pour moi, je n'ai plus besoin du milieu lesbien, pour sentir le droit d'être lesbienne, ce que j'ai eu avant. Souvent j'y vais, puis je suis comme déçue parce que la musique, je ne l'aime pas, je ne trouve pas ça beau. Je n'ai pas de sujets de conversation intéressants avec ces femmes-là. Là, je me dis "qu'est-ce que je fais là ?". » (E15)

« Se limiter ou (...) se renfermer dans un milieu sous prétexte qu'elles sont gaies, ça fait très "ghetto". Ce n'est vraiment pas quelque chose [qui m'intéresse]. » (E21)

Ces opinions ne rencontrent pas la faveur de toutes les femmes interrogées. Plusieurs ne se sentent confortables qu'au Village, loin des regards inquisiteurs ou désapproubateurs. C'est une façon d'éviter la discrimination.

Comme nous l'avons évoqué en introduction, certaines ont vivement critiqué la communauté et le milieu lesbiens. Malgré ces insatisfactions, quelques-unes ont exprimé qu'elles étaient reconnaissantes du chemin parcouru par les militantes des années 1970 et 1980, qui ont fait avancer la cause des lesbiennes et travaillé à un recul de l'invisibilité.

« Je me trouve très chanceuse, parce que d'une part (...) il y a toute la gang de lesbiennes avant moi qui ont (...) fait le chemin, ça fait que ce n'est pas nécessairement difficile pour moi. Je suis devenue lesbienne, comme identité, plus tard, donc j'étais (...) déjà solide : je n'ai pas eu, comme beaucoup de jeunes à l'école secondaire, [à vivre un] sentiment d'exclusion (...) [Si je n'étais] plus entourée de lesbiennes (...) je pense que ça pourrait être plus difficile. » (E16)

« Je pense que l'histoire des femmes est différente, entre la femme de 20 ans et la femme de 50, 60 ans, en partant. Puis, je pense que la femme de 50, 60 ans qui a dû plus se battre pour sa place, peut-être qu'elle peut en vouloir plus aux hommes. Ce n'est pas comme ça nécessairement qu'elle va l'exprimer. Mais je connais des lesbiennes qui ne [supportent pas les] gars. Elles sont comme fâchées,

tu sais. Elles, elles ont eu à se battre beaucoup plus. Moi, il y avait déjà un grand chemin de fait, quand je suis arrivée (...) C'est une minorité qui le vit comme ça (...) Je suis [reconnaissante] qu'il y ait eu un mouvement radical pour que les choses changent. Il y a toujours des extrémistes partout pour que les choses changent, sinon ça ne bouge pas. » (E15)

- Lieux de sociabilité

L'isolement ressenti par certaines femmes interrogées a à voir avec le peu de lieux de rencontre lesbiens, fait tant décrié par les répondantes. Certaines se rendent au Village gai, tout en regrettant qu'il soit principalement investi par les hommes. Elles peuvent toutefois s'y sentir beaucoup plus à leur aise. D'autres ne sont pas d'accord avec cette approche, comme nous l'avons évoqué. Que faire si tu ne veux pas aller dans un bar ? Ou si tu n'aimes pas la musique ou le style de ce bar en particulier ? Si tu ne te sens pas à l'aise au sein des quelques organismes existants ? Où aller pour rencontrer des lesbiennes afin de nouer des amitiés ? Il existe des groupes de sport (groupes de marche, groupes de danse aérobique...) mais que faire si de telles associations ne t'intéressent pas ? Certaines tablent sur les rencontres de lesbiennes organisées par des organismes communautaires et les groupes de femmes, ou encore sur les « rencontres » dans Internet. Mais que faire si ce n'est pas « ton genre » ? Une jeune explique ne pas se sentir « à sa place » dans les lieux de rencontre hétérosexuels et apprécie pouvoir sortir de « la société habituelle » (E19). Les plus âgées préfèrent les rencontres entre amies, à la maison ou en ville.

« La tendance actuelle, je pense que c'est plutôt que les femmes sont dans les maisons et elles ne sortent pas beaucoup. Il n'y a pas de bar. Semble-t-il qu'il y en a un dans le Village. Mais moi, le Village, là... je ne me sens pas bien, bien là-dedans. Je n'ai pas le goût d'aller là. Moi, si j'ai le goût de prendre une bière, je vais aller sur Saint-Denis prendre une bière avec des amies. » (E02)

- Isolement de certaines

Comme tout mouvement et communauté minoritaires, la communauté lesbienne a son revers de médaille, son côté moins inclusif. Certaines lesbiennes se sentent isolées de leur communauté : celles qui ont déjà été mariées, celles qui ne fréquentent pas les lieux reconnus pour leur clientèle lesbienne (devenus fort rares), celles qui ont intériorisé beaucoup de lesbophobie de même que certaines autres de tous âges et toutes origines. Les femmes issues des groupes racisés feront l'objet d'une sous-section parce que leurs rapports avec la communauté soulèvent des questions particulières.

Certaines femmes se sentent exclues de la communauté lesbienne et trouvent leur réseau de soutien ailleurs, comme nous l'avons déjà souligné. Ces femmes souhaiteraient tout de même créer des liens avec des lesbiennes mais elles ne se sentent pas partie intégrante de la communauté. Elles ressentent un certain rejet et critiquent ces mises à l'écart.

« Je t'avoue, au sein de la communauté gaie, il y a beaucoup de marginalisation. Il y a les gars, qui sont masculins, qui n'aiment pas les gars qui sont efféminés, ce qu'on appelle les folles. Il y a les femmes, féminines, qui n'aiment pas les *butchs*. Il y a les minorités qui n'aiment pas les Blancs, les Blancs qui n'aiment pas les minorités. Il y a un peu de tout. Il y a des minorités au sein des minorités. » (E23)

« J'avais été mariée. Parce que ça aussi, c'est une autre chose. Quand tu as été mariée, les gens ne pensent pas que tu puisses être lesbienne. Tu as été mariée. "Comment ça se fait que tu as aimé un homme et que tu es lesbienne" ? » (E02)

« Ça me fait du bien de parler de ça, parce que je n'en parle pas souvent (...) Des fois, je trouvais des petits clans... Moi, j'ai déjà été mariée, j'ai un enfant, je suis la maman. J'ai vécu sur le tard. C'est comme des catégories à part : celles qui ont des enfants, celles qui n'en ont pas. Je suis comme marginale parmi les marginales ! Je ne trouve pas ça facile (...) Même dans le milieu, il y a déjà des préjugés. Ce n'est pas facile, et [composer] avec ça, ce n'est pas facile. C'est pour ça que je disais, ça prend une santé mentale. » (E20)

« Les femmes qui ont des enfants, vues par quelques lesbiennes radicales très présentes, trouvent qu'on est des reproductions du système [patriarcal] (...) Arrive en ville ! On est... 20 ou 30 % des lesbiennes [qui] sont mères, quelque chose comme ça, puis c'est un fait, c'est une réalité. Alors au nom de la pureté idéologique, on va nier l'existence de cette réalité-là ? En tout cas, à moi, ça m'a comme un peu rebutée (...) Je pense qu'il y a une culture [lesbienne] (...) Mais comme dans toute culture, il y en a qui se voient dedans, puis il y en a d'autres qui voient ça de l'extérieur. » (E16)

En définitive, un petit groupe de lesbiennes, parmi celles interrogées à Montréal, se sentent isolées parce qu'elles n'arrivent pas à lier des amitiés profondes avec d'autres lesbiennes.

« Ça fait peut-être huit ans que j'ai découvert... j'ai découvert mon orientation sexuelle, et puis... bien j'étais plus en contact avec le milieu hétéro, mais maintenant j'essaye de me faire des amies lesbiennes (...) J'aimerais ça, me faire plus d'amies lesbiennes. » (E11)

« Au point de vue d'amies, je n'en ai pas beaucoup, d'amies. J'en ai rien qu'une, puis elle est rendue à Trois-Rivières, puis elle n'est pas dans le milieu, elle n'est pas gaie. Mais dans les milieux

gais, j'ai celles d'en haut, ici là (...) c'est des bonnes amies, c'est des personnes qui... qui se mêlent de leurs affaires puis elles sont bien agréables à parler. » (E12)

« Je n'en ai pas beaucoup, d'amies lesbiennes. J'en ai quelques-unes, mais très peu. Je n'en fréquente pas beaucoup. J'ai des connaissances, mais des amies, des vraies amies... ? (...) À un moment donné, j'étais assez isolée. J'avais des connaissances, mais des vraies amies, je n'en avais pas beaucoup. C'est assez difficile de se faire des amies, c'est un milieu assez fermé. » (E18)

« Je n'ai pas des amies intimes dans le Village, c'est des connaissances que je fréquente (...) Je suis très solitaire. Je n'ai pas tant d'amies que ça. Pour moi, des amies, c'est des personnes sur qui tu peux compter franchement. » (E19)

- Vécu de racisme

Phénomène systémique, diffus, subtil... parler de racisme provoque la controverse. Pourtant, il fait partie des rapports sociaux entre les « majoritaires » d'origine canadienne-française et canadienne-anglaise ainsi que les « minoritaires » d'origine immigrante, d'arrivée récente ou pas. Ceci sans parler des rapports avec les communautés autochtones ou amérindiennes³¹. L'isolement, voire dans certains cas l'exclusion, vécu par les lesbiennes immigrantes et issues des minorités ethniques et racisées peut se comprendre de ce point de vue. Comme nous l'avons évoqué dans la section sur le travail, le lesbianisme, invisible et « invisibilisé » rencontre le racisme, phénomène également invisible, comme dans un curieux jeu de miroirs.

« Au niveau relationnel, c'est un peu diffici... c'est différent (...) Sur le plan de développer des relations d'amitié, c'est comme je te dis, ce n'est pas évident ; c'est quand même... les gens, il y a une certaine réticence, au départ. Mais il y a d'autres personnes qui ont cette ouverture. » (E23)

Q. « Est-ce que tu as vécu du racisme en tant que lesbienne ? »

R. « Oui. Oui. Oui... [avec insistance, en martelant les mots]. Mais, non, en tout cas c'est... [elle souffle avec sa bouche, silence] Bon, par exemple, je ne peux pas ni juger et tout ça, mais tu as le réseau lesbien et tout ça : il y a combien de Noires, dedans ? Tu vois ce que je veux dire ? (...) C'est une raison suffisante pour que je ne fasse pas partie de leur groupe, par exemple (...) Il n'y a pas d'ouverture. Mais, ce n'est même pas ça. Il n'y a pas un souci particulier à en avoir (...) On est enfermé dans ce qu'on croit ; je ne sais pas trop (...) Je ne vais pas employer le terme qu'elles sont fermées (...) Mais elles ne sont pas particulièrement ouvertes. Je vais jouer sur ça

31. Cette question n'est pas abordée dans le présent rapport puisque aucune de nos répondantes lesbiennes ne fait partie de ces communautés. À ce sujet, vous référer aux travaux de Shari Brotman et Bill Ryan, de l'Université McGill, qui se sont intéressés aux *Two-Spirit People* (Brotman *et al.*, 2002a, 2002b ; Ryan, Brotman et Rowe 2000).

(...) C'est un travail qui progresse (...) On est cantonnées super francophones, vu l'histoire peut-être du Québec. Je leur reconnais leur expérience (...) Il y a un historique là-dedans (...) [Pour moi, le] fait d'être Noire, ça [a préséance]. » (E21)

« Quant à la communauté gaie, je n'ai pas senti de racisme d'aucune façon. J'ai d'ailleurs plusieurs amis [d'origine canadienne-française] qui sont des hommes gais, qui m'invitent régulièrement à sortir avec eux dans les bars. Souvent, je me suis fait offrir des verres par des hommes gais qui m'étaient étrangers. Pour eux, c'est un geste amical, tout simplement parce qu'ils me trouvent belle ou gentille. Ils me demandent à danser avec eux, seulement par amitié (...) Pour ce qui est de la communauté lesbienne, j'ai effectivement ressenti du racisme. J'ai eu beaucoup de difficulté à rencontrer des [femmes]. Je trouve les hommes gais moins racistes que les lesbiennes ! » (E01)

« Je dirais deux choses. J'ai rencontré des préjugés dans la communauté lesbienne, par rapport à être autre chose que québécoise, francophone, catholique. Ça, ça m'a blessée énormément. Je dirais que ça m'a coupée jusqu'à un certain point de la communauté lesbienne. J'ai eu de la misère à m'en revenir de ça. Surtout, que j'étais si jeune, idéaliste (...) C'était beaucoup plus difficile, pour moi, de prendre des commentaires par rapport au fait que j'étais [de telle origine] que par rapport au fait que j'étais lesbienne. De le vivre à l'intérieur d'une place où je sentais que j'allais le plus être acceptée, m'a beaucoup beaucoup choquée et m'a beaucoup beaucoup blessée. Je le perçois parfois encore maintenant. Je perçois beaucoup plus d'ouverture, on dirait que cela fait deux, trois ans (...) On ne veut pas avouer vraiment tous les préjugés qui existaient. On dit souvent que c'était à cause de l'"ignorance" (...) Mais cette "ignorance", c'est ça, les préjugés et cela peut faire beaucoup de torts (...) On veut balayer, beaucoup. » (E22)

Ces femmes ont soulevé le fait que les relations dans la communauté lesbienne se rapprochent de celles dans la société dans son ensemble. La communauté lesbienne ne serait pas particulièrement raciste, simplement un microcosme du reste de la société. Il demeure que pour ces femmes, l'appartenance à un groupe minoritaire (de plus) crée des conditions propices à vivre davantage de situations discriminatoires et d'isolement.

Pour l'ensemble des lesbiennes, l'isolement social crée un stress, dommageable pour la santé mentale, un manque d'oxygène qui peut avoir des répercussions sur la santé physique. C'est pourquoi l'isolement social sera considéré comme l'une des cinq principales barrières rencontrées dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé. Nous verrons, dans la prochaine section, que le couple représente pour plusieurs une bouée de sauvetage.

◆ **Le couple invisible**

Le fait de vivre en couple ou non est considéré comme un déterminant de la santé. Davantage de lesbiennes que d'hétérosexuelles sont « célibataires » et davantage vivent seules (Clermont et Lacouture 2000 : 223). L'*Enquête sociale et de santé 1998* avance que chez les personnes homosexuelles et bisexuelles, les femmes rapportent un degré moins élevé de bonheur de vivre seule que les hommes alors que l'on observe l'inverse chez les personnes hétérosexuelles (Julien, Chartrand et Bégin 2002 : 36). En d'autres mots, les lesbiennes seraient plus insatisfaites de vivre seules que les hétérosexuelles.

Rappelons qu'au moment où les entretiens individuels et les entrevues de groupe ont été réalisés, un peu plus de la moitié des femmes étaient en couple, parmi lesquelles quelques-unes ne cohabitaient pas avec leur conjointe. Les femmes rencontrées vivent leur union de diverses façons. Elles manifestent, en général, beaucoup de satisfaction à vivre en couple, qu'elles habitent ensemble ou non, et souhaitent demeurer de longues années avec leur partenaire.

« On s'entend bien. J'espère que ça va durer. Ça aide d'avoir quelqu'un dans sa vie, beaucoup beaucoup, au niveau de l'équilibre mental et émotionnel. » (E18)

« Mon but, c'est d'essayer de faire ma vie avec quelqu'un que j'aime, le plus longtemps possible. Je n'aime pas les relations à courte durée où vous êtes six mois avec une, et puis cela ne va plus "bonjour la visite" et puis vous en trouvez une autre, un autre six mois... de toute façon, en vieillissant, l'amour change. Ce n'est plus autant l'amour passionné, l'amour sexuel. » (E05)

Quatre particularités du couple lesbien qui ont des incidences sur la santé se dégagent du terrain de recherche. Nous les passerons tour à tour en revue.

Une première particularité concerne le fait d'être numériquement minoritaires et invisibles. Certaines racontent être tombées amoureuses d'hétérosexuelles ou de bisexuelles, après quoi elles se sont un peu refermées sur la communauté afin d'éviter ces situations douloureuses. Une jeune raconte avoir vécu sa première relation lesbienne avec une fille qui se disait hétéro...

« J'avais 21 ans. C'était l'année dernière à l'automne, avec une fille avec qui je travaillais, qui était hétéro (...) Mais, ce qui était bizarre avec [cette fille], c'était que toutes les fois qu'elle était gelée ou qu'elle était "paquetée", on faisait quelque chose. C'est même la première fille que j'ai embrassée ! On a déjà couché ensemble aussi. Donc, si elle se dit hétéro à 100 %, je ne pense pas (...) Je suis célibataire pour l'instant (...) Je ne suis pas vraiment prête à m'embarquer dans quelque chose de sérieux, parce que je veux quelque chose de vraiment sérieux. » (E13)

La seconde particularité touche aussi l'invisibilité et plus précisément, la lesbophobie intériorisée. La lesbophobie intériorisée de l'une ou l'autre des partenaires aura un impact sur le couple lui-même, des effets sur les relations de couple, quand l'une ne s'accepte pas.

« L'acceptation de mon orientation sexuelle, ça comporte toutes sortes de choses : (...) m'équilibrer dans ma relation de couple (...) Ça tiraille des fois (...) Essayer de trouver ma valorisation à l'intérieur de moi (...) J'ai [entrepris des relations] plusieurs fois avec des femmes et (...) j'étais trop tirillée, alors ça ne marchait pas (...) Mais elle, elle voulait vraiment l'engagement, relation fidèle, tout ça. Puis moi bien, je voulais aussi m'engager mais j'avais encore des réticences par rapport à mon orientation. Des fois, j'avais comme des baisses de désir... je ne savais plus, j'ai été ambivalente encore très longtemps mais on a été capable de naviguer quand même à travers ça puis de rester ensemble, mais ça a été très très difficile (...) On se chicanait beaucoup au début (...) Après ça, j'avais peur qu'elle s'en aille (...) C'est un miracle qu'on soit restées ensemble. » (E11)

La lesbophobie intériorisée et les anticipations de discrimination font que la visibilité du couple est sans cesse à négocier selon les lieux et les circonstances. Certaines ont déjà vécu ou vivent une « double vie » pour éviter la discrimination lesbophobe, ce qu'une répondante appelle une « culture du silence » (E17) : « quand on était jeunes, on s'inventait des "chums" (...) Ça t'empêche de t'épanouir vraiment. » (E14)

La troisième particularité du couple lesbien concerne l'isolement du couple lui-même. Certaines vivent heureuses dans leur coin. Quelques femmes ont parlé des risques que représente cette tendance à la « fusion » dans le couple lesbien. Comme chez le couple hétéro, une relation très fusionnelle entraîne un lien de dépendance. Toutefois, cette dépendance peut entraîner des conséquences plus dramatiques chez les lesbiennes, par exemple, dans le cas du décès de la conjointe (ou de la séparation) lorsque le couple vivait en vase clos et sans reconnaissance sociale.

« J'avais plus un réseau familial au niveau de ma copine qui est décédée, puis c'est sûr que nous, on ne fréquentait pas les bars, on n'allait pas non plus dans les... les activités de femmes ou tout ça, on était *outsiders*, si vous voulez. Ça ne nous manquait pas parce qu'on vivait bien notre couple puis on vivait aussi avec les autres, comme ça, avec les *straights* comme on peut dire [rire]. On vivait bien avec eux, pas de problème. » (E10)

« On était comme trop proches l'une de l'autre. Ça a été comme tellement difficile à vivre ça. C'est comme une fusion qu'on a vécue. On vivait ensemble, puis on partageait tout. Du jour au lendemain, tu te retrouves toute seule, puis tu n'as plus de rapports avec cette personne-là. Je trouve ça excessivement difficile. » (E18)

Chapitre III

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

« Je l'ai vécu fusionnel. Je ne suis plus capable de vivre ça, j'aime mieux être toute seule (...) Les femmes vivent dans un cercle fermé, je trouve ça malheureux (...) Vivre en couple puis le reste alentour, on ne s'en occupe plus ! » (E20)

La quatrième particularité du couple lesbien concerne le tabou de la violence. Elle serait « tabou » parce qu'entre deux femmes. Quelques participantes aux entrevues de groupe et une femme rencontrée en entretien individuel ont témoigné de la difficulté d'accepter que la violence existe, « même chez les femmes ». Certaines ont été d'autant plus marquées par la violence conjugale qu'elle s'est manifestée lors de leur première relation lesbienne : coups physiques, manipulation, harcèlement psychologique, menaces de représailles... La violence peut détruire une personne, réduire à néant son estime d'elle-même.

« Malheureusement, ma première expérience a été assez *rough* merci, j'ai été marquée (...) J'ai quand même continué, j'ai eu des femmes douces quand même (...) Elle a été très violente physique, morale, j'en ai mangé des coups de poing, puis là bien... c'était "on laisse ça de côté, on n'en parle pas, on s'en va à l'hôpital" (...) Le médecin (...) écrivait certains rapports (...) Elle était à côté de moi : "t'es mieux de ne rien dire !". Puis cette personne-là, elle m'a fait très, très... mais très souffrir (...) C'est pour cela que j'ai été ambivalente, je trouvais ça difficile (...) J'ai été une bonne "secousse" avec cette personne-là, parce que j'avais peur, peur de la laisser, peur des représailles (...) Je ne sais pas si c'est encore tabou mais c'était tabou dans le temps, que de la violence entre femmes, il y en a, puis on n'en parle pas. » (Entretien individuel)

Bien que pour la majorité des répondantes, le couple apparaisse comme une bouée de sauvetage sur le plan social, sorte de lueur dans la pénombre de l'invisibilité sociale, les quatre particularités du couple lesbien que nous avons évoquées participent à cette invisibilité même. L'invisibilité du couple lesbien est l'un des aspects de la vie des lesbiennes qui font de l'orientation sexuelle un déterminant de la santé.

♦ Vie de quartier et visibilité

Cette section se centre sur la vie de quartier des lesbiennes rencontrées à Montréal. La vie dans les régions est abordée dans la partie *Barrières particulières pour certains sous-groupes* (F). Les 26 femmes interrogées à Montréal habitent une douzaine de quartiers différents. Une majorité se sentent à l'aise pour vivre leur lesbianisme à Montréal mais plusieurs évitent soigneusement de s'afficher en public. La question persistante demeure celle des risques matériels (en ce qui concerne leur propriété), physiques et psychologiques encourus si une lesbienne décide de se révéler publiquement.

« On est de la vieille école... pas trop trop de la vieille école quand même. Mais, tu sais, on ne s'affiche pas. On ne sait pas, on se méfie toujours des gens, surtout des nouveaux qu'on ne connaît pas. Mais les gens qui nous connaissent, ça va très bien. On n'a jamais eu de problèmes vraiment, se faire lancer des roches... [rires] (...) Mais, tu sais, les gens qui nous regardent avec un drôle d'air, ça arrive ça. Ça fait longtemps qu'on est là, on sait, on connaît. L'hiver, tu ne vois personne ; puis l'été, tu passes un petit peu de temps, mais c'est quand même Montréal. La cour est assez fermée. » (E14)

« Tu sais, Montréal, c'est le fun, parce que c'est une diversité sociale, totalement. On dirait que le monde, il s'accepte plus. Je ne sais pas. Moi, c'est comme ça que je le perçois. [La banlieue] c'est tellement renfermé, c'est trop individuel. J'ai tout le temps eu un malaise, parce que du fait que j'ai tout le temps été un peu marginale, comparée à la société. Ça fait que les petites banlieues, puis les quartiers comme ça, c'est comme moins agréable. Ici, c'est différent. J'aime ça, c'est plus tranquille. » (E19)

Quelques femmes seulement ont rapporté avoir subi de la discrimination dans leur quartier, de la part de leur propriétaire ou de voisins.

« Disons que dans mon quartier, dans le moment, juste sur ma tête, mon voisin est un homophobe. Comme il va me crier par la tête "espèce de mal baisée", des choses comme ça. Ça fait que c'est très surprenant même si on est sur le Plateau, ça peut ressortir. On ne s'y attend pas... bon, il y a des gais qui restent en face, d'autres lesbiennes, des gais autour mais tu peux avoir un voisin [homophobe]. Ça fait qu'on est portées à... oui, on est portées à se camoufler, là. C'est sûr qu'on va être proches ensemble mais on ne sera vraiment pas portées à avoir des gestes très affectifs, de s'embrasser en public. On a comme développé cette façon-là. » (E03)

« Souvent sur la rue, souvent je me suis fait crier après. Toutes sortes d'affaires, de "maudite lesbienne" en passant par n'importe quoi. Mais c'est comme, bof... Il y a une fois que je me suis choquée, je me suis virée de bord et j'ai dit à un gars : "maudit hétéro !". Et je suis partie. Ça l'a surpris un peu. » (E06)

Dans un autre ordre d'idées, les jeunes lesbiennes ont dénoncé avec vigueur les avances sexuelles de certains hommes hétérosexuels qui leur proposent un « trip à trois » : « nous, on est le fantasme porno hétéro ! ». (E15)

◆ Participation sociale et activités communautaires

L'Enquête Santé Québec ne fait pas état des activités communautaires ni de la participation sociale (au sens où nous l'entendons ici), si bien qu'en cette matière, nous ne disposons pas

d'études pour établir des comparaisons entre le groupe de lesbiennes étudiées ici et celles de l'Enquête, de même qu'entre ces dernières et la population québécoise en général.

À notre avis, l'exposé qui suit sur la participation sociale des lesbiennes peut comporter des biais en raison du mode de recrutement des répondantes (certains noms fournis par des organismes communautaires dont le Réseau des lesbiennes du Québec). Toutefois, rappelons que plusieurs noms proviennent d'autres sources. Le fait que 24 des 26 répondantes de notre étude aient révélé participer à une ou des activités communautaires signifie un besoin d'implication sociale. Pour certaines répondantes, leur motivation première est de tenter de briser l'isolement. Toutefois l'une d'elles affirme que l'engagement militant n'est pas une panacée :

« Quand on est célibataire, on est toute seule (...) il faut compenser beaucoup en allant vers les autres, en participant à toutes sortes d'activités sociales. Il y en a qui vont trouver leur satisfaction peut-être en faisant du bénévolat ou bien en participant à des associations (...) Le militantisme, je trouve que des fois, ça laisse trop de côté l'aspect personnel, on se bat pour une cause, mais (...) les gens qui ont milité pour n'importe quelle cause, quand il leur arrive un pépin, ils sont tout seuls comme des concombres, il n'y a pas personne qui vient les aider (...) Alors je trouvais qu'il y avait comme des lacunes en quelque part, pourquoi, pourquoi ces personnes-là vivent ça ? Moi, ça m'a mis la puce à l'oreille, je me dis : "ça veut dire que le militantisme... ça ne comble pas tout dans une vie". On voit qui sont nos vrais amis. » (E11)

« J'en ai suivi, [des cours de dessin]. J'en suivrai un autre en septembre. J'en ai suivi un autre à l'école d'éducation populaire l'année dernière. Je m'arrange pour suivre un petit cours, pour avoir une activité à moi. Mais je n'ai pas le choix d'aller dans des places de même, où la majorité sont des hétérosexuelles (...) Je trouve ça dommage qu'il n'y ait pas plus de lesbiennes qui aillent dans des places de même (...) Le bonhomme qui me parle et [dont] je ne veux rien savoir, et puis la madame qui ne se met pas en face de moi parce qu'elle se doute que je suis peut-être lesbienne... Je ne suis pas là pour elle, je ne suis pas là pour lui, je suis là pour suivre un cours (...) Des fois, je suis allée au bingo (...) Juste la question de me sortir d'ici, de ne pas être toute seule. »

Q. « Vous n'aimez pas être toute seule dans la maison ? »

R. « Non, ça fait de l'anxiété, de l'angoisse. Moi, j'ai travaillé toute ma vie. Je trouve ça difficile d'être dans la maison. J'essaye de m'organiser (...) Vu qu'on n'a pas ça dans notre réseau, j'ai besoin de m'organiser en conséquence pour faire des petites activités pour moi, pour me faire plaisir. Je me fous du monde, s'ils m'aiment, ils m'aiment ; s'ils ne m'aiment pas, ils ne m'aiment pas. Je ne suis pas là pour me faire aimer. Je ne suis pas là pour les aimer, je ne suis pas là pour leur dire comment est-ce qu'ils devraient vivre (...) Quand je sors de là, le plus souvent, il n'y a personne qui m'a insultée. Les petites madames me disent "bonjour", la plupart sont un petit peu plus âgées. "Bonjour madame, bonjour madame, ça va bien ?" C'est comme ça. » (E05)

Près de la moitié des lesbiennes rencontrées à Montréal ont déjà participé à des activités organisées pour ou dans la communauté lesbienne. Quelques-unes ont déjà fourni de l'aide bénévole dans le cadre de telles activités ou ont participé à leur organisation.

Plusieurs lesbiennes s'impliquent dans d'autres activités ou causes sociales, sans lien avec leur orientation sexuelle. Il s'agit, par exemple, de participation à une chorale ou à des ateliers ou petits cours, d'implication dans un conseil d'administration de garderie, de militantisme féministe, de participation à un mouvement politique ou de collecte de fonds pour différents organismes communautaires. Ces femmes se souviennent de leurs implications passées mais trouvent dorénavant leur réseau de soutien dans des implications sociales diverses.

« J'ai beaucoup eu d'amies lesbiennes. J'en n'ai presque plus. J'en ai, là. Mais elles ne font pas partie de ma vie comme avant. Parce qu'avant, il y avait des choses que je dénonçais, tout ça. Aujourd'hui, je le fais mais d'une façon différente. Et je ne me sens pas, quand je suis avec des amies qui ne sont pas lesbiennes ou quand je suis avec des gens, plein de gens, je ne me sens pas mise de côté du tout. Pas du tout, parce que je tiens les mêmes discours qu'eux. Parce que... dans le sens que l'exploitation, on la vit tous. Tout le monde la vit. Les coupures, on les vit, tout le monde vit ça. La ségrégation, tout le monde la vit. » (E02)

« Je ne suis pas une militante lesbienne. Je suis beaucoup plus une militante féministe qu'une militante lesbienne (...) J'aime mieux m'impliquer ici à Pauvreté zéro, puis au Centre culturel des femmes que m'impliquer dans la communauté gaie. Mais pour moi, j'aime mieux m'identifier en tant que femme, dans un milieu de femmes, de me battre pour les droits des femmes que de me battre pour le milieu lesbien (...) Personnellement, je pense qu'en se battant pour les femmes, on se bat pour les lesbiennes de toute façon. Je me fais chicaner parce que je pense de même. » (E15)

Ce portrait des rapports des lesbiennes à elles-mêmes et avec les autres défait 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, au point qu'il est plus approprié de parler de plusieurs communautés. 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.

C. Rapport avec le système de santé et état de santé

Dans cette partie, il est question du rapport qu'entretiennent les participantes à l'étude avec le système de santé dominant. L'exposé se centre ensuite sur leurs pratiques et habitudes de vie en lien avec la santé physique et mentale. Ce portrait de santé, sans aucune prétention épidémiologique ni validité statistique, veut simplement poursuivre la démarche descriptive et analytique entreprise dans les deux sections précédentes. Le vécu des femmes par rapport à l'accès aux services sera rapporté dans les parties E et F. Nous nous limitons ici à certains calculs à partir des données des entretiens individuels et les comparons aux résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, lorsque possible.

◆ Évitement des services sociaux et des services de santé

Les études, tant états-uniennes que canadiennes, révèlent que les lesbiennes ont beaucoup de résistance à consulter les services médicaux (Carrol 1999 ; Diamant *et al.* 2000 ; Ryan, Brotman et Rowe 2000 ; Trippet et Bain 1993, entre autres). 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 des 26, soit 38 %). La majorité de ces femmes, de différents âges, ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier.

Ce sous-groupe de dix personnes affirme tout simplement éviter les services sociaux et les services de santé. Ces femmes iront voir un ou une médecin en cas d'urgence seulement. Elles ne consultent pas régulièrement. Pour se protéger, les lesbiennes évitent de « le dire » et certaines parmi elles ne voient aucun problème à « ne pas le dire ».

« Ça ne cause habituellement pas de problèmes [de ne pas le dire] je pense, parce que règle générale, il peut y en avoir, des personnes à qui on ne pourra jamais le dire, ça c'est comme... c'est sûr. En règle générale, les gens sont assez ouverts, tolérants. En règle générale, comment on pourrait vouloir du tort à une personne qui... qui est toute correcte puis qui est bien, puis qui vit ça paisiblement sans... sans faire d'histoires avec les autres ? » (E11)

« Les médecins : je n'y vais pas. Pour une grippe, je bois du jus d'orange, vitamine C... mais les médecins ? Non ! » (E12)

« Je n'ai jamais senti le besoin de le dire (...) Le dire, ça ne change rien, à mon avis (...) Je ne vois pas l'impact que ça a [qu'ils sachent] au niveau de mes rapports sexuels (...) [Au sujet de la contraception] je dis tout le temps que je sais. C'est rare que [j'aie] besoin de réagir. »

Q. « Ils parlent de contraception, tu réponds : "Je le sais" ? »

R. « Oui. Puis, je n'ai pas assez de constance non plus entre mes médecins. Je ne vois jamais le même. » (E15)

« D'abord, je n'ai pas cherché très activement [un médecin de famille] parce que comme je te dis, je ne vais pas très souvent chez le médecin (...) Je n'ai [pas] tendance à aller chez le médecin. » (E17)

« 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. » (Mtl)

Parmi les dix lesbiennes qui évitent les services sociaux et les services de santé, cinq s'en abstiennent le plus possible et cinq déclarent ne consulter strictement « personne ». Les cinq qui ne consultent jamais se distinguent par leur statut socio-ethnique. Une majorité d'entre elles font partie du sous-groupe des minorités « visibles ». Ces dernières affirment « ne pas avoir de médecin » (trois des cinq répondantes des minorités « visibles » rencontrées en entrevue individuelle). Le fait d'être membre d'un groupe racisé, victime de racisme systémique, n'est pas étranger à cette tendance chez les lesbiennes des minorités « visibles ». L'orientation sexuelle devient un motif de discrimination supplémentaire à l'origine ethnique différente qui, elle, ne peut être camouflée. Une femme qui, déjà, évitait les médecins, a affirmé les fuir davantage après avoir vécu une mauvaise expérience. Une autre se sent révoltée de ne pas trouver dans le système médical une écoute « informée » quant à sa réalité :

« Je me révolte constamment. Je me révolte quand je lis des trucs sexistes, je me révolte quand je lis des trucs homophobes, racistes (...) On parlait des soins et tout ça... En fait (...) il y a isolement, il y a une tendance ou il y a des risques que les [femmes] s'isolent parce qu'elles ne trouvent pas nécessairement, dans le système social ou médical, une écoute pro, informée ou désireuse de penser à autre chose que ce qu'ils ont toujours pensé. On ne retrouve pas ça, donc on va s'isoler. » (E21)

Qu'elles parlent de leur propre vécu, de celui de leur conjointe ou d'une amie, les lesbiennes de toutes origines expriment la méfiance face à un système qui les exclut, que ce soit pour les cours prénatals conçus pour les couples hétérosexuels ou des consultations médicales de routine.

« Elles ont peur (...) Ma blonde est un exemple (...) c'est la première fois depuis cinq ans qu'elle est allée voir son médecin. » (E16)

« Au niveau de la santé, je ne vais pas voir les médecins (...) Quand il m'a donné [cette référence], je n'y [suis] pas [allée]. J'ai juste dit, "on va laisser faire". » (E26)

« La plupart des lesbiennes que je connais essaient de ne pas aller à ces cours [prénatals]-là parce qu'elles savent qu'on va être un peu... pas confortables parce que la moyenne, c'est des couples hétéros très *straights*, *straights*. On n'entre pas dans ce moule. » (E08)

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.

- Critiques de l'approche dominante

Une étude sur la communication entre les lesbiennes et les professionnels et professionnelles de la santé démontre que presque toutes les femmes avaient déjà révélé leur orientation sexuelle et qu'une majorité s'étaient senties plus ou moins comprises (White et Dull 1998). Toutefois, le tiers de ces femmes, qui avaient consulté en médecine complémentaire ou alternative (acupuncture, naturopathie, homéopathie, etc.), ont trouvé la communication *meilleure* et ont considéré que ces praticiens et praticiennes détenaient de meilleures *connaissances* sur la santé des lesbiennes. D'autres études révèlent l'intérêt, sinon la préférence des lesbiennes pour les médecines complémentaires. Selon Trippet et Bain (1993), les lesbiennes et un nombre croissant d'hétérosexuelles développent un rapport différent avec leur environnement, ce pourquoi elles favorisent de plus en plus les approches alternatives moins toxiques et critiquent l'approche conventionnelle qui domine.

Parmi les lesbiennes rencontrées, plusieurs sont critiques des différentes théories qui circulent encore sur l'homosexualité de même que des médecins et psychologues qui les véhiculent.

« Puis, du côté médecin, psychologue, tout ça, pour la plupart des théories dont j'ai entendu parler ou que j'ai lues sur la personne gaie ou lesbienne, je trouve que personnellement, ça ne me satisfait pas, donc je ne me sens pas attirée à aller voir un psychologue, même si j'avais besoin de consulter, d'en parler à quelqu'un. Je trouve que personnellement, ça ne me disait rien. En tout cas, ça ne me satisfaisait pas. Donc je l'ai fait par moi-même. » (BSL)

Les lesbiennes ne sont pas satisfaites des médecins qui prescrivent aveuglément des médicaments et qui ne considèrent pas la personne dans son ensemble et sa complexité. Ces médecins ne prendraient pas toujours le temps nécessaire pour bien évaluer leur cliente, ce qui soulève la question de l'approche des soins. De plus, une consultation dure généralement trop peu de temps et l'écoute n'est pas toujours assurée, selon plusieurs répondantes. Les femmes n'apprécient pas ce rapport de pouvoir :

« C'est comme si je me sens... qu'ils détiennent le pouvoir ! Et puis, tu n'as pas un maudit mot à dire. Comme j'ai dit à mon médecin, je lui ai dit à mon médecin : "Bon, vous m'avez dit que ce que j'avais, c'était quoi ? – Vous n'avez pas besoin de savoir ça !" Il ne voulait pas me dire le nom ! Il ne veut pas me donner l'information, je n'ai pas besoin de savoir ça. Tu es entre nos mains puis tais-toi ! Tu n'as pas besoin de (...) savoir... Moi là, ça me choque ! Je ne peux pas supporter ! Ça me fait peur, du monde qui me prennent en charge quand je ne veux pas être prise en charge, c'est dans ce sens-là que j'ai peur ! (...) Ça me fait peur, ça, de la médecine comme ça ! » (CdQ)

« C'est trop vite. Après que tu aies attendu quelques heures, tu ne parles que dix minutes avec un médecin qui ne t'écoute pas (...) Il dit juste "prends ça, prends ça". » (E24)

De plus, tout le système médical est conçu pour faire la promotion de l'approche biomédicale conventionnelle, d'en asseoir la légitimité, faisant fi d'autres approches moins toxiques et parfois même plus efficaces, selon les situations. Les médecins ne connaissent que ce qu'ils ont appris sur les bancs d'université, allèguent certaines femmes, ce qui ne laisse pas le choix de l'approche.

« Mes parents sont des médecins (...) Je ne [pense] absolument pas que les médecins savent tout. Je sais que les médecins savent ce qu'ils ont étudié et la plupart du temps, ils ne font pas de recherches [supplémentaires], d'autres recherches. Moi, j'aime les traitements plus naturels. Je ne veux pas prendre d'antibiotiques à chaque fois que j'ai une petite maladie. J'aime manger les choses qui sont bonnes pour moi ; la nutrition, c'est très important pour moi. Mais les médecins ne sont pas au courant de ces choses-là. » (E24)

« Comme je te dis, je ne suis pas très "pilules", donc ça me prend un médecin qui soit très ouvert aux médecines alternatives. Puis, bref qui a cette philosophie-là, que tout ne se règle pas par une pilule dans la vie [rires]. Ne serait-ce que ça, ce n'est pas évident, même en dehors de toute question d'orientation sexuelle ou quoi que ce soit. Ce n'est pas si évident que ça. Ils ont été formés à la médecine traditionnelle. Ne serait-ce que ça, ce n'est pas évident. » (E17)

Même en santé mentale, des thérapeutes ne prêteraient pas beaucoup attention aux besoins de la cliente et ne prendraient pas toujours la peine de l'écouter :

« J'étais *out* depuis un an et demi quand j'ai commencé à être dépressive. Ça a commencé par un *burnout* [en lien avec mon travail] et ça s'est transformé. Puis, quand j'ai vu la première psychiatre, c'était pour mes médicaments. Je n'arrivais pas à stabiliser mes médicaments. Il n'y a rien qui me faisait, ça faisait trois fois que je changeais d'antidépresseurs (...) Je faisais une thérapie (avec une psychologue) depuis six mois avant que je voie cette première fois la psychiatre qui voulait me donner une autre thérapie. Elle voulait que je fasse deux thérapies. Moi, je disais que non. Je venais [seulement] pour mes médicaments parce que j'avais déjà un suivi (...) Ça faisait que la façon dont je travaillais avec ma psychologue, ça venait comme contredire un peu ce que la psychiatre voulait que je travaille. Donc, j'étais en conflit. Total : j'arrivais de mes séances avec la psychiatre et je m'en allais chez ma thérapie à l'envers et je perdais mon argent à parler de la thérapie avec la psychiatre. C'était rendu que je faisais de l'anxiété deux jours avant d'aller voir la psychiatre, j'en faisais deux jours après pour m'en remettre. C'était vraiment rendu trop débile. » (E01)

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 sur 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, comme nous le verrons. 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.

◆ État de santé physique

Nous avons demandé aux lesbiennes si elles avaient déjà consulté un ou une gynécologue ou médecin pour des problèmes gynécologiques, si elles avaient recours aux tests préventifs, si elles avaient déjà contracté une maladie transmise sexuellement (par une autre femme) et enfin, nous avons sommairement interrogé les plus âgées au sujet de leur vécu durant la ménopause.

- Gynécologie

Seul le tiers des lesbiennes rencontrées en entretien individuel déclare avoir déjà consulté pour un problème d'ordre gynécologique (kyste à un ovaire, hystérectomie, problèmes de règles abondantes, fibromes, etc.). Près de la moitié n'auraient jamais consulté pour des problèmes de santé de cette nature. Quelques-unes affirment avoir eu des vaginites mais toutes n'auraient pas consulté pour ce problème, préférant utiliser des « remèdes de grand-mère » ou des médicaments en vente libre.

- Prévention : test pap et mammographie

Selon les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, les lesbiennes et les bisexuelles sont moins nombreuses que les hétérosexuelles à avoir passé un test pap depuis les douze derniers mois (Clermont et Lacouture 2000 : 226) et les lesbiennes seraient encore moins portées que les bisexuelles à avoir passé ce test depuis la même période (Julien, Chartrand et Bégin 2002). Cette tendance se constate aussi aux États-Unis et au Canada (Aaron *et al.* 2001 ; Cochran *et al.* 2001 ; Kunkel et Skokan 1998 ; Moran 1996 ; Price *et al.* 1996 ; Rankow et Tessaro 1998 ; Skinner *et al.* 1996).

Nos informations concordent avec les résultats de l'*Enquête sociale et de santé*. Seulement 38 % des lesbiennes interrogées (dix des 26) ont passé un test pap depuis les deux dernières années comparativement à 68,4 % des hétérosexuelles et 51,7 % des bisexuelles et lesbiennes selon les données de l'*Enquête* (Clermont et Lacouture 2000 : 226). Plus du tiers des répondantes de notre étude n'ont jamais passé de test pap (neuf des 26).

Comment expliquer de telles disparités entre les femmes selon l'orientation sexuelle ? Les auteurs de l'*Enquête* émettent trois hypothèses : d'abord le caractère « très intrusif » de ce test (introduction d'un spéculum et d'un bâtonnet dans le vagin pour obtenir des cellules du col de l'utérus) pourrait être en cause, le fait qu'il amène la femme à parler de sa vie sexuelle avec le ou la médecin, ce qu'elle peut craindre, et enfin certaines, peut-être, croient que le test pap ne les concerne pas. Nous reviendrons plus loin sur cette question.

En ce qui concerne la mammographie de dépistage du cancer du sein (question posée dans l'*Enquête sociale et de santé* mais non détaillée selon l'orientation sexuelle), l'ensemble des répondantes à qui le programme de dépistage s'adresse (femmes de plus de 50 ans) l'ont déjà passée, ce qui dénote une préoccupation en cette matière.

- Maladies transmissibles sexuellement (MTS)

Les maladies transmissibles sexuellement sont plus difficiles à diagnostiquer chez la femme que chez l'homme. Elles peuvent passer inaperçues, sont cliniquement moins évidentes et sont donc sous-estimées (Sereni et Sereni 2002 : 111-112). Cette question sera abordée au chapitre des rapports des lesbiennes avec les professionnels et professionnelles de la santé.

Une très grande majorité des répondantes n'auraient jamais contracté de maladies transmissibles sexuellement (21 des 26). Une majorité des femmes, surtout les plus jeunes, sont toutefois conscientes que si le risque de transmission est plus faible entre deux femmes, il

existe tout de même. L'une souhaiterait que davantage d'informations soient émises au sujet de la sexualité lesbienne car beaucoup de fausses perceptions circuleraient encore. Nous reviendrons sur cet aspect dans la partie sur les barrières à l'accès aux services sociaux et aux services de santé.

- Ménopause

Un tiers des femmes rencontrées individuellement à Montréal sont ménopausées (douze mois sans règles ou hystérectomie). Quelques autres, en période de pré-ménopause, se questionnent sur les façons de réduire d'éventuels malaises associés à la ménopause. Parmi les huit femmes ménopausées, quatre ne prennent pas d'hormones, une en a pris pendant quelques années après une hystérectomie et les trois autres ont recours à l'hormonothérapie de remplacement. Il est notable que de ces dernières, qui prenaient des hormones au moment de l'entretien, deux ne savaient pas exactement *pourquoi* elles avaient recours à cette médication.

- ◆ **État de santé mentale**

Dans la précédente partie, nous avons soulevé le fait que les lesbiennes disposent d'un réseau de soutien social moindre que celui des hétérosexuelles, que les difficultés propres au processus du *coming out*, leur vécu familial, leurs relations sociales en général, en font des personnes souvent moins outillées pour faire face au stress. Comme l'indique à juste titre l'Enquête Santé Québec, les lesbiennes seraient pour ces raisons plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale (Julien, Chartrand et Bégin 2002 : 52). Cette section examine différents aspects révélateurs de l'état de santé mentale des répondantes, toujours en comparant nos résultats à ceux de l'*Enquête sociale et de santé 1998*.

- Estime de soi

L'estime de soi réfère à la perception de soi-même, à son auto-évaluation. Fondement d'une bonne santé mentale, elle se développe tout au long de la vie et peut varier en fonction des différents événements qui l'affectent. Une estime de soi positive est un facteur de protection face aux aléas de la vie et au stress. Les conditions de vie et la condition sociale ont un impact sur l'estime de soi, de même que la discrimination, le sexisme, le racisme et la lesbophobie. Une piètre estime de soi peut être associée à la dépression, aux idées suicidaires, à la consommation abusive d'alcool ou de stupéfiants.

« Le dire », dans la mesure où cette démarche se déroule de façon relativement harmonieuse et ne provoque pas de fortes réactions lesbophobes, peut avoir un impact positif sur l'estime de soi. Une jeune raconte comment le dire à sa mère l'a rendue heureuse, même si la situation n'est pas encore tout à fait régularisée :

« Bien, de façon générale présentement je pense que je suis vraiment dans une bonne période de ma vie, je me sens bien, je suis heureuse (...) Au niveau mental (...) je me suis sortie vraiment de plein d'affaires. Depuis deux mois, depuis que j'ai parlé à ma mère, on dirait qu'il y a plein de choses que je trouvais vraiment grandes qui ont fait "voyons ! ce n'est pas la fin du monde !", puis disons que je n'ai plus peur d'avancer, on dirait qu'il y a un obstacle de tombé. »

Q. « Puis... avec ta mère, ça se passe comment ? »

R. « Bien elle n'en parle pas vraiment là [rire] mais... »

Q. « Oui. »

R. « Mais disons, juste le fait qu'elle soit au courant, déjà, je trouve que c'est mieux. Je lui parle au téléphone, puis quand je vais la voir, ce n'est pas grave, s'il y a une phrase qui sort qu'il ne faut pas qu'elle entende ! Ça ne me dérange plus qu'elle entende. C'est même normal. » (E25)

À l'inverse, le fait de devoir camoufler son orientation sexuelle ou de ressentir une forte lesbophobie intériorisée nuit à l'estime de soi. Ces phénomènes peuvent avoir des répercussions sur la vie de couple, comme nous l'avons évoqué plus haut et sur la capacité de nouer des relations amicales. De multiples facteurs influencent l'estime de soi, parmi lesquels les conditions matérielles de vie. Tous ces éléments se conjuguent pour contribuer à la valorisation de son image personnelle et à l'affirmation de soi.

« C'est difficile, se faire des amies, des vraies amies, c'est très difficile. Les femmes sont assez sélectives, puis elles sont craintives. Je pense qu'il y a des difficultés beaucoup, beaucoup dans le milieu, pour les femmes gaies. Je m'en suis aperçue parce que je suis allée à des réunions de groupes de femmes (...) Puis, là, je voyais qu'il y avait beaucoup de difficultés au niveau des problèmes de santé mentale, puis économiques aussi. » (E18)

« Beaucoup de femmes sont fermées, complètement fermées, qui ne s'assument pas (...) Elles vivent une double vie. Il ne faut pas que tu en parles (...) Je me sens isolée. Je peux dire, maintenant, je me sens isolée (...) On dirait qu'il ne faut pas être soi-même (...) Aussitôt qu'on est authentique, les gens : "mais qu'est-ce qui te prend ?" (...) Y a-t-il une autre planète, Mars, Vénus, où je pourrais aller ? (...) Je continue mon chemin pareil. Je suis tenace (...) J'aimerais ça, des fois, me lever le matin, avoir 20 ans, pour revivre des choses. Mais, on ne peut pas le faire. Les femmes, ça les choque quand on parle des vraies affaires. J'ai éloigné des gens par rapport à ça. » (E20)

Dans les quatre sous-sections suivantes, nous explorons différents effets d'une piètre estime de soi dans la vie de certaines lesbiennes.

- Troubles alimentaires

Une répondante a raconté son problème de boulimie, les diètes à répétition et sans succès, puis la démarche plus positive entreprise avec un psychothérapeute. Un lien peut s'établir entre ce désordre alimentaire, entretenu par sa relation conflictuelle avec sa mère, et sa difficile acceptation personnelle :

« La nourriture, pour moi, c'était comme un exutoire face aux émotions négatives, ou si je me sentais rejetée ou si je manquais d'estime de moi-même, ou si je me sentais obligée de faire des performances puis que je sentais que je n'en avais pas la capacité (...) Je mangeais d'une façon compulsive, je n'étais pas capable de régler cela de façon normale... ce n'était pas juste une perte de poids, que j'avais à vivre (...) c'est régler des problèmes émotifs. Quand tu te traites comme cela, c'est comme si tu n'avais pas d'estime de toi. » (Une répondante)

- Toxicomanies : alcool, drogues, tabac

D'après les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, Julien, Chartrand et Bégin (2002 : 26) ont révélé que les personnes homosexuelles et bisexuelles étaient proportionnellement plus nombreuses que les personnes hétérosexuelles à consommer de l'alcool avec excès (42 % contre 34 %) ainsi qu'à avoir consommé des drogues illégales au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, même si l'alcoolisme touche globalement deux fois moins de femmes que d'hommes, les femmes souffrent davantage et plus rapidement des effets nocifs de l'alcool que les hommes (Sereni et Sereni 2002 : 89).

En ce qui concerne la consommation d'alcool des femmes que nous avons rencontrées, une majorité buvaient de façon « sociale », un peu ou pas du tout. Un peu plus du quart ont reconnu avoir déjà vécu une période de dépendance dans leur vie et deux autres ont estimé boire un peu plus qu'il ne faudrait... Les femmes de ces différentes catégories se répartissent dans tous les groupes d'âges et origines. Une femme a révélé avoir énormément consommé de l'alcool pendant plusieurs années avant de se reconnaître lesbienne et que son *coming out* « sur le tard » l'avait menée à la sobriété. Le fait que les bars soient les principaux lieux de socialisation entre lesbiennes a certainement une incidence sur leur consommation d'alcool. Pour briser l'isolement, certaines alcooliques et toxicomanes participent à des rencontres des Alcooliques anonymes (AA) ou des Narcotiques anonymes (NA). Dans ces groupes de soutien, dont certains sont dits

« mixtes » parce qu'ils sont à la fois hétéros et lesbiens, la décision de le dire ou pas devient parfois un poids lourd à supporter : « elles m'aiment bien mais si elles le savent, est-ce qu'elles vont m'accepter ? (...) J'ai peur d'être rejetée, complètement ».

Pour ce qui est de la consommation de drogues, plus du tiers des répondantes ont affirmé en avoir déjà abusé, pour plusieurs durant l'adolescence (marijuana, haschich, cocaïne, héroïne). Seulement deux d'entre elles en consommeraient encore (marijuana).

Enfin, concernant l'usage du tabac, nous ne comparerons pas nos données à celles de l'Enquête puisque ces dernières ne précisent pas la différence entre les hommes et les femmes. Parmi les répondantes interrogées à Montréal, une majorité ne fument pas ou ne fument plus le tabac (seize des 26).

- Dépression

Une importante mise en garde doit être émise quant à la dépression : bien qu'il soit clairement défini par le DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, version IV), il s'agit d'un diagnostic difficile à poser. Est-il pertinent de se fier à une simple auto-évaluation, ce qui est le cas ici, puisque aucun questionnaire approfondi sur les symptômes particuliers n'a été soumis aux répondantes ? Selon quels critères se dit-on déprimée, dépressive ? Les hommes tendraient moins que les femmes (en raison de normes sociales, entre autres) à s'affirmer déprimés (Sereni et Sereni 2002 : 50). Un diagnostic professionnel est-il plus fiable ? Une personne peut ne pas avoir consulté de médecin durant une période de tristesse qui la rend malade et non fonctionnelle, alors que la situation n'aura pas échappé au regard de la famille ou des proches (*Id.* : 52). De plus, certaines études ont démontré le peu d'objectivité en la matière chez les médecins mêmes : devant des symptômes identiques, on prescrirait davantage de tranquillisants aux femmes qu'aux hommes (Padgett 1997) et davantage de sédatifs et d'antidépresseurs (Frank *et al.* 1998).

Concernant notre recherche, certains facteurs associés à la dépression, tel l'abus de drogue ou d'alcool en fournissent un indice important (voir sous-section précédente). De plus, les histoires de vie, la profondeur des entretiens autorisent une bonne fiabilité des données en ce qui concerne le nombre de lesbiennes interrogées qui ont souffert de dépression.

Une majorité des répondantes affirment avoir déjà souffert de dépression ou avoir été déprimées pendant certaines périodes (seize des 26). Pour les trois quarts de celles-ci, il est possible d'établir un lien entre ce problème de santé et l'orientation sexuelle, soit parce qu'il est lié à la lesbophobie vécue ou anticipée durant le processus de *coming out*, à des difficultés

relationnelles avec la famille d'origine, au deuil de la conjointe ou à une rupture amoureuse (et à l'isolement subséquent), ou à l'isolement social. Les autres causes de dépression sont la discrimination raciale, des abus sexuels vécus à l'école et le divorce d'un conjoint violent. Plus du tiers de ces femmes affirment avoir consommé des antidépresseurs. Nous esquisserons le portrait de trois femmes qui ont vécu des périodes de dépression aiguë.

Une *première* lesbienne raconte comment il fut pénible de traverser une longue période d'isolement où elle n'avait pas encore de liens, pas d'amies dans la communauté lesbienne et qu'elle subissait les remarques lesbophobes de sa famille :

« J'avais 30 ans. Je trouvais ça très difficile, parce que je n'avais pas de... J'essayais de me raccrocher à quelque chose. Ça a été un vrai cauchemar parce que j'étais vraiment isolée. J'avais juste ma famille, puis ma famille me rejette. Donc, j'étais obligée de fréquenter du monde qui me rejetait (...) [Je n'avais] pas vraiment un réseau d'amis, c'était plus des connaissances. Ça a été très dur comme moment à passer. Puis, là, j'ai essayé de me tourner du côté des lesbiennes, mais je n'ai pas eu d'aide de ce côté-là non plus. »

Plusieurs éléments se sont conjugués pour aggraver sa dépression : les difficultés au travail, les périodes de chômage, le manque d'argent, la solitude. En participant à des groupes de discussion avec d'autres femmes, elle s'est aperçue qu'elle n'était pas seule à vivre cet isolement social.

« Il y avait des groupes de discussion le mardi soir, au centre des femmes [de ce quartier-là] où j'allais. Ça m'a aidée, parce que je me suis aperçue qu'il y avait d'autres femmes qui vivaient des difficultés pires que les miennes. La difficulté que j'avais de m'affirmer en tant que lesbienne et puis d'aller vers les autres. Je me suis aperçue que je n'étais pas toute seule. Même qu'il y en avait qui avaient des gros problèmes, là-dedans (...) »

« J'avais de la difficulté à m'intégrer au travail, j'avais de la difficulté à trouver des amies, etc. Tout s'ensuit, quand ça ne va pas bien d'un côté, ça ne va pas bien de l'autre. »

Au bout de quelque temps, en raison du manque d'argent, elle est retournée vivre avec ses parents lesbophobes puis finalement, une amie bisexuelle l'a convaincue de revenir à Montréal pour faire des thérapies de groupe au CLSC. Durant ce long cheminement, elle est parvenue à mieux accepter son orientation sexuelle différente de la majorité et à se rendre compte de ce qui l'unit aux autres femmes.

Q. « Quand est-ce que vous vous êtes sentie mieux dans votre peau ? »

R. « C'est plus vers l'âge de 40 ans. Je commençais à me sentir mieux depuis que j'ai atteint l'âge de 40 ans, où j'ai comme, avec le temps... Je ne sais pas si c'est la maturité qui fait ça ou

l'expérience. Je me suis aperçue que je n'étais pas si différente. Si je regarde les hétérosexuelles, moi, en tout cas, je trouve qu'on n'est pas si différentes que ça. À part le fait qu'elles ont des enfants, un mari, puis tout ça. Mais je regarde ça, je me dis : "je ne suis pas si différente que ça d'eux autres ! On n'est pas des extra-terrestres, on vient du même milieu, des fois" (...) On vit les mêmes problèmes, les mêmes difficultés. Finalement, on n'est pas si différentes que ça. »

Une *seconde* lesbienne, dépressive en raison d'une maladie chronique, explique que l'hétérosexisme et la lesbophobie de la société aggravent son état de santé :

« Bien, c'est sûr qu'on ne se sent pas à l'aise. On se sent déjà, comment je pourrais dire ? Bon, c'est sûr que j'ai une dépression, je pourrais te dire que la vie en général est très difficile [en raison de ma maladie chronique]. Alors je trouve que quand il y a [le fait d'être lesbienne] en plus, c'est sûr que... et la société est totalement formée pour l'hétérosexualité : au niveau des contrats de mariage, l'impôt, les déductions d'impôt, la consommation, les achats, tout est axé au niveau d'un couple hétérosexuel, d'une famille. La famille, c'est la famille nucléaire (...) Même si tu as été dix ans avec quelqu'un et qu'elle est hospitalisée, ce n'est pas toi qui prends les décisions, c'est la famille. Alors, disons que c'est assez difficile. C'est comme si on était habituées (...) Moi, je n'ai pas été mariée hétérosexuellement... J'ai fait mon *coming out* assez jeune, à 24 ans (...) C'est sûr que les regards de la société, bien... on essaie de les éviter et on contourne, et on fait avec... »

Une *troisième* lesbienne qui a réussi à vaincre son alcoolisme, y a trouvé une grande valorisation. Toutefois, être seule, ne pas vivre en couple, être isolée, peuvent entretenir son état de dépression. Ce témoignage touchant révèle toute l'angoisse, toute la tristesse, liées au fait de vivre seule :

« [Avant], je courais après l'amour. Puis plus maintenant : moi, quand c'est toujours moi qui appelle, puis qui appelle, qui appelle, que ça soit en amour, en amitié, avec la famille, c'est la même affaire. Justement, c'est mardi passé... il m'a "pogné", ah mon Dieu ! Un ennui, une... bien c'est plus qu'un ennui : une angoisse. Des fois, je me dis, mais je vais m'en payer une ! [rire]. Je vais m'en payer une, j'avais besoin d'être touchée, mon Dieu ! J'ai dit "il y a-tu une femme qui pourrait m'apparaître, là, qui arriverait, qui sonnerait à ma porte ?". J'ai besoin d'être touchée, d'être caressée, de faire l'amour, mon Dieu ! J'ai eu un manque comme ça fait longtemps. Je m'occupe beaucoup, mais là, ça faisait longtemps que ça m'était arrivé, mon Dieu ! L'angoisse... puis là... ouf ! Ça a monté, puis les larmes... j'ai dit "mon Dieu je suis-tu... je suis-tu condamnée à... à être seule ?" (...) C'est sûr que je pourrais avoir quelqu'un, mais je ne veux pas à tout prix, comme avant, faire des concessions, puis me donner, puis à un moment donné, c'est moi qui suis perdante là-dedans. »

- *Idées suicidaires et tentatives de suicide*

La problématique du suicide a été abordée dans les entretiens individuels seulement (26 répondantes de Montréal). Le tiers a déjà eu des idées suicidaires sans faire toutefois de tentatives (huit des 26) et deux autres sont passées à l'acte. Dépression, isolement, abus d'alcool, problèmes de santé graves, difficultés familiales, deuils participent aux causes diverses et souvent cumulatives des idées suicidaires et des tentatives de suicide (parasuicides).

Le lesbianisme et la difficulté à valoriser cette orientation sexuelle, dans plusieurs cas, font partie des composantes expliquant l'état dépressif extrême menant aux idées suicidaires et au parasuicide. Ils ne représentent toutefois qu'un facteur parmi d'autres. Une jeune évoque le tourbillon de sa vie, la négligence parentale, le décès des deux seuls membres de la famille qui lui offraient affection et soutien, la déception amoureuse qui lui a fait découvrir son lesbianisme à 15 ans, un ensemble d'éléments qui l'ont conduite à se tailler les veines :

« Quand j'ai su que j'allais déménager, j'ai appelé. J'ai appelé en arrivant chez nous, puis j'ai crié un gros "je t'aime" au téléphone (...) J'étais sur le coin de mon lit, j'avais le téléphone dans mes mains, je *shakais* (...) J'entendais sa voix (...) je trouvais sa voix tellement sensuelle, oh mon dieu ! Là, je *shakais* encore plus (...) Elle a dit : "c'est quoi, ça ?". Elle est restée bouchée (...) Elle, elle *tripait* sur un gars. Elle était vraiment hétérosexuelle, totalement hétéro (...) J'ai fini par déménager [en banlieue] (...) Je pensais encore à elle (...) Ensuite, j'ai changé d'école (...) Je ne me concentrais pas dans mon cours (...) J'arrivais à l'école, j'arrivais dans mon cours puis, je me mettais à pleurer pour rien, vraiment. C'est à partir de ce moment-là, je commençais à être vraiment déprimée. Je voyais tout en même temps. Je voyais ma jeunesse : le fait que je m'étais occupée de ma mère [monoparentale et alcoolique ainsi que de mon petit frère], qu'on était (...) pauvres (...) Puis, le fait que mes deux grands-parents venaient de décéder, je n'avais plus personne pour m'aider. En plus, là, j'étais rendue lesbienne. »

Cette jeune fille fut placée en famille d'accueil et fut suivie en psychothérapie. Elle affirme qu'elle ne se sentit jamais jugée et s'est reconstruite pendant près de trois ans dans sa famille d'accueil. Aujourd'hui, elle garde des liens étroits avec cette famille. Au moment de l'entretien, elle déménageait avec sa copine. Une nouvelle vie commençait pour elle :

« J'ai beaucoup travaillé, franchement. Je me suis comme reconstruite totalement. J'ai comme... Comment je pourrais expliquer ? Dans le fond, sortir d'une dépression, c'est comme renaître totalement. C'est comme... Tu sais, aujourd'hui, pour moi, mon passé c'est comme une vie, puis mon présent, c'est une autre vie. Je ne me rappelle pas totalement ce que j'étais au passé, ma personnalité, je ne sais pas. Mais aujourd'hui, je ne sais pas, je suis heureuse. Je reparle de ça, puis c'est des choses... [j'aurais] tendance encore à retomber. Mais je sais qu'avec tout le travail que j'ai fait, je ne pourrais

pas totalement retomber. Parce qu'avant que je retombe, j'ai des ressources, puis j'ai beaucoup d'aide. » (E19)

Devant la réticence des lesbiennes à consulter médecins et gynécologues et devant certaines habitudes de vie nuisibles pour la santé, il est facile de *responsabiliser* ces femmes et de prétendre qu'elles « ne s'occupent pas de leur santé ». En fait, la situation apparaît contrastée. D'une part, leurs opinions exprimées sur l'approche conventionnelle et leur quête d'informations sur la santé militent plutôt en faveur d'un grand intérêt pour les questions de santé. D'autre part, de l'avis même de certaines répondantes, les lesbiennes négligeraient leur santé et il faudrait les conscientiser.

« Les filles qui sont dans le ghetto, bien c'est fermé, je trouve que c'est fermé, puis il faudrait (...) peut-être les conscientiser, pour les amener justement à prendre conscience de leur santé, de gérer leur santé et tout ça. Ça, ce serait peut-être important pour les amener à la santé, à leur santé. Parce que moi, je parle avec beaucoup, puis je regarde et je vois que la santé, c'est très négligé. » (E10)

« J'ai l'impression qu'il y en a beaucoup de lesbiennes qui ne se préoccupent pas de leur [santé]. »
(E16)

Derrière les données épidémiologiques et les statistiques, quelles sont les réalités vécues par ces femmes ? Les prochaines parties vont éclairer davantage les raisons et conditions sociales qui se cachent derrière les données statistiques.

D. Besoins des lesbiennes relatifs à l'accès aux services

Les besoins des lesbiennes relatifs à l'accès aux services sociaux et aux services de santé se sont révélés par le récit de leurs relations avec les services et par les changements souhaités pour les améliorer. Le besoin fondamental d'être respectées et entendues se manifeste dans l'ensemble de leur discours. Le souhait d'une relation simple et franche avec les praticiens et praticiennes de la santé s'impose également. Ces besoins ont notamment transparaître à travers les *expériences positives* de certaines femmes. Elles sont rapportées dans la présente partie. 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 intègre la médecine conventionnelle aux approches alternatives ou complémentaires, telles l'acupuncture, l'homéopathie ou l'ostéopathie. Le recours à de telles approches, qui représente l'une des stratégies de

contournement des lesbiennes face à la lesbophobie dans les services de santé, n'est accessible qu'à une minorité d'entre elles, pour des raisons économiques. C'est pourquoi cette question, bien qu'elle ne concerne pas uniquement les lesbiennes, sera traitée dans la section sur la pauvreté.

◆ « Le dire »...

Comme nous l'avons déjà mentionné dans la section consacrée au *coming out* (expression anglaise signifiant le fait de révéler son homosexualité), les répondantes utilisent davantage la formule « le dire » pour parler de leur expérience. Ce thème est central puisque qu'il concerne le besoin essentiel d'exister. C'est la remise en cause de l'invisibilité du lesbianisme.

Le *coming out* apparaît déterminant du nombre de consultations médicales des lesbiennes et de leur niveau de satisfaction et de confiance à l'égard des services dispensés. « Le dire » ou « ne pas le dire » ? Seule une minorité (qui, pour notre échantillon, ne dépasse pas le tiers³²) « le disent ». Elles s'avouent « chanceuses » de pouvoir le dire. Une majorité souhaiteraient le dire mais certaines – qui, d'ailleurs, consultent peu ou pas les services de santé – ne voient pas « pourquoi on le dirait », elles ne croient pas que cela soit pertinent : « Je n'ai jamais trop compris le besoin des lesbiennes de pouvoir dire leurs affaires aux médecins. Ça, je ne comprends pas ça (...) Le médecin, je n'ai jamais eu besoin de lui dire » (E09). Les raisons et conséquences de cette attitude seront discutées plus loin.

Les répondantes ont énuméré les différentes réactions plus ou moins négatives d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé suivant un *coming out* : surprise, malaise, attitude devenant subitement plus fuyante ou parfois hostile, ou aucune réaction, suivie de déni. Nous les examinerons une à une dans une prochaine section. Nous nous pencherons maintenant sur les cas où la réaction s'avère *positive* : elle « visible » les lesbiennes, elle les libère, ce qui ouvre la voie à des soins de meilleure qualité. Nous examinerons en terminant à quelles conditions elles décident de le dire à leur médecin ou thérapeute.

• ... pour exister

Quelques femmes interrogées sont satisfaites de la relation qu'elles entretiennent avec leur médecin de famille ou leur gynécologue. Dans ces cas, elles soulignent les avantages de le dire,

32. Nous soumettons cet ordre de grandeur à titre indicatif car nous ne pouvons assurer la parfaite précision d'une telle mesure. Notons toutefois que dans une étude, Cochran et Mays (1988) parviennent à la même proportion, soit 33 % pour les lesbiennes et 18 % pour les bisexuelles.

la relation étant plus simple, honnête. L'avantage le plus important concerne le droit, tout bonnement, d'exister :

« Mon gynécologue est quelqu'un de (...) très ouvert et à qui j'ai dit tout de suite, pour ne pas qu'il y ait d'ambiguïté, ni de cachotterie (...) "je suis lesbienne depuis bon nombre d'années". Puis, il a dit : "bon, c'est correct, on continue". Puis, je trouve ça très bien de sa part. D'autres médecins (...) ont fait comme si je n'existais pas. » (Mtl)

« La secrétaire : "Nom du conjoint ?" J'ai dit: "C'est une conjointe ! – Ah ! oui ! son nom ?" [Je donne son nom] "Puis, pour vous, autres la Loi, ça se passe comment ?" En tout cas, j'aurais pu passer la journée là, à jaser avec elle, la personne, elle était au courant (...) Tu te dis : "tabarouette, je suis quelqu'un, tout d'un coup !". » (CdQ)

« [Ma conjointe] venait tout le temps dans ma chambre [à l'hôpital] (...) Je n'ai jamais senti que bon, "écoutez, vous nous dérangez ; ce n'est pas vos affaires ici ; qu'est-ce que vous faites ici", ou quoi que ce soit (...) Je n'ai pas senti qu'il y [avait] eu une répression ou quoi que ce soit, même le contraire. Je te dis, ce médecin, je ne l'oublierai jamais : il m'a examinée, il est sorti voir [ma conjointe] pour lui donner un compte-rendu. Même la dame qui devait me faire la radio, [ma conjointe] était toujours là, elle m'a donné la main et tout et elle était là, c'est comme normal. » (E23)

Le sentiment d'être une « personne », d'« exister », procure une grande satisfaction personnelle qui fait grandir l'estime de soi. C'est un important facteur de protection de la santé mentale.

- ... pour se libérer

« Pour moi, quand j'ai choisi de le dire, ça a été une expérience très libératrice, un cadeau que l'on se fait quand on choisit de dire qui l'on est. Parce que ça fait partie de notre identité, c'est fondamental en nous... le lesbianisme. Pour moi, en tout cas, ça a été une vraie délivrance de le dire. Et maintenant (...) quand c'est nécessaire, je n'hésite pas à le faire. » (BSL)

Une femme mariée a consulté plusieurs psychologues avant de faire son *coming out*. Cette démarche lui a permis de mettre le doigt sur ses difficultés émotives et de comprendre l'échec de la relation avec son mari :

« Les psychologues que j'ai vus ont toujours été très ouverts à ça. J'en ai eu hommes, j'en ai eu femmes, et la dernière que j'ai eue c'est une psychologue-sexologue. (...) Ça faisait deux mois et demi que je consultais puis tout ce que je lui disais, c'était très évident, que c'était ça. Et elle me dit :

"bon bien (...) est-ce que tu vas arrêter d'être malheureuse puis de te demander", parce que – je fais une parenthèse : je reliais ça beaucoup à l'abus que j'avais eu à 12 ans – "Est-ce que tu vas arrêter de te demander c'est quoi le blocage et s'il y a blocage (...) ? Ton mari va être malheureux, toi tu vas être malheureuse. Ou, tu vas simplement te dire : j'ai une attirance pour les femmes point à la ligne, ça s'arrête là". Et (...) le lendemain, j'ai parlé à mon mari puis je suis partie, puis c'est tout. » (CdQ)

« Le dire » peut même signifier choisir entre le suicide et la vie :

« Sortir du placard... moi, je crois que c'est ça qui m'a permis de vivre, parce que jusqu'à 1983, j'avais des tendances suicidaires et aussitôt que j'ai commencé à accepter : "oui je suis homosexuelle", je commençais à être capable (...) de le dire aux gens (...) À partir de ce moment-là, c'est comme si j'avais des ailes. » (BSL)

« Le dire » est une expérience qui peut être libératrice. Des lesbiennes y voient aussi une dimension collective ou politique. Ces femmes racontent que pour elles, le dire est dans bien des cas un acte militant ou politique. Johnson, Smith et Guenther (1987a) l'entendent aussi en ce sens. Ces auteurs soulignent que le *coming out* permet de sensibiliser les médecins à l'importance de s'intéresser à la problématique particulière des lesbiennes dans leur pratique médicale.

Toutefois, si le *coming out* peut s'avérer libérateur pour une lesbienne et éventuellement pour la communauté, il va de soi que toute personne n'a pas, dans tous les moments de sa vie, particulièrement quand elle est malade, le goût de *militer*. Il peut en effet être lourd de devoir militer pour exister. Le vécu de ces femmes montre qu'il ne suffit pas de « le dire » pour avoir le droit d'exister et éviter les jugements, comme nous verrons.

- ... pour être mieux soignée et traitée

Les impacts potentiellement positifs du *coming out* dans les relations avec les praticiens et praticiennes de la santé ont été relevés dans la littérature. Johnson, Smith et Guenther, notamment, attestent du rôle positif que joue le *coming out* dans la qualité des soins reçus, car ceux-ci sont liés à la qualité de la relation thérapeutique qui dépend à son tour du *coming out* de la lesbienne (1987a : 232).

« Le dire » signifie ne pas perdre de temps, en gynécologie, avec des questions qui ne concernent que les hétérosexuelles. Certaines croient par ailleurs qu'en santé physique, ce n'est pas toujours essentiel mais qu'en santé mentale, c'est primordial. Le dire, en fait, permet de recevoir les soins appropriés.

« Avez-vous plusieurs partenaires ? (...) Tu leur dis (...) "je vis avec une femme". Ah ! (...) Comme ça, ils sautent des questions : "Avez-vous un stérilet ? Prenez-vous la pilule ?". Ils ne te les posent pas, [celles-là] ! (...) Je trouve que pour moi, c'est important (...) de lui dire que je suis lesbienne, parce que la sexualité est différente. » (CdQ)

« J'ai eu des difficultés avec une conjointe. On n'a pas eu à consulter, ce n'était pas plus grave que ça. J'ai dû être hébergée dans une maison pour les femmes victimes de violence [rires], j'ai été hébergée environ deux mois et demi. Ma conjointe de l'époque [silence] (...) il y avait beaucoup de violences physiques. Je n'ai pas dû être hospitalisée mais j'ai reçu des soins pour ça et bon (...) J'ai été très bien acceptée en tant que femme homosexuelle. En partant, c'est sûr que lorsque les policiers ont appelé, ont fait les démarches dans cette maison, ils ont expliqué la situation en étant francs, en disant que c'était une femme qui avait des problèmes avec sa conjointe. C'était clair qu'en arrivant là (...) c'était la réalité, c'était la vérité, j'étais homosexuelle et puis ça a quand même très très bien été (...) Ça été... comment je pourrais le dire... un tournant... comment je pourrais dire (...) ça m'a beaucoup aidée. » (BSL)

« J'arrivais et je disais mes affaires bien vite et elle aussi, elle disait ses affaires bien vite (...) C'est la *job* de médecin, j'imagine. Ça roule. Mais (...) plus j'étais moi-même et (...) plus je parlais de [ma conjointe] et [du fait] que j'habitais avec [elle], elle a commencé à être humaine. J'étais moins un numéro, j'étais vraiment une patiente et elle voulait savoir comment j'allais. » (E01)

Engagée dans un processus d'adoption internationale (officiellement, en tant que mère célibataire), ce qui nécessite beaucoup de temps, d'énergie et de démarches, une répondante a pu trouver un appui auprès de son médecin :

« Pour l'adoption de la petite, il a fallu que je fasse pas mal de démarches. De l'avoir, lui, c'est quand même bien, il est au courant. Il est au courant de ce que je vis, puis tout ça. Alors, c'était correct (...) Moi, j'aime ça avoir un médecin. C'est sûr qu'il est plus au courant de ta vie, au courant de ce qui se passe (...) avec la petite, avec [ma conjointe] et tout ça. Il sait que j'ai la même partenaire depuis... on est ensemble depuis 25 ans. Ça prouve une stabilité tout de suite. » (E14)

Quelques femmes ont vécu des expériences positives et même déterminantes avec un médecin ou une travailleuse sociale, par exemple, qui les ont aidées à faire leur *coming out* :

« 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. » (BSL)

Chapitre III

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

« Moi, personnellement, j'ai rencontré une travailleuse sociale du CLSC (...) j'étais enfermée, je ne parlais pas beaucoup. Donc j'ai décidé de rencontrer une travailleuse sociale pour des choses, mais surtout ça, et elle m'a beaucoup aidée. Disons qu'aujourd'hui, je ne serais pas au coin de la table à parler si je n'avais fait ça (...) Si je peux aider, juste un petit déclic pour aider quelqu'un, je dirais de foncer et d'aller de l'avant. Ne pas rester enfermée... (...) La travailleuse sociale, elle m'a aidée sur des points, elle me posait des questions puis moi : "bien oui, ce n'est pas fou ce que tu dis". Je travaillais dessus, elle me donnait des devoirs. Je l'ai vue pendant un an puis elle m'a beaucoup aidée. Alors je dirais qu'au lieu de rester assise et tourner en rond, bien, allez de l'avant, ça va beaucoup aider. » (BSL)

« Elle m'a suivie... avec toutes mes idées, parce qu'à un moment donné, je ne savais plus c'était quoi, mon orientation (...) [Cette médecin], elle était vraiment géniale (...) Ce n'était plus médical, c'était plus émotif. Elle voulait me rassurer (...) parce que je m'inquiétais, qu'est-ce que le monde va dire (...) Elle m'a beaucoup aidée (...) Au point qu'aujourd'hui, des fois, je me dis, j'aurais le goût de faire (...) l'heure et demie d'autobus pour aller la voir. Ils sont rares, les médecins qui sont agréables comme ça. » (E01)

« Le dire » peut signifier entrer dans de bons rapports avec le personnel professionnel de la santé, ce qui incite les femmes à recourir aux services de santé. Globalement, le fait de le dire procure non seulement une satisfaction personnelle mais aussi la conviction d'être mieux traitée.

« Le rapport était meilleur à cause qu'on était *out*. Vraiment, c'était évident. Ça change la relation. Ça a fait que [ma conjointe], elle était à l'aise. Elle a posé plein de questions que [la médecin] a écoutées. Et elle s'est fait rassurer sur plusieurs points. » (E01)

« S'ils ne me le demandent pas, je leur dis [quand même] (...) Au niveau des médecins, je n'ai jamais eu de problèmes à leur dire que j'étais lesbienne. Donc, j'ai toujours eu de très bons soins (...) Je pense que lorsque l'on sait prendre sa place de façon honnête, polie et que l'on est capable de s'affirmer, que l'on est bien avec [soi], à ce moment-là, le reste va. Je pense que c'est plus facile que quelqu'un qui est toute "pognée". Moi, je n'ai jamais eu de problèmes de ce côté-là. » (E05)

Recevoir des soins appropriés suppose évidemment que les médecins et thérapeutes soient confortables avec l'homosexualité et au courant des spécificités concernant la santé des lesbiennes. Nous verrons dans une prochaine partie que les lesbiennes font souvent face à l'ignorance de leur réalité, que ce soit par lesbophobie, par déni ou par incompetence.

• ... mais à quelles conditions ?

Parmi le groupe des femmes rencontrées en entretien individuel, celles qui « le disent » consultent davantage les services de santé et recourent plus souvent aux services préventifs. Des répondantes ont défini à quelles conditions elles décidaient de « le dire » :

1. s'il est *pertinent* de le mentionner, par exemple en santé mentale et en gynécologie ;
2. si le praticien ou la praticienne s'intéresse à elles en leur accordant du temps, montre une ouverture, écoute ;
3. si le praticien ou la praticienne pose les bonnes questions (non hétérosexistes) ; et
4. s'il s'agit d'un ou d'une médecin ou thérapeute qu'elles prévoient revoir ultérieurement.

« Si j'avais une relation à établir, de confiance, [je lui dirais]. Comme mettons, avec un thérapeute ou avec un psychologue, avec un psychiatre, des choses qui ont un suivi. Mais là, je n'ai jamais un suivi médical. Donc, pour moi, ce n'est pas important (...) Mais j'aimerais ça avoir un médecin de famille, par contre. J'aimerais ça en trouver un, puis qu'il sache que je suis gaie (...) éventuellement. » (E15)

« Si c'est quelqu'un qui prend du temps pour moi, qui pose les bonnes questions, qui vérifie mes antécédents comme il faut, mon histoire médicale, là je suis comme "OK, c'est quelqu'un qui veut vraiment avoir toutes les données", je vais le dire. Si on n'aborde pas la question des relations de couple, je ne l'aborderai pas. Je vais trouver que ce n'est pas nécessaire. C'est sûr que les services sociaux, au contraire des services de santé, je trouve que là, ça a plus sa place. » (E01)

« Quand c'est plutôt froid le rapport, on dirait qu'on n'est pas entendues dans ce qu'on demande, on ne pose pas autant de questions, tout ça, même si on [voudrait] en poser... C'est à un point tel qu'on ne fait pas confiance au médecin. Pour moi, avec l'expérience que j'ai eue avec [ma conjointe], pour ses fibromes, c'est vraiment ça. C'est trop froid pour [le dire et] faire confiance au médecin. » (E01)

« Si je vais chez le chiro ou... je vais faire une prise de sang, une hétérosexuelle ne va pas dire qu'elle est hétérosexuelle alors moi, je n'ai pas à dire que je suis lesbienne. Mais quand la demande se fait sentir chez le gynéco (...) c'est clair que je vais le dire parce que mon mode de vie par rapport à ça est différent de celui des hétérosexuelles. Mais lorsque ça n'a pas rapport avec ma vie sexuelle, ma vie sentimentale ou mon mode de vie en général, je n'ai pas à le dire. » (BSL)

Les répondantes aimeraient que le *coming out* soit facilité : que la question soit posée, que les formulaires présentent l'option explicitement. Évidemment, lorsqu'une rencontre médicale ne dure que quelques minutes, les femmes considèrent ne pas avoir le temps d'aborder cette question :

« On n'est vraiment pas portées à le mentionner (...) Je veux dire... la société n'est pas là à nous encourager, alors c'est sûr que dans tout le contexte de la médecine, le CLSC ou ces choses-là, si on ne nous pose pas la question ou s'il n'y a pas un suivi assez long, on n'est vraiment pas portées à en parler (...) Dans le bureau du docteur, c'est quinze minutes et puis, ils en passent 40 par jour. Alors, je ne sais pas... ce n'est pas un contexte où on sent vraiment qu'on a le temps d'élaborer. Alors, on n'élabore pas. » (E03)

« Je n'en parle pas : si on ne se voit qu'une fois, on n'a pas le temps de se connaître. » (E18)

« Si le médecin le demandait dès le départ, peut-être qu'on ferait comme "ouf !!!". Ce serait peut-être plus agréable, si on se faisait poser la question plutôt que... de le dire. Je pense que ça devrait être un plus, pour les médecins (...) s'ils sont intéressés à avoir un rapport avec leurs clients (...) de poser une question. Comme ça, quand ils ont un bon *feeling* au lieu de [demander] : "êtes-vous sœurs ? êtes-vous cousines ?". Pourquoi ne pas y aller, s'ils ont le *feeling* déjà que... "ce n'est pas normal que toutes les deux vous veniez dans mon bureau en même temps". Je trouve que ça serait mieux. » (E01)

« 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. » (E22)

En fait, tous les besoins relatifs au *coming out* concernent le besoin fondamental d'*exister*, d'être reconnues comme des personnes à part entière. De mettre fin à l'invisibilité sociale. Dans le cas d'expériences positives avec les services, les répondantes « l'ont dit » mais le fait de le dire ne garantit absolument pas non plus la qualité des soins, comme nous le constaterons.

◆ Des informations à jour

Les lesbiennes ont besoin de trouver réponse à leurs questions sur plusieurs aspects de leur vie, que ce soit dans leur processus de *coming out*, en matière de maladies transmissibles sexuellement (MTS), *safe sex* (« sécuri-sexe »), de pratiques sexuelles ou de santé mentale. Certaines voudraient voir dispensées des informations aux lesbiennes pour briser le tabou de la violence dans le couple lesbien.

Un réel accès aux services sociaux et aux services de santé suppose que le personnel de tout le secteur soit à la fois sensibilisé et informé sur la réalité vécue par les lesbiennes. Le manque d'information et de compétence représente l'une des barrières discutées dans la prochaine partie (E). Quelques lesbiennes, devant les difficultés rencontrées pour se faire respecter, pour

pouvoir « le dire » en toute sécurité et recevoir une information appropriée, expriment le besoin de services séparés pour lesbiennes. Certaines autres croient que des services offerts par des femmes peuvent faciliter les relations avec les services sociaux et les services de santé.

◆ **Des services offerts par des femmes
ou des services séparés**

Les lesbiennes ont besoin d'accéder à des services de santé physique et mentale non lesbophobes où elles seront à l'aise, comprises dans leur réalité particulière. Pour certaines, ce besoin fondamental signifie l'accès à des services offerts par des femmes, avec qui elles se sentent plus confortables, ou à des services séparés.

• *L'accès à des services professionnels offerts par des femmes*

La majorité des femmes rencontrées manifestent une préférence pour les services professionnels offerts par des femmes, particulièrement pour les examens gynécologiques. Cette préférence n'est pas propre aux seules lesbiennes (Trippet et Bain 1993). Par contre, plusieurs estiment que la compétence compte en premier lieu, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme. Pour ces dernières, le sexe n'est pas un critère car de toute façon, « une femme peut autant qu'un homme être homophobe ». Tout dépend de la personne rencontrée car « tu peux être très bien avec une femme mais elle peut être désagréable aussi, elle peut réussir à ne pas te mettre à l'aise ». D'autres vont même jusqu'à souligner que certaines femmes jugent davantage les lesbiennes que les hommes.

Cette préférence générale pour les femmes dans les services sociaux et les services de santé ne devient une exigence que pour quelques-unes d'entre elles qui, par exemple, ne se sentent pas « confortables » avec un homme ou sentent un « blocage ». Celles qui considèrent « primordial » de recevoir les services par une femme ont parfois vécu des abus dans leur enfance ou durant l'adolescence. Toutefois, précisons ici que d'après le rapport de l'Institute of Medicine, la majorité des études américaines sur les lesbiennes indiquent que leur vécu d'agressions sexuelles durant l'enfance et l'adolescence se compare à celui des hétérosexuelles (IOM et Solarz 1999 : 58). Ce qui défait un préjugé largement répandu selon lequel les lesbiennes sont des femmes qui ont été traumatisées par des hommes...

Pour les services de santé mentale, certaines sont d'avis qu'une thérapeute lesbienne permet d'éviter la lesbophobie et de pouvoir compter sur une personne qui comprenne sa réalité. La cliente peut aussi se centrer sur les réels problèmes à l'origine de la consultation, sans que

l'homosexualité devienne une question centrale, si ce n'est pas le cas. Ainsi, elle évite le « magasinage », ne perd ni temps ni argent, surtout que cela peut prendre « des années avant de trouver quelqu'un avec qui tu es confortable ». Une thérapeute lesbienne peut cependant représenter un risque de bris de confidentialité, un désavantage qui a été soulevé. Seules les lesbiennes bien intégrées dans des réseaux d'amitiés ont eu accès à ce genre de service très spécifique. Sur l'ensemble des répondantes, quelques-unes seulement ont abordé cette question.

- Des services particuliers ou séparés

Quelques lesbiennes sont d'avis qu'une clinique spécifique pour lesbiennes permettrait un meilleur accès aux services de santé : « Ce serait un stress de moins d'aller là et de pouvoir [être] aussi à l'aise qu'un couple hétéro ». Une clinique pour les lesbiennes les aiderait à prendre soin de leur santé, ce qu'elles ne font pas, présentement. Selon une autre, davantage de services spécifiques sont offerts aux gais et il serait grand temps que les lesbiennes y aient droit. Certaines voient ce centre comme une mesure transitoire, « en attendant que la société en général évolue ».

L'idée de services particuliers ne rallie pas la majorité. Une jeune croit qu'une telle ressource pourrait aider celles qui sont dans leur processus de *coming out* car elles auraient la certitude au départ que le personnel ne soit pas étonné qu'elles soient « gaies » et qu'il soit formé. Une autre jeune, au contraire, pense qu'un lieu clairement identifié « bienvenue aux lesbiennes » ferait fuir celles qui ne s'affirment pas encore.

Pour d'autres, les deux sont nécessaires, c'est-à-dire à la fois des services séparés et des services intégrés, à condition de rendre accessibles tous les services de santé aux lesbiennes. Des services séparés, sans mesures pour améliorer les services réguliers, pourraient provoquer des divisions. À terme, quelques-unes pensent que des services séparés ne serviraient pas la cause des lesbiennes :

« Je ne voudrais pas qu'il y ait une scission entre les femmes hétérosexuelles et les lesbiennes. Il y a plein d'affaires qu'on a en commun et c'est important de partager et d'avoir aussi des soins en conséquence de ça. » (E06)

« Moi, je n'aime pas la ghettoïsation. Moi, j'ai envie d'être dans la rue et de pouvoir tenir ma copine, puis voir aussi les hétéros en face qui se tiennent par la main. Je veux une société comme ça, où il n'y a pas de [discrimination] (...) Alors pourquoi [irais-je] voir forcément une médecin lesbienne ? J'aimerais aussi voir un médecin hétéro qui me comprenne en tant qu'individu différente. » (Mtl)

Quelles 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, en lien avec le stress du *coming out*, la recherche d'informations valides sur la sexualité et surtout, l'accès à des services où elles se sentiront respectées et comprises.

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

Rappelons les cinq types de barrières³³ que rencontrent les lesbiennes dans les services sociaux et les services de santé, énumérées en introduction de ce chapitre :

- discrimination hétérosexiste, lesbophobe ;
- ignorance et manque de compétence des professionnels et professionnelles de la santé ;
- lesbophobie et hétérosexisme intériorisés ;
- pauvreté ;
- isolement social.

Ces barrières sont autant de manières d'analyser le vécu d'« invisibilisation » et de lesbophobie des lesbiennes, ce sont des angles d'analyse des rapports sociaux qui entretiennent leur marginalisation sociale. Ces barrières sont des rapports sociaux complexes, en ce sens qu'elles se nourrissent et s'entretiennent entre elles.

Les trois premières barrières sont reliées à la lesbophobie, donc spécifiques aux lesbiennes : les lesbiennes ont-elles le droit d'exister, de vivre sans craindre les malaises ou la discrimination ? La quatrième tient à la discrimination systémique, qui explique notamment la plus grande précarité des conditions de vie des femmes, laquelle s'avère accrue chez les lesbiennes comme groupe social. La dernière est aussi une barrière systémique particulièrement marquée chez les lesbiennes, qui découle des précédentes.

33. D'autres avant nous ont identifié plusieurs ensembles de barrières. Par exemple, Ryan, Brotman et Rowe (2000) discutent des barrières associées au *coming out*, des barrières liées à l'homophobie et l'hétérosexisme ainsi qu'à la formation des professionnels et professionnelles de la santé.

◆ **Discrimination hétérosexiste et lesbophobe**

- Présomption d'hétérosexualité à l'accueil, dans les formulaires et les lieux physiques

D'entrée de jeu, toute femme qui entre dans une clinique médicale, un hôpital, un CLSC, est considérée hétérosexuelle. Les lesbiennes doivent faire face à une forte, très forte présomption d'hétérosexualité dans tous les espaces sociaux où elles circulent. Jamais la question de l'orientation sexuelle n'est posée, puisque « être une femme » signifie « être hétérosexuelle ». Cette idée bien ancrée se répercute dans toute l'organisation administrative des services sociaux et des services de santé. Par exemple, l'existence des lesbiennes n'est pas prévue dans les formulaires. Certaines disent s'être « habituées » à vivre dans cette invisibilité, alors que pour d'autres, une attitude revendicatrice, voire militante, est de mise pour se faire respecter :

- « Le lien, c'est union de fait, conjointTE, soulignez le E à la fin. »
- « Oui, mais on ne peut pas faire ça dans nos papiers. »
- « Je dis : "regarde, je vais te montrer comment on peut faire ça dans tes papiers...". Alors, tu sais, j'ai souvent à négocier des affaires comme celle-là. » (E06)

« [Une fois], je m'obstinais justement avec une préposée à l'admission par rapport au lien et qui il faut appeler en cas d'urgence. J'ai dit : "regarde, j'ai un mandat d'inaptitude, il est là et c'est marqué, conjointTE". J'étais très, très affirmative et là, elle me regardait et elle avait l'air de se dire (...) "L'administration s'arrangera avec ça" (...) [Si] ce n'est pas à toi, ça va être à quelqu'un d'autre, le problème. Mais ça a toujours été ça, il faut faire de l'éducation. » (E06)

« On n'est vraiment pas portées à le dire et on ne nous pose pas la question : alors, [ils] assument qu'on est *straights*. On est habituées de vivre comme ça, ça a l'air. » (E03)

Même lorsqu'une lesbienne se fait accompagner de sa conjointe, les interactions avec les services se déroulent comme si le couple lesbien n'était pas une option. La femme qui accompagne une lesbienne dans une salle d'attente est généralement considérée comme une amie, une sœur, une parente mais rarement comme la conjointe.

« La plupart du temps, ils vont penser que ma conjointe, c'est une amie, que c'est ma sœur. C'est une impression mais ils ne mettent jamais le mot "conjointe" à moins que ce soit une lesbienne qui travaille ce soir-là ou cette journée-là. Si c'est une infirmière qui est lesbienne, elle, elle a "catché" l'histoire. En dehors de ça, pas du tout... » (E06)

En ce qui concerne l'aménagement des lieux publics, la publicité, les affiches ne proposent pas davantage l'image d'un monde où le lesbianisme existe. Pourtant, ce genre d'éléments serait considéré comme un signe d'ouverture par les lesbiennes.

« J'ai toujours regardé, dans un bureau, les signes [d'ouverture]. C'est important de montrer que tu es ouvert, parce que sinon les gais et lesbiennes vont conclure que tu es fermé. C'est comme ça. » (E24)

« Je viens d'aller aux toilettes, la publicité qu'il y a sur la violence là, c'est du masculin au féminin, on est dans une maison des femmes là. Ça, c'est de l'information générale. Comme si la violence était juste dans des couples hétérosexuels ! J'ai dit "ça, il y a une grosse marche à [franchir]". » (CdQ)

- Présomption d'hétérosexualité dans les relations thérapeutiques

La présomption d'hétérosexualité affecte d'une façon ou d'une autre *toutes* les lesbiennes rencontrées, sans exception. D'aucuns pourraient arguer que cette présomption n'est pas vraiment discriminatoire, puisque les lesbiennes ne présentent pas de traits distinctifs comme d'autres groupes minoritaires - la couleur, l'accent, un handicap, par exemple. *Les praticiens et praticiennes de la santé peuvent-ils faire de la discrimination sans le savoir ?* La réponse est oui. Une répondante a fort bien cerné l'enjeu, celui du rôle social et professionnel des personnes qui œuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux :

« Le fait d'être invisible (...) On parle de docteurs, mais (...) j'ai déjà cherché des psychologues, c'est la même affaire. D'office, ils n'imaginent jamais que la personne en face d'eux, elle [puisse] être autre chose qu'hétéro. En tout cas, je pense que ça ne m'est jamais arrivé... ça m'est très rarement arrivé de ne pas avoir à dire (...) de pas avoir à mettre l'horloge à l'heure (...) Ça, je trouve que (...) c'est *discriminatoire*, [venant] de personnes [qui sont] dans ces rôles-là (...) qui offrent des services par exemple au niveau santé ou services sociaux (...) Je pense que c'est cette *non-existence*-là, que je trouve (...) discriminatoire d'office. » (E04)

D'un point de vue juridique, la présomption d'hétérosexualité pourrait aussi être vue comme une discrimination, puisqu'il n'est nul besoin de l'intention pour reconnaître un acte discriminatoire (voir plus haut la définition de la discrimination dans la section « Approche relationnelle... » du chapitre I, partie B). Toutefois, il n'existe, à notre connaissance, aucune jurisprudence directement sur cette question.

Une lesbienne peut se faire demander quel contraceptif elle prend, ce serait « très habituel ». La majorité (c'est-à-dire toutes celles qui ont déjà consulté un médecin) se sont fait poser des questions sur la contraception :

Chapitre III

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

« En général, je peux dire qu'il y a toujours une [présomption] d'hétérosexualité même si on dit tout de suite qu'on est lesbienne... Après qu'on [l'ait dit], on peut avoir toujours une question comme : "quelle sorte de contraception (...) utilisez-vous ?". Ça, c'est (...) très habituel. Je pense que toutes les lesbiennes peuvent raconter ces histoires et ça continue... » (E08)

« [Avec ma toute première médecin], des malaises (...) sont survenus. Au début, je ne voulais pas lui dire. C'était toujours les questions à propos de la contraception... bien sûr, autour de cette question (...) Quelle présomption d'être homosexuelle tu as ? Ça, c'est un grand problème que (...) je prendrais comme un signe (...) Et l'étonnement quand je lui ai dit au début, quand j'ai juste dit, je n'en ai pas besoin (...) Finalement, je lui ai dit, et je lui ai dit que je ne voulais pas qu'elle l'inscrive dans mon dossier, parce que je ne savais pas qui y avait accès, et encore là, on parle des années '70, début des années '80. Je voulais me protéger (...) Après ça, ce n'est plus vraiment revenu sur le tapis.

« Quand j'ai changé de médecin, [c'était encore] la même chose et je ne me souviens pas, elle a fait des remarques [quelques] fois, et après elle s'était reprise "Oh, je pense, j'ai fait monter..." parce qu'elle était en train de prendre ma pression. Elle a dit : "Je pense que j'ai fait monter ta pression avec ma remarque" [rires], parce que, effectivement, elle avait dit une platitude par rapport à ça. » (E22)

« C'est toujours choquant d'avoir à le dire en réaction à quelque chose. "Est-ce que vous prenez des contraceptifs ?" – "Non." Puis là, elle te regarde comme *danger*, vraiment inconsciente ! » (E04)

La présomption d'hétérosexualité est si forte que malgré tous les indices que peut fournir une lesbienne, des médecins persévèrent à ne pas saisir leur orientation sexuelle.

« Je me suis engueulée avec un, une fois, parce qu'il me posait des questions sur la contraception. C'était comme "Je vous avais dit que je n'en avais pas besoin" – "Mais oui, mais vous m'avez dit que vous étiez active sexuellement" – "Mais oui, regarde..." » [rires].

Q. « Puis la contraception, c'est quelque chose qui revient, ça ? »

R. « Oui. [rires] Mais ça, en tout cas, ça m'avait fait rager (...) Il me posait plein de questions, comme quand tu ouvres un dossier (...) "Êtes-vous active sexuellement ?". Et un peu plus tard : "Quels moyens de contraception", etc., examens gynécologiques régulièrement et tous ces trucs-là. Finalement, je lui avais dit "oui, je suis active sexuellement, mais non, je n'ai pas besoin de moyens de contraception". J'avais eu droit au petit sermon [rires]. » (E17)

« Je pense que la difficulté qu'il peut y avoir (...) c'est par rapport [aux] lesbiennes qui n'ont pas encore fait leur *coming out*, qui ne se sentent pas à l'aise. Je pense entre autres si elles ont un problème gynécologique, tu sais. Qu'est-ce que tu fais dans ce temps-là, quand le médecin te pose toute la liste de questions sur la contraception et si tu as déjà été enceinte, si tu t'es déjà fait avorter. Un coup que tu as tout répondu, il te regarde et ne sait pas quoi faire. C'est sûr que des fois, le stress

du *coming out* est plus grand que le stress du non-dit. Donc, on préfère ne pas dire au médecin qu'on est lesbienne, se faire soigner sans donner tous les détails versus le dire à un médecin et vivre du harcèlement. » (E06)

Dans l'extrait suivant, une femme, qui se questionne à savoir si elle devrait « le dire » à sa médecin, révèle comment ses craintes sont ancrées dans les paroles mêmes de cette médecin, pour qui peut-être l'homosexualité féminine n'existe pas :

- Q. « Tu dis qu'il y a des préjugés au niveau professionnel, est-ce que tu peux m'en parler un peu ? »
R. « Bien... on ne peut pas en parler ouvertement... comment on vit ça, comment est notre réalité, parce que des fois... Elle s'est aperçue que moi, je suis transparente (...) Elle me parlait de... elle me parlait de *chums*, elle me parlait d'hommes. Ou soit, je deviens rouge ou bien, ça paraît, je la regarde en voulant dire : "de quoi, de quoi [tu] parles ?". Elle parle de gars, c'est quoi cette affaire-là ? Ça paraît quand... ça paraît quand j'ai un malaise, puis elle me sent en malaise. » (E20)

La présomption d'hétérosexualité est discriminatoire : pour paraphraser le juge Mc Inthyre (voir chapitre I), elle impose aux lesbiennes des « fardeaux, des obligations et des désavantages non imposés » aux hétérosexuelles. Elle introduit un biais dans la relation thérapeutique ou médicale, elle la fausse. Les lesbiennes réclament que la question soit posée systématiquement, simplement, et dans un esprit d'ouverture. À défaut de quoi, elles ne se sentiront pas dans un climat sécuritaire pour le dire.

- *Discrimination et préjugés*

Le *coming out* expose à des remarques, des propos discriminatoires, des attitudes, des comportements ancrés dans des *préjugés*, des *stéréotypes* et des *mythes* qui circulent concernant l'homosexualité et le lesbianisme. L'homosexualité et les homosexuelles continuent de faire l'objet de blagues lesbophobes :

- « Bien oui, hospitalisée, oui c'est vrai, parce que je fumais, moi, puis j'ai eu de quoi aux poumons, ils m'ont passé des tubes là, j'ai eu peur vrai vrai, ils m'ont demandé d'arrêter de fumer (...) J'étais fermée, j'étais fermée : je dis au monde d'en parler, puis moi-même, des fois, j'ai de la difficulté à en parler ! C'est contradictoire mon affaire, hein ! »
Q. « Okay. Puis ça, c'est en quelle année, l'hospitalisation, est-ce que c'était après ton *coming out* ? »
R. « Ça fait trois ans de ça que j'ai... parce que les médecins ils se parlent entre eux autres hein, puis j'entendais des propos, c'est ça, j'ai de la difficulté des fois à les... ça parle entre collègues, eux autres, des fois là, puis je me disais "ah, mon Dieu !" »

Chapitre III

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

- Q. « Ils ont tenu des propos homophobes ? »
- R. « Oui, oui, oui. Oui. Oui. Oui. Parce que là (...) moi, [dans les] "vaps" mais je n'étais pas complètement partie, je me souviens, dans ma salle de réveil. Puis... je me dis "mon Dieu !" (...) C'est un hôpital là, je me dis "oh !". Puis ça, c'est voilà trois ans, ça ne fait pas longtemps. »
- Q. « Oui, des propos homophobes en parlant des lesbiennes. »
- R. « Oui. Oui. Puis il y a des blagues, mais ça va être conté sous forme d'histoire puis... je n'étais pas équipée bien bien, [même si] j'avais voulu réagir. On dirait qu'ils profitent. Ça, j'avais trouvé ça malsain, dire même un peu méchant : ils profitent, pendant qu'on est dans les "vaps" mais on comprend pareil, on n'est pas... j'étais semi-consciente, j'entendais quand même ce qu'ils disaient... j'étais [sous] anesthésie locale mais je n'étais pas endormie là, je comprenais ce qui se disait là. Puis je me dis "mon Dieu, je suis-tu bien dans un hôpital ?" mais en même temps, j'étais tellement dans les "vaps" que c'était comme "oh...". » (une répondante)

Le mythe de l'homosexualité comme étant contre-nature poursuit sa carrière florissante. La lesbophobie peut se révéler par un changement d'attitude, passant de la cordialité à l'hostilité, subitement, après l'avoir dit :

- « À un moment donné [le médecin] a commencé à parler "ton copain, ton copain", puis j'étais tannée d'entendre ça, j'ai dit : "c'était ma copine". Puis là, il a commencé à être plus distant, puis un peu froid. »
- Q. « Ah oui... »
- R. « Oui, oui, oui. Puis là ça a été comme... on dirait que le côté humain, il avait disparu. Il était juste là pour prendre un test. »
- Q. « Il y a eu un changement d'attitude après que tu lui aies dit ? »
- R. « Oui, oui, oui. Ça a été comme mort puis... »
- Q. « Au début il présumait que t'étais hétérosexuelle... »
- R. « Oui, oui, oui. »
- Q. « D'emblée. »
- R. « C'est ça. Puis pourtant, ça aurait pu être facile (...) une de mes amies de filles était venue avec moi, ça fait que tout le scénario était facile. » (E25)

« J'ai consulté en médecine alternative depuis que j'ai eu... depuis 25 ans, je dirais que j'en ai vu plusieurs, parce que j'ai des problèmes de dos. [J'ai déjà rencontré] ce genre de réponse : "ce n'est pas naturel", "ce n'est pas naturel, d'être homosexuelle". Il y en a qui me demandaient si je pensais que c'était vraiment ça, si c'est à cause d'un traumatisme que j'ai vécu, ou à cause d'un déséquilibre. » (E22)

La lesbophobie peut directement affecter la prestation des soins, dans certains cas, le professionnalisme des médecins. Une répondante a raconté qu'une femme lui avait rapporté l'attitude harcelante et agressive d'un médecin qui lui avait fait un examen gynécologique :

« Ce que j'ai entendu qui m'a le plus horrifiée, c'est une femme médecin qui a fait un *examen gynécologique brusque* à sa patiente et cette dernière lui a dit : "tu me fais mal." Et elle lui a dit après l'examen que c'était pour être sûre qu'elle n'aimerait pas ça. Je ne connais pas beaucoup de filles qui aiment ça l'examen gynéco. On y va parce qu'il faut y aller. » (E06)

Après un *coming out*, des préjugés lesbophobes peuvent provoquer une réaction de *déni* de la part de certains praticiens et praticiennes de la santé, qui peut se manifester au niveau non verbal, ou par l'absence de questions ou de propos relatifs à la sexualité ou à la réalité vécue par une femme. Certaines affirment que non seulement existe-t-il une présomption d'hétérosexualité, mais encore après l'avoir dit, faut-il le répéter. Ce déni peut certes s'expliquer par leur malaise ou par la lesbophobie mais il peut aussi s'agir d'un manque de ressources pour savoir comment répondre à une cliente, ce dont nous discuterons plus loin. Ces attitudes auront pour effet, notamment, de confirmer une femme dans ses craintes de le dire et contribuer à l'invisibilité des lesbiennes.

« D'autres médecins avec qui j'avais eu affaire (...) [même après l'avoir dit] ont fait comme si je n'existais pas ou ils ont continué de ne rien voir. Puis dans leur tête, je n'étais pas une homosexuelle. Forcément, ça fausse les relations, ça fausse les questions, ça fausse forcément les réponses parce que je suis obligée de cacher ou de mentir. » (Mtl)

« J'ai trouvé ça difficile. J'ai trouvé ça difficile [l'an passé] j'avais dit à une gynécologue (...) c'est comme si je n'avais rien dit (...) C'est comme si je n'avais rien dit, puis elle, elle était mal à l'aise plus que moi, j'étais mal à l'aise. J'ai remarqué des spécialistes (...) il y en a encore qui sont fermés, hein, beaucoup sont fermés. Comme la gynécologue, je me dis "mon Dieu c'est une gynécologue, c'est une femme". Elle m'a fait l'examen quand même (...) ça a comme coupé le contact. » (E20)

« Mais quand moi, j'ai visité un médecin, l'année passée, pour un problème gynécologique, j'ai dit que je suis lesbienne (...) Il a écrit ça et après ça, *il ne m'a pas regardée dans les yeux* jusqu'à la fin de l'entrevue, pas du tout, du tout. » (E08)

Les lesbiennes doivent faire face au *stéréotype* de la lesbienne masculine. Pour être une « lesbienne », une femme doit afficher certains attributs dits masculins, tels que des cheveux courts, du poil, une voix forte, être autonome et posséder d'autres caractères normalement attribués aux hommes (Chamberland 1996 : 57). Ce stéréotype explique en partie la surprise parfois exprimée par des praticiens et praticiennes de la santé lorsqu'une femme considérée féminine - donc hétérosexuelle - affirme son lesbianisme. Les lesbiennes sont d'autant plus invisibles qu'elles ne présentent pas de signe extérieur permettant de les identifier.

Chapitre III

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

« Moi, je trouve que, particulièrement quand j'ai les cheveux longs, que je me [com]porte plus comme une femme, plus féminine, c'est très difficile de convaincre les gens que je ne suis pas *straight*. Si tu [as] plus [l'air du] stéréotype, avec les cheveux courts, qu'elle se comporte comme un homme, qu'elle ne porte pas de maquillage, et tout ça, c'est plus facile d'être reconnue comme une lesbienne (...) Mais les lesbiennes sont masculines, féminines, un mélange. C'est difficile. Ça me dérange : je ne veux pas que les gens pensent que je suis *straight* ! Mais je ne veux pas couper mes cheveux juste pour... pour convaincre le monde. » (E24)

« Je suis contente qu'on soit huit [pour cette entrevue de groupe] (...) puis cela fait huit personnes différentes avec des vécus différents. Mais dans la tête de beaucoup de gens, on n'est pas différentes... comment expliquer ça ? Ils ont un stéréotype point à la ligne et il faudrait qu'on soit toutes dans ce stéréotype-là. Alors que ce n'est pas du tout le cas. » (Mtl)

Ce piètre tableau montre à quel point la lesbophobie affecte la relation thérapeutique. De la même manière que le dire à son ou sa médecin peut, dans la mesure où l'expérience s'avère positive, procurer la conviction d'être bien traitée, la lesbophobie perçue ou exprimée directement peut détruire la relation de confiance qui doit normalement s'établir entre les femmes et leur médecin.

« On connaît un résident qui travaillait avec [ce chirurgien] et qui m'a dit qu'il était complètement homophobe, qu'il a dit des choses, quand il était seulement avec les autres médecins, complètement homophobes. Donc, ça, c'est le genre de personne à qui on doit faire confiance pour une chirurgie ? (...) J'étais dans une position pas très confortable... d'aller avec quelqu'un que je savais [être] ouvertement homophobe [faire] une chirurgie sur moi. Mais j'avais (...) confiance [qu'il est] professionnel, donc il ne va pas (...) me tuer sur la table ! Mais quand même (...) je me souviens que ce jour-là, le jour où j'ai fait cette chirurgie, je n'avais pas un bon *feeling*. » (E08)

« Au niveau mental, je pense que dans tout ce qui est psychiatrie ou services sociaux (...) c'est sûr et certain qu'une psychologue qui n'est pas à l'aise avec la dynamique de l'orientation sexuelle, ça va avoir un impact énorme sur le travail qui va se faire sur nous-mêmes, dans notre propre cheminement (...) Cela peut avoir un impact majeur, un professionnel qui n'est pas à l'aise ou pire, qui est homophobe. » (E01)

La question des préjugés lesbophobes et hétérosexistes dans les services de santé mentale, évoquée dans le dernier extrait, sera davantage discutée dans la section sur l'ignorance et le manque de compétence du personnel professionnel.

Nous avons mentionné que les partenaires d'un couple lesbien devaient négocier ensemble leur décision de le dire ou de s'afficher lorsqu'elles réclament ensemble des services de santé.

Selon leur décision, la nécessité ou les circonstances, elle s'expose à la discrimination, que ce soit sous la forme d'un manque de respect (regards, attitudes, paroles) ou de la non-reconnaissance (dénî, refus de considérer les femmes comme conjointes).

« Je vais dans un bureau de médecin, nouveau médecin, la secrétaire te fait un dossier, et elle me demande: "Nom du conjoint ?" et je lui dis : "C'est une conjointe." Elle passe les questions. Elle n'a jamais voulu savoir son nom. » (CdQ)

« Dans la semaine de relâche, voilà à peu près deux semaines, je me suis fait opérer pour les dents de sagesse à l'hôpital, puis ils ne voulaient pas que [ma conjointe] rentre dans la chambre, parce que là, ils ne comprenaient [pas]. Moi, j'ai dit : "Oui, mais c'est ma conjointe ! – Ah ! oui, mais là..." Ma mère avait le droit mais pas elle. » (CdQ)

« C'est très dur, quand tu es à l'hôpital. Parce que moi, j'ai eu à visiter des gens et puis, quand tu vois la désapprobation de l'infirmière, quand elle réalise que c'est un couple [de] lesbiennes ou qu'il y a plein d'amies lesbiennes qui sont venues... C'est très difficile, parce que tu es très vulnérable. Tu dépends de cette personne pour tes soins. Je sais qu'il y a des personnes qui font le choix de ne pas le dire. » (E22)

Cette non-reconnaissance peut entraîner des situations dramatiques pour une lesbienne si sa conjointe, hospitalisée, est à l'article de la mort et qu'avec la complicité d'une famille lesbophobe, elle est écartée des informations et prises de décisions :

« Moi, j'avais spécifié [aux médecins] que c'est moi qui avais le mandat pour [ma conjointe], c'est moi qui m'occupais de sa santé puis on s'était signé ça "notarié". Mais étant donné qu'elle était capable de s'exprimer, je n'avais pas besoin de braquer mon mandat (...) Ils ont passé entre nous deux pour aller à la demande de la famille (...) Et puis on n'a pas tenu compte [du mandat] dans sa famille (...) Ça été assez... je dirais odieux (...) C'est un non-respect de notre couple. Je n'ai jamais eu d'appel pour dire que cela n'allait pas bien (...) J'ai été mise à l'écart (...) Jamais ils n'auraient fait cela à un gars, c'est évident, jamais jamais (...) c'est marquant, là. » (E10)

Face à la discrimination et aux préjugés lesbophobes, *a fortiori* si on est lesbienne et invisible, il n'est pas aisé de revendiquer le respect. Cette réalité se répercute notamment dans le peu de plaintes que déposent les lesbiennes à la Commission des droits de la personne (voir le tableau 10). Des participantes à l'entrevue de groupe sur la maternité ont soulevé le fait que revendiquer un changement de l'ordre social dominant, à partir d'une position minoritaire, présente des risques de confrontation dont les conséquences sont difficilement contrôlables. Deux subjectivités majoritaire/minoritaires se rencontrent et parfois, le « majoritaire » ne se rend même pas compte des droits en jeu :

« On est dans une position vulnérable. Comme on est discriminées, on est minoritaires (...) On ne sait pas si on va avoir affaire à des préjugés homophobes et hétérosexistes : oui, à 90 % des fois. Alors, si tu as une confrontation, comment la confrontation est-elle prise par la personne qui elle, ne reconnaît même pas qu'il y ait de la discrimination ? Alors finalement, tu te prends pour qui là toi ? Pour une enragée, pour quelqu'un qui ne serait pas correcte avec des enfants, *anyway* ! » (Maternité)

« Quand tu es hétéro, tu ne t'en rends même pas compte que les lois sont faites pour toi. Mais quand tu es confrontée au système ou en dehors du système, tu dis : "Crime, je ne suis pas là !". » (Maternité)

Les deux prochaines sous-sections traitent de la vision hétérosexiste de la famille, soit la discrimination qui a visé les lesbiennes dans l'accès à la maternité et l'impact de cette conception de la famille sur les services aux mères lesbiennes et à leurs enfants.

- Accès à la maternité

Parmi les participantes à l'étude, onze sont déjà mères (tableau 25) et deux sont en processus pour le devenir. De plus, six des sept femmes de 18 à 29 ans projettent d'avoir un enfant dans les prochaines années, la septième, âgée de 18 ans seulement, ne s'est pas prononcée sur la question.

Avant l'ouverture récente de certaines cliniques de fertilité aux lesbiennes, celles qui voulaient devenir mères devaient passer, soit par l'insémination artificielle avec un donneur connu, soit trouver un médecin qui accepte de commander du sperme dans une banque de sperme, moyennant des frais, selon les époques, de 300 \$ à 650 \$. Des répondantes ont rapporté le comportement lesbophobe de certains médecins qui acceptent les lesbiennes parmi leur clientèle :

« Il ne me regardait jamais et quand moi, je lui posais une question, il ne me répondait pas. C'était strictement avec ma conjointe, c'est elle qui va porter le bébé, c'est juste là que ça se passe. Et je sais que je ne suis pas la seule lesbienne qui ait eu un accueil semblable. C'est reconnu comme étant un médecin qui n'a pas de sympathie particulière pour les lesbiennes. Je pense qu'à un moment donné, il est devenu un petit peu une légende urbaine (...) Dans la réalité, ce médecin-là, il fait de l'argent (...) Les lesbiennes, c'est une clientèle [pour laquelle] il n'y a jamais eu d'ouverture, par rapport à la maternité. Effectivement, il a été LE premier (...) médecin qui a dit : "moi, je vais faire des inséminations pour les lesbiennes". » (E06)

« Il était très professionnel mais en même temps, pas très accueillant (...) Il ne comprend rien à notre réalité (...) Il a utilisé des mots comme "anormale" pour décrire notre situation (...) Je pense qu'il y a de la sensibilisation qui manque là. » (E08)

Pour déjouer le système et contourner la lesbophobie anticipée, une participante a relaté s'être présentée à une clinique de fertilité d'un hôpital avec un ami vasectomisé afin d'obtenir du sperme. Le taux de réussite de l'insémination artificielle toutefois est décevant et exige beaucoup de patience des couples désireux d'avoir un enfant : cela prend des mois d'essais (et beaucoup d'argent), voire des années avant que l'expérience ne fonctionne.

Une seule a opté pour l'adoption internationale, en se présentant comme une mère célibataire. Adopter un enfant est une décision qui peut prendre des mois à mûrir et exige ensuite beaucoup de patience, de frais et de démarches. Ces démarches administratives et l'attente obligent à une grande ténacité.

« On en a parlé, on en a parlé beaucoup (...) J'ai fait des recherches pour voir pour [différentes] nationalités mais c'était à peu près la Chine qui facilitait le plus l'adoption par des mères célibataires, tu comprends. Il n'était pas question de se présenter comme lesbiennes, parce qu'on s'enlevait toutes les chances possibles. Il n'y a pas grand pays qui acceptent ça. Même au Québec... peut-être qu'ils l'accepteraient maintenant, mais à cette époque-là, on ne voulait pas prendre de chance. Valait mieux jouer le jeu de la mère célibataire pour ça. C'est ce [qu'une de mes amies] a fait, et puis cela avait bien été (...)

« C'est moi qui suis passée devant la psychologue, qui ai fait l'évaluation psychosociale, j'ai eu les examens médicaux. C'est moi qui adoptais. C'était vraiment moi qui passais au crible. Mais [ma conjointe] m'a aidée pour la paperasse, monter le dossier et tout ça. C'est beaucoup de petites choses à penser, alors on cochant puis on repassait ça. On a monté le dossier. » (une répondante)

Un grand nombre de couples lesbiens sont parents et ils sont tout aussi nombreux à aspirer le devenir. Quelle que soit la manière d'y parvenir, le désir d'enfants est tel que les lesbiennes ont le courage et la patience de passer à travers toutes les embûches. La prochaine section traite des préjugés et des difficultés que doivent affronter les lesbiennes pour obtenir le droit d'exister en tant que mères ou futures mères pour accéder à des services de qualité.

- Conception hétérosexiste de la famille

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

Une idée ancrée dans l'imaginaire hétérosexiste est celle selon laquelle les lesbiennes *n'ont pas* d'enfants. Pourtant, les recherches démontrent que 20 % des lesbiennes, donc une lesbienne sur cinq, ont un ou des enfants (Arnup 1995). La même proportion de nos répondantes, soit 21 %, sont mères (tableau 25). Le préjugé selon lequel les lesbiennes n'ont pas d'enfants s'articule à son corollaire : « les lesbiennes ne *devraient* pas avoir d'enfants ». Une répondante a vécu à quelques années d'intervalle les deux faces de ce préjugé :

« J'ai eu une histoire que j'ai trouvée épouvantable, qui est un autre problème : j'avais des menstruations très abondantes et je suis donc allée voir un gynécologue à l'Hôpital général de Montréal et quand il s'est aperçu que j'étais lesbienne, il m'a dit tout de suite : "donc, vous devriez avoir une hystérectomie". Ça, c'était avant que j'aie eu mes enfants... Donc, sa réaction, c'est tout de suite : "vous n'avez pas besoin de votre utérus parce que vous êtes lesbienne et que vous n'aurez jamais d'enfants". Même si je ne voulais pas d'enfants, j'ai besoin de mon utérus. Et j'avais environ 32 ans dans ce temps-là et d'entrer en ménopause à 32 ans (...) Lui, sa première suggestion sans réfléchir, c'était [de pratiquer] une hystérectomie. » (E08)

« 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. » (E08)

Un préjugé tenace d'incapacité parentale hante les couples lesbiens. Pourtant, des études sérieuses démontrent que l'orientation sexuelle des parents n'a pas de lien avec leur compétence comme parents (Flaks *et al.* 1995 ; Golombok, Tasker et Murray 1997 ; Julien, Dubé et Gagnon 1994 ; Mucklow et Phelan 1979 ; Rand, Graham et Rawlings 1982). L'image d'une sexualité contre-nature persiste :

« Pourquoi être regardées comme si on était comme... complètement *aberrantes* comme ce médecin nous a appelées : aberrantes, nous sommes dans une "situation aberrante" (...) Différentes, c'est sûr. Mais aberrantes ? c'est un mot que je trouve un peu fort pour un médecin en 2002. » (E08)

« Il y a des médecins pour qui ça ne pose pas de problème (...) d'être lesbienne et que ta conjointe soit là (...) Même qu'ils vont faciliter... Tu sais (...) ils ont suivi un peu l'évolution de la société, je te dirais... Donc, ils comprennent (...) Ils ont des amis qui sont gais ou je ne sais pas trop quoi dans leur vie. Donc, c'est automatique que c'est moi qui est la conjointe et qu'on vit ensemble. Donc [je peux prendre] les décisions. Et il y en a d'autres pour qui, c'est seulement abstrait ou c'est tellement : c'est donc pas beau deux femmes qui "font ça" ensemble... tu sais, toutes les abominations qu'ils peuvent dire. Donc, ils vont mettre des obstacles partout, partout, partout. » (E06)

Chercher un ou une médecin convenable pour le suivi de grossesse peut être source de stress et d'inquiétude. Il serait « difficile de trouver quelqu'un d'ouvert ». Avant l'instauration des maisons de naissances, une femme a raconté avoir dû changer de sage-femme en cours de grossesse car la première manifestait beaucoup de réserves par rapport au fait qu'il n'y avait pas de père (comment allait-elle faire ?). Elle aurait fait toutes sortes de commentaires remplis de préjugés :

« Je pense qu'être lesbienne pour elle c'était : "t'as choisi ça parce que t'as dû avoir des expériences sexuelles difficiles...". J'avais vraiment l'impression d'être la seule lesbienne du Québec qui était enceinte (...) J'étais en train de passer dans les annales (...) c'était pénible. J'ai hésité à changer pendant longtemps puis finalement [j'ai trouvé] une autre sage-femme (...) beaucoup plus ouverte. C'était beaucoup plus facile de parler de toutes sortes d'affaires avec elle (...) sans qu'elle analyse cela forcément, automatiquement comme "c'est parce que t'es lesbienne" (...) L'accouchement a pu se passer à la maison (...) les amies étaient là (...) cela s'est passé comme je le voulais. » (E04)

Dans l'entrevue de groupe sur la maternité et dans certains entretiens individuels, les lesbiennes mères ont dénoncé l'approche hétérosexiste qui imprègne les cours prénatals. Les co-mères seraient exclues :

« Quand j'étais enceinte, moi et [ma conjointe] on a pris un cours prénatal qui était enseigné par une infirmière. Et elle avait toujours de la difficulté à s'adresser à moi et à [ma conjointe] comme parents de cet enfant à venir. C'était comme la mère et l'époux. Donc, [ma conjointe] où est-ce qu'elle tombe dans ça, dans ces catégories ? (...) Où est-ce qu'elle va, avec les pères ou avec les mères ? Parce que cette personne [ne pouvait pas adapter son] langage [pour] quelqu'un qui n'entre pas dans ses *patterns*, c'est comme s'il y avait des structures fixes dans ses pensées. Une famille, c'est une mère, un père et un enfant. » (E08)

« On est entrées dans le monde des hétéros ! (...) [L'infirmière] a eu beaucoup de difficulté [à] nous inclure. » (Maternité)

Un autre aspect problématique dans la vie d'une mère lesbienne est le statut parental de la mère non-biologique (la « co-mère ») qui, avant la Loi sur l'union civile, ne pouvait être reconnue sur le plan légal. Une co-mère ne pouvait adopter son enfant et être formellement parente. Cet état de fait entraînait des difficultés pratiques pour la garde de l'enfant en cas de décès de la mère biologique ou, simplement, de départ en voyage. Prise au dépourvu, une co-mère s'est déjà présentée comme étant la mère biologique de l'enfant à l'hôpital, ce qui peut, en un sens, provoquer des situations tragicomiques :

« [Ma conjointe] parle au spécialiste, puis il lui pose des questions sur sa grossesse ! "Oui, mais quand vous l'avez porté, madame !" Puis : "y a-t-il eu des complications dans votre grossesse ?" [Elle se dit :] "Je ne peux pas mentir sur ces affaires là ! Je peux signer son nom mais..." Un moment donné, elle dit [au médecin] "Ce n'est pas moi qui l'ai porté". Puis, là le médecin : "Bien comment, ce n'est pas vous ? Vous l'avez adopté ?" – Non, non, c'est que je suis la conjointe, je ne suis pas la mère biologique, c'est ma conjointe qui est sa mère biologique." Bien là, la chicane avec le psy qui disait "Vous avez fait une fausse... vous avez signé [comme étant la mère]". Alors là, ça devient effectivement très pénible (...) ça crée des tensions énormes puis des malaises. » (Maternité)

La vision hétérosexiste de la famille véhiculée à la Direction de la protection de la jeunesse jusqu'à tout récemment a été dénoncée par les participantes à l'entretien de groupe consacré à la maternité lesbienne. Au-delà des aspects légaux, l'enjeu est celui de la reconnaissance de la famille « homoparentale ». La définition dominante de la famille, parce que considérée naturelle, demeure profondément ancrée dans les esprits :

« Je me souviens qu'une fois [ma conjointe] était allée avec [mon fils], puis (...) c'était bien dérangeant que ce ne soit pas la mère, puis on vivait ensemble, alors (...) elle en prenait soin, elle aussi, mais elle n'était pas "capable" de répondre (...) Ça ne se fait pas, parce que ce n'est pas "la mère". Ce n'était pas une question de papier à signer, ce n'était pas une question légale formelle (...) c'est la mère [biologique] qui doit [poser les questions] (...) Dès que tu n'es pas dans la norme (...) ("c'est parce que je suis lesbienne, c'est parce que je vis comme ça, c'est parce que je veux faire ça"), c'est bien dérangeant pour beaucoup de professionnels, je trouve. » (E04)

« À la [Direction de la protection de la jeunesse] (...) la femme qu'on a rencontrée [avait] beaucoup d'idées fixes sur [ce] qu'est une famille. Pour elle, c'est seulement une mère et un père et elle veut le fixer dans cette boîte, disant que moi je suis la mère et [ma conjointe] est comme un père, peut-être (...) Elle a dans son esprit certains stéréotypes de ce que les pères font et ce que les mères font. Donc c'est très difficile de dire que nous ne sommes pas une mère et un père, nous sommes deux mères (...) Peut-être qu'on fonctionne un peu différemment d'une famille hétéro mais ça fonctionne bien quand même. Donc c'est très très difficile de la convaincre qu'on est normales mais différentes. » (Maternité)

Les consultations pour un enfant en difficulté sont une source importante de stress pour les mères lesbiennes. Selon quelques répondantes, le type de problème pour lequel une mère consulte pour son enfant transforme complètement la donne. Dans le cas de problèmes d'asthme, par exemple, si une relation de *confiance* s'établit avec le CLSC, avec les médecins, la relation peut être ouverte, c'est l'une ou l'autre mère qui se rend à la clinique ou à l'hôpital avec l'enfant et tout peut bien se dérouler. Mais pour des problèmes de comportements, lorsque ce sont les services sociaux et les services de santé mentale qui sont interpellés, le terrain devient plus inquiétant :

« Si tu te sens en confiance de parler avec la médecin en face de toi, tu ne cacheras pas que tu es lesbienne, ça veut dire que les enfants ont deux mères et tout ça. J'ai eu à voir d'autres spécialistes pour les enfants et puis, des fois, volontairement, je décidais de couper cette question-là. En fait, ça ne me tentait absolument pas, parce que c'est des fois un spécialiste que tu vas voir une seule fois, ou juste par la nature de ses questions tu [te] dis "Ouf ! sais-tu que... je ne l'entreprends pas, celui-là, à matin, c'est trop pour moi". (...) Je pense que ça va dépendre aussi beaucoup des enjeux (...) du problème pour lequel tu consultes. » (Maternité)

Une évaluation psychosociale pour des troubles de comportements serait la « pire chose » qui puisse arriver à une mère lesbienne parce qu'en ces circonstances, il n'est pas possible de ne pas le dire pour éviter les préjugés lesbophobes et hétérosexistes. La norme serait que les mères lesbiennes le cachent, elles évitent, autant que possible, de mentionner que leur enfant a deux mères.

« Mon garçon avait des troubles très particuliers qui ressemblaient à des troubles d'obsession/compulsion puis on nous envoyait voir un spécialiste : ça m'agaçait terriblement ! Parce que j'avais peur qu'il dise : "Bien madame, c'est évident, il a deux mères cet enfant-là ! Ne cherchez pas plus loin !". Il a cessé de manger (...) pendant à peu près dix mois et à la garderie, pourtant, c'était très ouvert... mais à la garderie, ils ont tout essayé pour le faire manger, puis à un moment donné, c'était clair qu'ils disaient : "bien là, veux, veux pas il faudrait peut-être faire le lien avec le fait qu'il a deux mères !". [Alors] ils nous invitaient à consulter des psy ! (...) On a peur vraiment d'être stigmatisée ou bien justement qu'on associe le problème de son enfant au fait qu'il ait deux mères ! Puis finalement, il s'est développé, ça s'est passé puis tout le *kit* ! C'est correct. Mais c'est ça, [tout dépendant] de la nature du problème [pour] lequel on consulte, on peut décider ou on peut être craintive par rapport à notre réalité (...) Tu sais que tu pourrais te battre mais tu te sens impuissante contre tellement de préjugés, tellement de préjugés. » (Maternité)

« J'ai eu un [problème] à l'école (...) la prof en maternelle, elle savait que [mon fils] avait deux mères, puis elle l'a envoyé en orthopédagogie, direct ! Puis moi, je me suis dit : "Elle, elle pense que tous les enfants qui n'ont pas de papa, vont avoir des troubles de comportement ou d'apprentissage". (...) De fait, il n'a aucun problème, mon enfant ! Alors, pour moi, j'ai eu affaire à un préjugé de quelqu'un. Mais tu es toujours à la merci de ça ! Puis ça dépend de l'enfant que tu as, aussi ! Là, moi j'en ai un qui est super *cool* mais tout d'un coup qu'il n'était pas *cool*, mon enfant ! Qu'est-ce qui pourrait arriver ? » (Maternité)

« Il y en a en masse des préjugés par rapport notamment aux homosexuels (...) Je suis allée voir une travailleuse sociale du CLSC [avec mon fils]. Le fait qu'il n'y ait pas de père, ça dérange bien gros (...) Puis l'image masculine, puis l'identification (...) Ils ont tous un petit livre écrit dans leur tête, puis comment les affaires doivent se faire, puis pas beaucoup d'ouverture (...) pour imaginer d'autres

Chapitre III

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

choses (...) Je ne sortirai pas un père d'une boîte de céréales ! Je trouve que (...) beaucoup de thérapeutes ont des idées assez arrêtées sur comment... comment les choses doivent se passer (...) Ils l'ont appris à l'école. C'est un peu déroutant (...) Tu ne sais pas trop comment ils lisent tes affaires [et qu'est-ce qu'elle] va essayer de te passer comme message (...)

« Il faut que je lui trouve des images masculines et des identifications pour mon enfant mais pas... pas de remise en question par rapport aux stéréotypes : c'est quoi qui est masculin puis qui est féminin (...) Je veux bien croire qu'il y ait des affaires à aller chercher là-dedans, mais il faut (...) faire de l'air là-dedans puis regarder un peu [ce] qu'on veut conserver. » (E04)

La Loi sur l'union civile, qui fait écho aux pressions politiques du mouvement gai et lesbien, à la transformation de la famille et aux plus récentes études des sciences sociales sur la famille, est à l'avant-garde de la société. Les mères ont espoir que ce vaste mouvement permette des changements positifs :

« Les barrières qui m'embêtent un peu, c'est par rapport à [ma fille] comme quoi, c'est moi sa mère et c'est juste moi qui doit signer. Mais là, il y a la nouvelle loi qui vient de passer, donc (...) [ma conjointe] va pouvoir adopter la petite, on va pouvoir être en union [civile]. Ça va faciliter beaucoup, comme quoi, elle aussi aura un droit de regard sur la santé de la petite, parce qu'avant ça, ça m'embêtait. S'il fallait que je parte, moi, et que [ma conjointe] soit toute seule avec elle, elle n'aurait pas été capable de rien faire, tu comprends. C'était vraiment un gros problème. » (E14)

« C'est comme dans tout : c'est que la vision de la famille est hétérosexiste... Donc, si c'est défini noir sur blanc dans leurs politiques : non ! (...) Ils sont allés à l'école avec ces idées-là, ils ne les ont pas renouvelées, puis là, quand on les interpelle pour qu'ils se renouvellent, puis qu'ils regardent leurs pratiques, bien c'est sûr que ça fait des changements. C'est sûr que ceux qui ont des pouvoirs puis qui ne sont pas vraiment intéressés à changer, ils vont tout faire pour garder ça serré. Mais il y a trop de pressions, la loi va peut-être changer [les choses] (...) Il y a des récentes études qui disent que c'est un milieu tout à fait optimal pour les enfants de vivre (...) dans des familles "homoparentales" donc ils ne pourront plus se rabattre sur rien, sauf sur leurs préjugés, puis ça, c'est inacceptable ! » (Maternité)

« Je constate que je n'ai pas eu tellement de mauvaises expériences dans le système de la santé avec les enfants. C'est arrivé parfois mais... c'est sûr qu'on sent un changement. On sent de plus en plus que des personnes sont confortables avec la famille telle [qu'elle se] compose. » (Maternité)

« Je pense que c'est la diversité aussi des modèles familiaux, puis des réalités familiales, qui vont faire en sorte [qu'on puisse] considérer que la famille "homoparentale" est un modèle parmi d'autres ! C'est de plus en plus (...) éclaté. » (Maternité)

L'ensemble des participantes a accordé beaucoup d'importance à l'éducation et à la sensibilisation pour contrer la lesbophobie et l'hétérosexisme. Certaines ont souligné qu'en 2002, il devenait inconcevable de continuer à présenter le modèle unique de la famille composée du père, de la mère et des enfants. Une vaste campagne de sensibilisation doit être organisée. Au niveau des services, les formations devraient être obligatoires. De plus, l'éducation ne doit pas viser uniquement les praticiens et praticiennes de la santé, mais toute la hiérarchie administrative :

« Il y a un gros besoin d'un programme de sensibilisation pour les professionnels. Ça devrait être une obligation, soit que ça soit inclus dans la formation, que ça soit la formation des enseignants, des infirmières, des médecins, des services sociaux... ça devrait être obligatoire pour les sensibiliser à la différence qu'il y a dans la communauté. Alors enlever cette idée de maman, papa, les enfants, ça n'existe plus comme la majorité, ce n'est pas vraiment ça. On a toutes sortes de familles ! On a toutes sortes de réalités, puis il faut vraiment servir le public. Ignorer toute une partie de la population, pour moi, je trouve que c'est complètement intolérable en 2002. Ça ne devrait plus exister ! Mais ça demande que les associations, les ministères obligent cette formation, les changements aux programmes de formation, et obligent aussi (...) les programmes de sensibilisation auprès des professionnels qui travaillent déjà. » (Maternité)

« Je dirais qu'il y en a qui peuvent avoir de l'information (...) s'ils ne sont pas à l'aise avec les gais et lesbiennes, ça ne changera rien ; je pense que ce n'est pas vraiment au niveau de l'information, c'est plus l'ouverture des gens (...) Je crois aussi qu'il y a l'influence des supérieurs dans le monde du travail, dans les services sociaux, puis bon, si j'ai mon *boss* qui est plutôt fermé. Bien, ça va mal dans les réunions d'équipe, [il] passe des messages plutôt homophobes ou des choses comme ça, ça va influencer tous les autres intervenants, puis il y en a qui sont nouveaux, qui arrivent, qui gobent tout ça et puis bon, c'est parti, ça enlève un dossier complètement différemment, si la personne a moins d'ouverture sur la réalité des lesbiennes (...) À mon avis, ce n'est pas la formation qui va améliorer l'ouverture des médecins ou professionnels. » (Mtl)

Comme le mentionnait une participante, le gouvernement a la responsabilité de briser la marginalisation des familles minoritaires en diffusant de l'information sur les nouveaux types de familles, en montrant des images positives de ces familles. Toute la société doit être visée par cette sensibilisation.

Les préjugés et la discrimination lesbophobes et hétérosexistes représentent la principale pierre d'achoppement à l'accès des lesbiennes, en toute égalité et respect, aux services sociaux et aux services de santé. Cette barrière entretient des liens de causalité circulaire avec les autres barrières qui seront tour à tour analysées.

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

Les répondantes ont abondamment parlé de la frustration éprouvée devant l'ignorance et le manque de compétence des médecins et thérapeutes qu'elles consultent, que ce soit sur le plan de la santé physique ou mentale. Fort peu de temps - sinon aucun - est alloué à la question de l'homosexualité en général et au lesbianisme en particulier dans les cursus techniques et universitaires. En conséquence, ces professionnelles et professionnels détiennent peu d'informations sur la sexualité des lesbiennes, la gynécologie, et peu de compétence pour intervenir adéquatement en matière de santé mentale. Les lesbiennes doivent souvent prendre sur elles d'informer les praticiens et praticiennes de la santé.

• *Sexualité des lesbiennes*

La majorité des professionnels et des professionnelles de la santé ne connaissent pas la sexualité des lesbiennes, ce qui se répercute sur la qualité de leurs relations avec les médecins, l'accès à des informations éclairées et par conséquent sur leur santé, constatent les répondantes.

En cours d'entrevue, des médecins ne savent pas trop quelles questions poser à une femme non hétérosexuelle et peuvent être pris au dépourvu. En l'absence de formation ou d'informations adéquates sur lesquelles s'appuyer, un praticien ou une praticienne de la santé peut parfois être embarrassée et réagir spontanément, sans filtrer ses préjugés.

« Je me rappelle... un moment donné (...) [j'ai eu un problème d'ordre sexuel]. Je [suis allée] voir un médecin pensant qu'il allait comprendre. Je lui ai expliqué ma situation : il est parti à rire. Pour lui, ça a été une réaction automatique. Après ça, je le regarde. Il s'est rendu compte de ce qu'il venait de faire. Après deux secondes, il s'est levé et il a demandé à quelqu'un d'autre le numéro de la clinique pour femmes qui avait déménagé. C'est le premier médecin que j'ai été voir pour ce problème-là en tant que tel. Enfin, ce n'était pas un problème. Le premier que j'ai été voir... Sérieux, je n'ai pas aimé ça. » (E26)

« Je pense que lorsqu'on parle de notre homosexualité à qui que ce soit des services sociaux, s'ils ne sont pas du tout renseignés sur le sujet et qu'ils pensent qu'il n'y en a pas dans la région", déjà en partant ça nous bloque de parler de notre situation, parce qu'ils ne sont pas au courant. » (BSL)

« J'avais des fibromes (...) J'ai été chez une gynécologue, elle m'a sorti un grand [formulaire sur papier format legal] pour faire une anamnèse. Elle me demande mon nom, mon âge et tout ça, puis

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

elle dit : "tu es célibataire ?" Je dis "oui", puis elle arrête son questionnaire là (...) Mais je peux avoir des amants, je peux avoir n'importe quoi. Je peux être pratiquante, non pratiquante. En tout cas, elle n'a pas voulu savoir. » (E09)

« J'étais avec des contraceptifs, la pilule anticonceptionnelle à partir de 16 ans et après, j'avais un stérilet [même si je n'avais jamais eu de relations hétérosexuelles]. Et c'est ça, quand j'ai fait mon *coming out*, éventuellement je n'avais plus besoin de contraceptifs et j'étais allée voir une médecin (...) J'avais demandé de retirer mon stérilet et je me rappelle qu'elle, elle était très inquiète que je sois sans contraceptifs. Et quand j'avais exprimé que là, maintenant, j'étais avec des femmes, je voyais qu'elle était comme un peu surprise, mal à l'aise, dans le sens que bon, elle ne m'a rien dit de négatif mais on voyait que ce n'était pas prévu dans son livre comment répondre, quoi faire à ce moment-là. Ça avait été plutôt un peu cocasse. » (E03)

Même des médecins qui manifestent une ouverture face aux lesbiennes n'auraient pas accès à beaucoup d'informations et devraient faire leur recherche personnelle. Cette méconnaissance entretient l'invisibilité sociale des lesbiennes et s'en nourrit tout à la fois.

« Je pense qu'il y a une méconnaissance voire une ignorance de la réalité des lesbiennes (...) Il y a une méconnaissance voire une ignorance... des femmes, déjà, on ne les connaît pas beaucoup. Puis quand on est lesbiennes, on ne nous voit pas (...) Dans la mentalité des hommes, c'est le fantasme à 95 % : on n'existe pas ! (...) On a des besoins qui ne sont pas forcément ceux des autres. » (Mtl)

« Je me suis rendu compte en rencontrant les gens des services sociaux, je leur en apprenais plus qu'eux pouvaient m'apprendre sur ma situation. Donc, si au moins il y avait des ressources qui leur faisaient savoir qu'est-ce que l'homosexualité (...) À la base, [il] faudrait que ces gens-là en sachent plus pour qu'on se sente plus acceptées. Qu'on soit moins réticentes au fait de rencontrer des spécialistes. » (BSL)

« [Ma médecin] fait sa propre recherche comme elle peut, parce qu'elle ne peut que se renseigner par les quelques lesbiennes qu'elle voit [étant donné] qu'il n'y a (...) aucune information qui circule. » (Mtl)

« C'est dommage, mais les médecins sont les dernières personnes à qui [poser] des questions [sur tout ce qui touche le couple lesbien]. Ils ne sont pas au courant de la vie, de l'expérience des lesbiennes, comment je peux lui demander ? » (E24)

La problématique des maladies transmissibles sexuellement (MTS) et de leur transmission est dominée par la question du sida, de l'homosexualité masculine et des rapports hétérosexuels.

Peu d'information circule au sujet des lesbiennes. Même certains médecins laisseraient entendre qu'il y a peu ou même pas de risque entre femmes. Comment se protéger des MTS quand on est lesbienne ? Quelles sont les précautions à prendre avec les jouets sexuels (*sex toys*) que certains couples utilisent ? L'information est difficile à trouver du côté des services de santé, d'après les participantes à l'étude. Une intervenante d'un CLSC croit que certaines fausses perceptions sont véhiculées :

« 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. » (Mtl)

« Puis là, dans sa tête, ça a vraiment été comme... je ne sais pas (...) "entre deux filles tu ne peux rien attraper" (...) Il leur manque un petit quelque chose parce que tout est possible. » (E25)

« Je pense qu'au CLSC, il manque un petit peu d'information, des fois. Moi, je travaille à l'hôpital, puis je me suis coupée avec un scalpel contaminé. Ça, ça veut dire "protège-toi pendant tes relations sexuelles", qu'ils m'ont dit. Je suis partie à rire ! Ah ! oui ! c'est simple, fait que là je cherche dans ma tête, *wow ! le Saran Wrap...* Je pars, je m'en vais au CLSC avec [ma conjointe], puis là, on demande "qu'est-ce qu'il faut faire ?" (...) – "Il n'y a pas vraiment de risque". Bien, je dis "oui, mais il y en a un petit peu !" (...) Dans le fond, elle ne le savait donc pas quoi me répondre, pauvre petite. L'infirmière qui était là pour me répondre en plus, elle était là en santé sexuelle ! Finalement, elle a cherché, puis elle n'avait pas d'information [à me donner]. Elle cherchait pendant qu'elle nous parlait. J'ai trouvé qu'elle n'était pas tout à fait assez informée. Puis à un moment donné, je l'ai regardée, je lui ai dit : "C'est-tu juste le *Saran Wrap* qui existe, là ?". Puis, elle a bouché. » (CdQ)

« Nettoyer les vibrateurs, tous les jouets, on n'en parle pas (...) On n'en parle pas de l'utilisation des jouets dans un couple de lesbiennes (...) Je pense qu'il n'y aura jamais une grande publicité qui va être faite alentour de ça parce que l'utilisation des *sex toys*, c'est un peu tabou. (...) Donc l'information ne se transmet pas (...) Et d'un autre côté, on est pris avec le système médical qui nous dit : "bien non, les MTS entre lesbiennes, ça ne se peut pas, ça ne se passe pas". » (E06)

Cette méconnaissance du côté des services de santé pourrait entretenir le tabou dans la communauté même autour de cette question. En raison des anticipations de discrimination, il peut aussi être difficile pour une lesbienne d'aborder ce sujet avec un ou une médecin :

« Moi, je pense [que] pour plusieurs, ça doit être une barrière, même le nommer, donc je suis convaincue qu'il y a des femmes, par exemple, qui ne nomment pas des problèmes qu'elles peuvent avoir parce qu'elles ne disent pas c'est quoi leur situation familiale ou leurs relations sexuelles ou des choses comme ça (...) Je suis sûre que si tu n'es pas féministe et dans un milieu comme d'emblée

ouvert à la question, à la réalité des lesbiennes, je suis sûre que ça doit être très difficile de nommer ces affaires, je pense que là, c'est une barrière, les gens ont beaucoup d'éducation à se donner, puis aussi de ne pas laisser tout le soin à l'autre de... de nommer donc. » (E16)

- Examens gynécologiques

Les examens gynécologiques ne sont pas des moments agréables à passer pour aucune femme mais certaines lesbiennes les anticipent davantage. « C'est dans votre tête », « Ce n'est pas supposé faire mal », se sont fait dire quelques femmes qui avaient manifesté leur inconfort durant un examen gynécologique. Ce genre d'attitude peu sensible ne saurait aider les lesbiennes à consulter en gynécologie. Certaines femmes interrogées refusent tout examen gynécologique :

Q. « As-tu déjà rencontré un gynécologue ? »

R. « Non, non, arrête ! je ne veux pas non plus ! [rires] Je n'ai pas envie de m'ouvrir les jambes devant une personne que je ne connais pas (...) Sérieusement, je ne veux pas aller voir un gynécologue. Je crois définitivement que le fait que je ne veuille pas aller voir un gynécologue est probablement relié au fait que je sois homosexuelle. Premièrement, dans mon cas, je n'aime pas beaucoup ça, la pénétration. De me faire mettre un... »

Q. « Spéculum ? »

R. « Oui, ou quelque chose du genre. Je n'ai pas envie de me le faire rentrer et puis de me le faire ouvrir (...) Puis (...) fouiller dedans. C'est là que ma limitation se fait. » (E26)

Dans quelques cas, les craintes sont fondées sur une expérience pénible, voire traumatisante comme pour cette femme :

« Bien, [j'ai eu un examen gynécologique] une fois, oui. Ah ! mon Dieu, oui ! Ça, ça avait été effrayant. J'étais jeune, jeune, jeune mariée. J'avais de la misère avec la pénétration. Je n'étais pas capable, j'étais jeune, jeune mariée et ça fait maintenant de ça 38 ans. Elle avait ri de moi. Une femme. Maudit qu'elle était méchante. Elle, je n'avais pas été capable. J'avais 20 ans, je n'étais pas capable de lui répondre, j'étais trop gênée. J'ai assez pleuré, là. Mais ça, ça fait longtemps. » (E02)

Dans la section suivante, nous passerons en revue les différents préjugés qu'entretiennent nombre d'intervenants et d'intervenantes en santé mentale.

- Santé mentale

En raison de l'hétérosexisme et de la lesbophobie qui font partie du sens commun dans pratiquement tous les milieux de la société, les lesbiennes ont des besoins accrus en matière de

services d'aide quant à leur santé mentale. Pourtant, c'est précisément au niveau des services de santé mentale, davantage que de santé physique, que la barrière du *manque de compétence* s'avère la plus évidente et lourde de conséquences, selon l'analyse de notre matériel.

Cette barrière s'articule directement à la lesbophobie et à l'hétérosexisme présents dans les programmes techniques et professionnels, de même qu'à l'échelle de la société dans son ensemble. Les répondantes rencontrent des intervenants et intervenantes en santé mentale pour diverses raisons, que ce soit dans les périodes de questionnement ou de remise en question au sujet de leur orientation sexuelle, de *burnout* professionnel, de dépression en lien avec la discrimination ou l'isolement, ou encore pour une toute autre raison. Elles sont à la recherche de réconfort, d'outils pour mieux se connaître ou améliorer leurs relations familiales, sociales ou leur relation de couple, d'une oreille attentive qui saura les comprendre... Dans certains cas, ces attentes ont été comblées, comme nous l'avons précisé dans la partie consacrée à leurs besoins. Toutefois, dans d'autres cas, plusieurs lesbiennes ont eu la surprise de constater le peu de connaissances et d'aptitudes chez les professionnelles et professionnels en santé mentale pour les accompagner adéquatement. D'autres ont dû faire face aux préjugés lesbophobes habituels répandus dans la société.

Des thérapeutes ont manifesté une ouverture mais avoué manquer d'outils pour répondre aux besoins de leur cliente. Ce manque de formation des intervenantes et intervenants en santé mentale concerne tant la réalité sociale et culturelle des lesbiennes que la spécificité de leur vécu de discrimination et de stigmatisation sociale. Il prive les lesbiennes de soins appropriés, par exemple, en matière de violence conjugale. Les lesbiennes ne sont pas certaines d'être *comprises* par plusieurs thérapeutes en santé mentale :

« Un psychologue *straight*, pas juste *straight* parce qu'hétéro, mais *straight* dans le sens... qu'il ne fait pas d'interventions de milieu puis qu'il ne s'implique pas.... Il y a des moments, tu te dis : "il comprend-tu ?". (...) Avoir l'air d'écouter mais que tu ne sais pas trop, dans le fond (...) où est-ce qu'il en est, qu'est-ce qu'il comprend, qu'est-ce qu'il analyse, c'est quoi les préjugés ou la lecture qu'il est en train de faire de ce que tu lui dis, puis qu'est-ce qu'elle comprend de ça. » (E04)

« 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. Mais quand c'est des femmes... elles ont essayé de me dire : "faut que tu viennes dormir ici ce soir". Et je disais : "oui, mais tu ne comprends pas...". C'est sûr que si je ne me sens pas en sécurité je vais y aller mais je n'arrivais pas à leur faire voir qu'au niveau des problèmes de couple, quand la tension monte, d'un tu souffres d'isolement (...) ça ne "fitte" plus dans le corps... (...) Ils voient ça comme un problème d'abuseur/abusée. Le problème n'est pas dans les statistiques. En tout cas je ne parle pas pour les statistiques, je parle pour moi-même. » (Mtl)

« Je pense à quelqu'un en particulier qui avait de l'ouverture, ça je n'avais pas de problème, et à un moment donné à quelques reprises, elle a fait des farces, soit qu'elle me reflétait quelque chose, tu sais comme donner un commentaire sur quelque chose que je venais de dire, et là je la regardais (...) : "ça n'a rien à voir dans ma vie, ce que tu viens de me dire" (...) Parce qu'elle, il lui manquait peut-être une connaissance au niveau des lesbiennes et du vécu des lesbiennes. Ça faisait que la réponse n'était pas tout à fait appropriée. Mais après ça, ça a été comme : "regarde, bien, il y a ça, ça, ça dans la communauté ou bien quand tu es lesbienne, c'est ça, ça, ça". Et ça ne s'est pas reproduit. Bah, à quelques reprises, mais ça, sur des choses très différentes d'une fois à l'autre. Ça n'a pas eu d'impact sur cette relation thérapeutique. » (E06)

Les seuls cas explicites de « refus de soins » évoqués au cours de cette recherche concernent la santé mentale. La raison invoquée serait le manque de compétence pour ce « type de clientèle » :

« [Il y a une douzaine d'années] je suis allée au CLSC... J'ai essayé de contacter des psychologues [mais] je ne réussissais pas à avoir des rendez-vous. C'était difficile : dès qu'ils savaient que j'étais homosexuelle, ils ne voulaient pas me voir. »

Q. « Sérieusement, c'est arrivé ? »

R. « Oui, oui, c'est déjà arrivé. »

Q. « Pourquoi ? »

R. « Je ne sais pas. Ils disaient qu'ils ne pouvaient pas m'aider (...) Quand je voyais des psychologues et que je leur disais que j'étais homosexuelle, ils disaient qu'ils ne pouvaient pas m'aider. »

Q. « Ils vous disaient ça, d'emblée ? »

R. « Oui, moi je préférais leur dire (...) Ils me demandaient pourquoi j'appelais, quels genres de problèmes... Ils posent des questions. »

Q. « C'est avec le psychologue lui-même que vous parliez ou c'est avec une secrétaire ? »

R. « Oui le psychologue lui-même, la psychologue (...) J'ai eu des refus (...) Je me suis rabattue sur les groupes de discussion. » (E18)

Le refus de soins peut prendre une forme déguisée. Des psychologues et psychiatres peuvent refuser d'aborder la question de l'orientation sexuelle si elle n'est pas la cause directe de la consultation. Dans l'extrait qui suit, une femme consultait en raison d'un *burnout* et ne pouvait parler de son orientation sans se faire couper la parole :

« Elle ne voulait tellement pas que je [parle du] fait que j'ai changé d'orientation sexuelle, je pense qu'elle ne voulait pas travailler ça (...) On finissait qu'on s'obstinait dans le bureau. Je m'obstinais avec elle. Elle m'obstinait et j'étais comme... bouleversée à la fin de tout ça (...) J'ai bien vu qu'elle ne m'aidait pas au niveau mental et qu'elle aurait pu me mettre complètement dans le déni de certaines situations que je vis. » (E01)

À l'inverse de la situation précédente, des thérapeutes voudront lier à l'homosexualité d'une femme le problème à l'origine de la consultation.

« Je suis déjà tombée sur une psychologue qui a essayé de me changer. Ça fait plusieurs années de ça. Elle me disait que finalement, les problèmes pour lesquels j'allais la voir, bien peut-être qu'il y avait un lien avec le fait que je ne suis pas à l'aise avec ma sexualité et mon orientation. En tout cas... Moi, je me disais : "de quoi elle me parle, la madame ?". Non, je suis à l'aise avec tout ça. » (E06).

Ce type de réponses renvoie à plusieurs *préjugés tenaces* au sujet de l'homosexualité, vue comme une maladie mentale, une perversion sexuelle. Un autre préjugé concernant l'homosexualité est que cette orientation sexuelle soit modifiable par la thérapie. Plutôt que d'accorder de l'importance et du crédit à la parole de la cliente, certains psychologues, psychiatres ou même sexologues laisseraient entendre que le lesbianisme ne serait qu'une phase de la vie d'une femme, que « cela va passer avec le temps ». Par ailleurs, psychologues et, surtout, psychiatres se préoccupent encore parfois de la recherche des causes de l'homosexualité :

« J'ai déjà été voir un psychologue parce que ma première copine, elle pensait que c'était impossible que je puisse être qui je suis, en ayant vécu ce que j'ai vécu (...) Elle ne pensait pas que je pouvais être saine. En général, un enfant battu, ce n'est pas quelqu'un, entre guillemets, qui peut avoir du succès, qui peut être finalement qui je suis. Je lui ai dit : "OK, tu penses (...) ça, je vais aller voir un médecin, un psychologue". Rendue là, bien entendu, la psychologue avait des problèmes psychologiques ; elle ne pouvait pas comprendre l'homosexualité. »

Q. « La psychologue n'a rien voulu savoir du fait que tu étais homosexuelle ? »

R. « [Sur un ton en colère] Ce n'est pas qu'elle n'a rien voulu savoir, mais elle essayait de m'expliquer mon homosexualité par le fait que mon père m'a fait de quoi. Ça n'a pas rapport. Je ne suis pas lesbienne parce que mon père m'a fait quelque chose, je suis lesbienne parce que je suis lesbienne, point final. Ce que mes parents m'ont fait... ma mère aussi, elle m'a fait de quoi, mais est-ce que... je veux dire, je ne suis pas devenue asexuelle ! Elle me coupait tellement [la parole] quand je parlais... ce qui fait que, écoute, "va te faire soigner !". (...) Il fallait que ton orientation sexuelle, sauf si elle est hétérosexuelle, soit expliquée par quelque chose d'autre qui t'est arrivée dans le passé. Je connais des personnes qui ont eu des enfances très heureuses, par exemple ma copine, puis ils sont homosexuels. L'homosexualité, ce n'est pas quelque chose que tu gagnes à cause d'une expérience. Quoique, cela peut arriver, mais en tout cas... » (E26)

« À l'âge de 18 ans, ça fait quand même juste sept ans, j'ai rencontré un médecin parce que je vivais une période de deuil, vu que ma copine allait déménager, on n'allait plus se voir et puis j'avais été capable de le dire au médecin, ce qui m'a surprise, parce que je n'acceptais pas vraiment mon homosexualité. Mais j'avais été capable de dire que j'avais une tendance. Et j'avais parlé de ça à ce

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

médecin-là et il me dit : "Non, t'es malade, on t'envoie en psychiatrie, tu vas voir, on va te soigner". J'étais dans mes débuts dans l'homosexualité, [je] commençais à m'accepter un petit peu. J'ai été chanceuse de ne pas être traumatisée par ça. Je me dis "mon dieu, jamais je serais où je suis rendue aujourd'hui, si je m'étais arrêtée à ça !" » (BSL)

« Même si étant jeune, j'avais ressenti de l'attirance pour les femmes, bon, j'ai rejeté ça, je me suis mariée et après X années de mariage, bien ça allait mal, et puis j'avais avoué à mon mari que j'avais une attirance pour les femmes, mais comme cadeau de Noël, je lui avais dit : "je vais aller consulter pour voir qu'est-ce qu'il en est" (...) Je suis allée à l'hôpital Fleury, rencontrer un psychiatre (...) c'est dans les années quatre-vingt... non, dans les années '77 à peu près, et je rencontre le psychiatre, et il me fait passer différents tests (...) Il me demande : "Pourquoi tu viens consulter" et je lui dis : "J'ai une attirance pour les femmes et tout le *kit*". Alors j'ai fait à peu près trois consultations : de un, je n'étais pas à l'aise avec le monsieur et en dernier, ce qui en est résulté, selon tous les tests, il m'a dit "Tu n'es pas lesbienne, c'est comme quelqu'un qui aime le gâteau au chocolat et même si tu aimes le gâteau au chocolat tant que tu n'en mangeras pas, tu vas être correcte". Fait que je suis sortie de là guérie, moi ! Mais j'étais toute heureuse... »

(Une autre participante) : « Moi, je lui aurais dit : "Donne-moi du gâteau au chocolat, j'ai faim pour en manger !" »

R: « Mais probablement, c'est ce que je voulais entendre, parce que je suis sortie de là, puis j'ai dit à mon mari : "Je suis guérie, je ne suis pas lesbienne, oublie ça" (...) Aujourd'hui, ça fait 18 ans que je vis avec la même femme, mais je ne suis pas lesbienne, par exemple, je vous annonce ça : le psychiatre l'avait dit. Je suis guérie ! Guérie ! » (CdQ)

L'invisibilité du lesbianisme et la méconnaissance des lesbiennes se constatent une fois de plus lorsque les services de santé mentale ne reconnaissent pas le couple lesbien comme un couple à part entière : comme si la conjointe d'une femme ne pouvait être une source réelle d'aide et un soutien social efficace, alors qu'elle représente parfois l'une des seules personnes de confiance d'une lesbienne dans les moments difficiles.

« [Cet hôpital], c'est un peu le centre d'urgence où ils vont te demander : "As-tu un chum ?". Ils vont encourager les relations hétérosexuelles comme une façon de prendre soin de toi. Mais quand tu es lesbienne, ce n'est pas encouragé comme un signe de bonne santé au même niveau que l'hétérosexualité (...) Les oppressions causent un inconfort dans la société qui cause des besoins (...) au niveau de la santé mentale, puis ce [que] tu as besoin d'entendre, c'est [te] faire réaffirmer ta personne, te donner des forces pour vivre cette marginalité-là. Ce n'est pas possible, dans le contexte. » (Mtl)

« Quand ils font leur analyse (...) pour essayer de comprendre la situation de la personne (...) il n'y a pas de place pour ça. Il n'y a pas d'endroit, pour indiquer, dans son dossier que la personne est

bien entourée, même si elle n'a peut-être pas ses parents, ou elle n'a pas ci ou pas ça, parce que ces notions sont juste avec ce cadre-là. Si je ne rentre pas dans ce cadre-là, elle ne comprend pas, elle ne fait pas de place non plus. Elle ne comprendrait peut-être pas pourquoi tu veux te faire accompagner par ta partenaire [dans certaines circonstances]. » (E22)

Les intervenants et intervenantes en santé mentale détiennent un immense pouvoir dont les impacts sur les lesbiennes n'ont pas encore été étudiés. Les psychiatres, par leur pouvoir d'étiquetage, ont contribué à traiter l'homosexualité comme une maladie. L'impact des diagnostics psychomédicaux sur la trajectoire des lesbiennes devra être examiné : dépression, estime de soi, recours au psychotropes, dépendance aux médicaments... (Chamberland 1996 : 139). On sait que les rapports de Kinsey n'ont guère été diffusés au Québec, du moins, avant la « mode des thérapies » (*Id.* : 131). À écouter les répondantes relater leurs rapports avec les services de santé mentale, un constat d'incompétence, que ce soit au niveau des connaissances professionnelles ou de la capacité à entrer en relation d'aide avec cette catégorie de femmes particulière, peut être établi. Alors que les besoins exprimés sont criants, les services actuels ne parviennent pas à y répondre.

- Éducation des professionnels et professionnelles de la santé

Des lesbiennes rencontrées qui consultent un professionnel ou une professionnelle de la santé affirment avoir dû « faire son éducation ». Cette « éducation » comprend non seulement le domaine médical et psychologique mais aussi toute la réalité sociale et culturelle des lesbiennes.

« C'est sûr que pour elle, c'est un domaine totalement inconnu. Le fait qu'elle est une personne très intéressante et humaniste comme on pourrait dire, ça rend les rapports très faciles (...) Souvent, elle me pose des questions. Bon, c'est sûr que j'ai eu une période de dépression : là, à un moment donné, quand ça fait quatre ou cinq ans que tu es malade et qu'il n'y a rien que la médecine peut t'apporter, c'est assez difficile. Alors, étant sur les antidépresseurs et tout ça, à un moment donné, elle me posait des questions à savoir s'il y avait beaucoup de lesbiennes qui étaient sur les antidépresseurs. Je voyais que pour elle, bon, elle se posait des questions, elle n'avait comme aucune référence à *dealer* spécifiquement avec la communauté lesbienne (...) Alors, c'est sûr qu'à l'occasion, il y a des questions qu'elle peut me poser que je sens que je suis comme un peu cobaye pour elle... savoir plus spécifiquement, s'il y a des choses qui sont attribuées plus spécifiquement aux lesbiennes que d'autres. Mais dans l'ensemble, les rapports sont très bons avec elle. » (E03)

« La psy que je vois (...) à l'occasion (...) elle est au courant que je suis dans un couple lesbien puis elle n'est pas "connaissante". Ce n'est pas un sujet qu'elle... ce n'est pas quelqu'un qui est

spécialiste dans la chose ou... en fait elle connaît très peu mais elle est très ouverte. Puis moi, j'ai accepté aussi de (...) faire son éducation, donc des fois, elle va me poser des questions, je dis "non, moi je ne dis pas *homosexuelle*, je dis *lesbienne*", j'explique pourquoi, puis elle est très ouverte. Donc ce n'est pas difficile. » (E16)

« Elle n'est pas au courant des sujets [concernant les] lesbiennes et de santé lesbienne, mais elle est très ouverte. Elle n'était pas choquée quand je lui ai dit que je suis une lesbienne (...) C'est sur notre dos, c'est notre responsabilité de faire des recherches parce que les médecins ne savent pas assez sur la santé des lesbiennes. Comme la santé des femmes, durant longtemps, ce n'était pas connu parce que les personnes ne savaient rien (...) beaucoup de fois, c'est moi qui ai éduqué les médecins. » (E24)

« Comme le fait de savoir d'avance que je vais devoir minimalement expliquer, faire l'éducation sur la réalité lesbienne, puis dans certains cas justifier que je suis lesbienne, etc., c'est sûr que c'est une barrière. C'est une barrière dans les services de santé évidemment. C'est une barrière dans plein d'autres choses aussi (...) C'est quand même un effort d'avoir à éduquer (...) C'est loin d'être tout le monde qui va avoir ce réflexe-là. » (E17)

Que des lesbiennes parviennent à « éduquer » leurs médecins et thérapeutes indique une ouverture au lesbianisme chez plusieurs. Dans ces cas, des formations seraient non seulement envisageables mais bien accueillies. Quant aux autres, des efforts de sensibilisation devraient être tentés.

◆ Lesbophobie et hétérosexisme intériorisés

Il s'agit d'une barrière qui n'est « personnelle » qu'en apparence. On parle de lesbophobie et d'hétérosexisme intériorisés lorsqu'une lesbienne appréhende des attitudes négatives si elle dévoile son orientation sexuelle. Une femme peut se sentir inconfortable avec son homosexualité, ne pas l'accepter ni la valoriser. C'est le fruit de son expérience comme lesbienne, dans son rapport à elle-même et avec les autres, la façon dont son orientation est accueillie par les autres. Tel qu'évoqué dans la section portant sur le travail, les anticipations de discrimination se nourrissent autant du vécu personnel que de la discrimination *collective*, c'est-à-dire celle vis-à-vis des lesbiennes comme groupe social minoritaire. La lesbophobie et l'hétérosexisme intériorisés ne se conçoivent pas en dehors de rapports sociaux bien concrets, que ce soit avec la famille, à l'école, au travail, dans les services, dans ses amitiés... La lesbophobie intériorisée ne sera pas appréhendée ici en termes « psychologisants » ou individuels mais plutôt comme le produit de rapports sociaux.

Trois principaux **facteurs de vulnérabilité** à la lesbophobie et à l'hétérosexisme intériorisés ressortent de nos données du terrain : une famille lesbophobe et « dysfonctionnelle » (violence, agressions, négligence, divorce), l'absence d'un réseau social significatif ou l'isolement (absence de rapports avec la famille pour des raisons culturelles, religieuses ou parce que celle-ci est « dysfonctionnelle », réseau d'amitiés réduit) et les mauvaises expériences (vécu de discrimination). Les lesbiennes qui ont développé une forte estime de soi, assurées de l'amour de leur famille et de leurs proches, résistent beaucoup plus facilement que les autres à la lesbophobie et à l'hétérosexisme intériorisés. Dans la prochaine partie (F), ces facteurs seront examinés avec attention pour chacun des sous-groupes étudiés, soit les femmes des régions, les jeunes, les plus âgées et les membres des groupes racisés.

Le dire ou pas ? Nous avons vu dans la partie sur les besoins (D) qu'une majorité des répondantes sont convaincues des possibles impacts positifs du *coming out* sur la relation thérapeutique mais qu'il peut aussi provoquer toute une série de réactions négatives. « Le dire » n'est pas un acte magique. Dans ce qui suit, nous verrons comment le *coming out* représente un énorme stress, amplifié par les anticipations de discrimination. Ce stress s'articule à la présomption d'hétérosexualité dont la nature discriminatoire a été établie. Ne pas le dire peut comporter aussi des conséquences négatives sur les soins reçus. Nous avons de plus constaté que l'hétérosexisme intériorisé peut constituer une barrière dans l'accès à la maternité pour les jeunes lesbiennes.

- *Stress du coming out et anticipations de discrimination*

Pour les lesbiennes rencontrées, « le dire » ou pas est souvent le premier dilemme auquel elles doivent faire face lors d'une rencontre avec les médecins et thérapeutes : c'est une question sans cesse à évaluer, réévaluer, c'est un stress. Ces femmes sont parfois conscientes de supporter un poids injustifié pour obtenir des services sociaux et médicaux :

« On vit dans une société... avec l'homophobie (...) on passe tout notre temps à juger à quel moment (...) nommer une affaire ou une autre (...) C'est le rôle des [intervenants] de [faire en sorte] que tu puisses être à l'aise. Alors c'est à eux de *dealer* avec leur homophobie, ce n'est pas à moi de *dealer* avec leur homophobie [rire], c'est à eux de faire quelque chose avec. » (E16)

« 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*. » (E01)

« J'évalue tout le temps, c'est sûr. Toute ta vie, tu évalues à quel moment [le dire] (...) Je viens de voir une médecin que j'ai vue maintenant une fois [rire] qui, je pense, [sera] ma médecin. Je ne me rappelle pas qu'est-ce que j'ai dit par rapport à mon orientation sexuelle (...) Il y a toujours un moment un peu... pas simple, tu sais (...) Je l'ai toujours nommé quand c'était pertinent mais... je ne le nomme pas tout le temps. » (E16)

Cette femme citée plus haut, dont la médecin présume à répétition l'hétérosexualité, envisage de se dévoiler mais hésite, pèse le pour, le contre, se triture l'esprit :

« J'en n'ai pas parlé encore. Je suis sûre que... parce qu'elle n'a pas de préjugés sur rien, c'est une femme médecin puis elle est fine (...) Puis souvent, je dis "je vais lui en parler, je vais lui en parler", puis je ne lui en ai pas parlé encore. Mais je pense que de la façon que je m'exprime, je pense qu'elle l'a deviné, mais entre deviner et en parler... (...) Je pense que la prochaine fois, je vais lui en glisser un mot, je pense qu'elle ne tombera pas en bas de sa chaise, parce qu'elle s'en doute. Elle s'en doute. Puis je pense, la prochaine fois – on dirait qu'on prend confiance – que la prochaine fois, je vais lui en parler (...) Mon Dieu, pourquoi qu'elle me jugerait, c'est encore la peur du rejet, tout le temps (...) Je suis sûre qu'elle serait surprise, pourquoi j'en n'ai pas parlé avant ? (...) Je suis sûre qu'elle va me dire ça : "mais je le savais". Ça fait que c'est moi qui se... c'est moi qui se coupe... la peur, parce qu'il y a tellement de préjugés, au niveau professionnel, je me dis, il y a encore du chemin à faire, je trouve. » (E20)

Plusieurs attendent que les médecins ou thérapeutes posent directement la question en donnant des « indices », elles tendent des perches. Comme nous l'avons vu, la présomption d'hétérosexualité n'encourage pas les femmes à révéler leur lesbianisme et ce, de façon évidente. La peur de le dire se perçoit entre les lignes dans les extraits suivants :

« Au début, j'y allais comme *straight*. Je disais que j'avais une amie chez moi parce qu'elle m'a demandé si j'étais toute seule. Mais pas plus que ça. À un moment donné, elle-même est arrivée : "Puis, ta copine..." (...) Quand elle m'a dit "ta copine", j'ai assumé qu'elle avait cliqué. Parce qu'elle avait dit ça. Mais c'est vrai que quand tu es *straight* tu appelles "ta copine" tes amies aussi (...) Ça a fini que c'est resté un peu nébuleux. » (E01)

« Il m'a posé des questions et quand il voyait bien que je ne répondais pas du tout aux questions, je répondais le contraire de ce qu'il voulait (...) il m'a posé la question : "ne seriez-vous pas d'orientation homosexuelle" ? J'ai dit : "bien oui". » (Mtl)

Ces nombreuses hésitations des lesbiennes avant de le dire se lient à des risques *réels*, d'ailleurs attestés par la littérature (Barbara, Quandt et Anderson *et al.* 2001 ; Hitchcock et Wilson 1992 ; Ryan, Brotman et Rowe 2000). Les lesbiennes ont peur d'être étiquetées comme

étant anormales ou malades mentales, surtout par les psychiatres et psychologues qui ont reçu leur formation avant 1973, date du retrait de l'orientation sexuelle du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Elles craignent d'être jugées.

La question du *coming out* peut être l'objet de négociations dans le couple lorsque les partenaires consultent ensemble ou si l'une accompagne l'autre. Il est important d'être toutes deux sur la même longueur d'ondes. Il n'est pas toujours facile de conjuguer les anticipations de discrimination de l'une aux besoins affectifs de l'autre.

« Il y a deux trois mois, je suis allée à l'urgence (...) en psychiatrie (...) Et elle était venue avec moi, ma copine. Tout au long, elle est restée avec moi et on se tenait la main. J'étais à l'aise : [tant pis] moi je décide que je ne *feel* pas puis je vais m'accoter sur son épaule. Puis, elle [non plus] ça ne la dérangeait pas. Parce qu'il y a moi, mais il y a elle aussi. Des fois, moi je peux être à l'aise, mais elle pas. Là, je suis encore bloquée, à savoir si je le dis, si elle ne veut pas, ça fait [des frictions] pour rien. » (E01)

« Elle est allée à l'hôpital et je suis allée avec elle. Et là, c'était comme : "Puis, comment tu sens ça, la place ?". C'est comme ça qu'on se parle. "Ah non, non, je ne voudrais pas que tu viennes avec moi dans le bureau ici". C'était trop stressant, l'ambiance. C'était plus dans le senti, là. On ne s'est pas touchées, on n'a pas fait allusion [au fait] qu'on était un couple. "Mais écoute, c'est pour toi. – Non, je ne suis pas mal à l'aise, oublie ça." » (E01)

« Le dire » peut provoquer un inconfort, une gêne partagée. Parfois, il est difficile de cerner si le malaise provient de l'orientation sexuelle de la cliente ou du simple fait de parler de sexualité :

« J'ai rencontré un (...) médecin à la clinique [qui] était mal à l'aise (...) puis cela m'a mise mal à l'aise (...) Il était incapable de me regarder, c'était la honte pour lui [de parler de sexualité] (...) Il regardait à terre, il ne me regardait pas dans les yeux (...) Ce n'est pas à moi de me sentir mal parce que toi t'es mal à l'aise de parler de sexualité avec moi. C'est clair qu'il se sentait mal à l'aise. Mais peut-être qu'il [se sentait] mal à l'aise de parler de sexualité tout court... je ne sais pas. » (E16)

Le *coming out* représente un fardeau, voire une épée de Damoclès constamment suspendue au-dessus de la tête d'une lesbienne. Toutefois, après avoir craint de « le dire », l'expérience peut parfois s'avérer plus facile qu'anticipé :

« Souvent, le *coming out* est une plus grosse affaire dans notre esprit que ce ne l'est dans l'esprit des autres. Pour la plupart des gens, ou ce n'est pas du tout un problème, ou ils ne disent rien (...) Parce qu'on a [intérieurisé] beaucoup de messages négatifs qui sont partout. Et dans notre enfance, il

y a eu beaucoup de messages négatifs. Des fois c'est une plus grande chose dans nos pensées que dans les faits réels. » (E08)

« C'est sûr, au début, j'avais un peu de réticence à le dire (...) "Est-ce que tu es enceinte ?" – "Bah, non" – "Est-ce que tu prends la pilule ?" – "Bah non". À partir de là, tu dis : "Écoutez, je suis gaie". La réaction, à date, il n'y a pas eu de problème, de comportements (...) qui étaient inadéquats. » (E23)

- Conception hétérosexiste de la famille

Certains jeunes gais et lesbiennes rencontrés dans un groupe de discussion sur le sujet « Adoption et mariage » partagent une conception hétérosexiste de la famille. L'image forte des parents des deux sexes accompagnés de leurs enfants biologiques s'impose encore aux esprits. Cette idée érigée en norme persiste même si le modèle familial traditionnel a été profondément transformé par les nouvelles familles recomposées et monoparentales de même qu'« homoparentales », que ce soit avec les enfants de deux conjointes ou conjoints respectifs – de même sexe ou pas – ou des enfants de l'adoption internationale. Pour ces jeunes gens âgés de moins de 25 ans qui participaient à la discussion, la maternité ou la paternité ne représente encore qu'une hypothèse lointaine.

S'agit-il d'une forme d'hétérosexisme qui puisse constituer une barrière à la maternité pour les jeunes lesbiennes ? Cette attitude se conçoit davantage, selon nous, comme de la lesbophobie intériorisée, vécue dans le processus de *coming out*. Cette conception pourra se transformer avec le temps, dans la mesure où ces jeunes femmes seront exposées à des modèles positifs de maternités lesbiennes.

« C'était juste au niveau de ma conception de la famille que c'était un drame [de me découvrir lesbienne] parce que je veux des enfants. Puis, là, je me disais, pour des enfants, une famille, il faut un homme et une femme. C'était plus à ce niveau-là que la difficulté était. En tout cas, moi, à 17 ans, je ne me rendais pas compte qu'être lesbienne, ce n'est pas ne plus être femme. Ce n'est pas juste un état. Moi, c'était : "je suis lesbienne donc je ne peux plus avoir d'enfants" (...) J'ai eu cette conception-là [pendant] deux ans. » (E15)

La lesbophobie intériorisée peut prendre de multiples formes. Elle peut apparaître comme une intériorisation d'une vision stéréotypée du lesbianisme, dans certains cas d'une image dévalorisante de soi ou, encore, refléter la peur d'affirmer ou même de vivre son orientation sexuelle en raison du stigmate social et de la discrimination. Nous avons constaté que les anticipations de discrimination peuvent mener à l'évitement des services sociaux et des services

de santé. Elles nourrissent de ce fait une autre barrière qui est l'*isolement* des lesbiennes. Avant d'examiner cette barrière même, nous nous sommes intéressées à une barrière qui a des effets aggravants sur toutes les autres, à savoir la pauvreté.

◆ Pauvreté

D'après Santé Canada, le « niveau de revenu » et la « situation sociale » sont les déterminants de la santé les plus « importants » (Santé Canada 2002 : 2). En fait, tous les organismes gouvernementaux de même que la recherche sociale s'entendent pour reconnaître la pauvreté comme un déterminant social de la santé (mentale et physique) prépondérant (ISQ 2000 ; McAll 1996a ; McAll *et al.* 2001 ; MSSS 1997a ; Robichaud *et al.* 1994). Une étude, par exemple, établit que les maladies cardiovasculaires constituent les troubles de santé les plus associés à la pauvreté et à l'exclusion sociale (Raphaël 2002). Or, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez les femmes en Occident (Sereni et Sereni 2002 : 142). Clairement, ces études prouvent que l'amélioration de la santé de la population passe par une diminution de la pauvreté.

Des recherches récentes sur la pauvreté à Montréal ont montré comment se construit et se renouvelle la pauvreté à travers des rapports quotidiens inégalitaires et discriminatoires dans différents lieux d'interaction (McAll *et al.* 2001 : 28). Une étude sur la pauvreté au centre-ville a révélé que par ses multiples dimensions et effets, la pauvreté est elle-même une barrière sociale puissante à la réalisation des projets individuels, une négation des droits et de la citoyenneté (*Id.*). Une autre étude de nature qualitative réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de 100 personnes, dont 69 femmes prestataires de l'aide sociale, à Montréal, a mis en lumière les rapports sociaux concrets à l'œuvre dans l'exclusion sociale de ces femmes (McAll 1996). L'analyse de la trajectoire des 69 femmes a montré l'impact de la pauvreté, des conditions de vie et de la discrimination sur leur arrivée et leur maintien à l'aide sociale. Ce genre d'études remet en cause l'approche néoconservatrice qui attribue aux personnes la responsabilité de leur situation d'exclusion (*Id.*).

Plusieurs des lesbiennes qui ont participé à la présente recherche sont pauvres, même celles qui occupent un emploi (voir tableaux 19, 20, 21 et 23). De plus, rappelons que les femmes, et davantage encore les lesbiennes, figurent parmi les catégories sociales les plus démunies au Québec (ISQ 2000). À cette pauvreté économique, s'ajoute pour certaines une pauvreté des réseaux sociaux (voir partie B). Aussi, par ses effets, la pauvreté s'est-elle imposée comme l'une des barrières à l'accès aux services sociaux et aux services de santé pour les lesbiennes. Pour certaines femmes interrogées, au fait d'être une femme s'ajoute le fait de vivre seule et d'être célibataire. Lorsqu'elles sont en couple, deux petits revenus ne totalisent pas nécessairement un gros revenu...

« Moi, je n'ai pas connu beaucoup de lesbiennes qui sont riches. Mes amies, qui sont dans la quarantaine, ne sont pas riches. Ce n'est pas comme les femmes *straights*, dans la quarantaine, qui sont mariées avec... *you know, double income or whatever*, beaucoup de lesbiennes sont *single women*. » (E24)

Selon une répondante, des médecins n'ont pas conscience de l'existence de la pauvreté et se préoccupent peu du coût des médicaments. Par exemple, plusieurs prescriraient des médicaments non couverts par la RAMQ. Les conséquences de la pauvreté sur l'accès au système de santé et à la santé elle-même sont multiples. L'une de ces conséquences, la difficulté d'accéder à des services adoptant l'approche de soins désirée, est ressortie avec force de l'analyse.

- Choisir une approche

Comme la population en général, les lesbiennes n'ont pas réellement le choix d'une approche médicale plus qu'une autre, puisque seule la médecine conventionnelle est au moins en majeure partie gratuite. Rares sont celles qui ont accès à des régimes d'assurance médicale liés à leur emploi et qui permettent le remboursement d'une partie des frais de la médecine complémentaire (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, par exemple). À l'encontre d'un certain nombre de femmes hétérosexuelles, les lesbiennes ne bénéficient pas des assurances privées d'un conjoint ou d'un mari.

Nous avons souligné que les femmes en général, et peut-être les lesbiennes en particulier, sont nombreuses à désirer une médecine intégrant les approches conventionnelles et complémentaires (Trippet et Bain 1993 ; voir précédente partie C). Une majorité des participantes à l'étude manifestent une ouverture à ces approches complémentaires ou dites alternatives à la médecine conventionnelle. Malgré des revenus souvent modestes, plus de la moitié des répondantes de Montréal avaient déjà consulté en acupuncture, en homéopathie, en ostéopathie, en massothérapie ou en naturopathie, ou en avaient l'intention, dans un avenir rapproché, au moment de l'entretien. Un quart d'entre elles affirment avoir recouru plusieurs fois à ces approches ou y recourir régulièrement, que ce soit pour des problèmes gastro-intestinaux, allergies, migraines, rhumes, ou sevrage de la cigarette. Un autre quart de ces femmes ne manifestent pas d'intérêt pour les médecines non conventionnelles et deux s'y sont montré vivement opposées.

Plusieurs lesbiennes souhaiteraient recourir à la médecine complémentaire mais ne disposent pas de l'argent nécessaire.

Chapitre III

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

« Quand tu as des problèmes de santé et que tu ne peux pas travailler et que la médecine n'a rien à t'offrir, c'est très, très difficile car je dois aller en homéopathie, en acupuncture, en naturopathie. Je dois défrayer tous les frais moi-même. Je suis sur "soutien financier", là. Alors, ce n'est pas évident. C'est très, très difficile à vivre au niveau émotif, au niveau de la valorisation de soi. » (E03)

« Ça me coûte des fortunes. J'ai des dettes. Je trouve ça dommage parce que je me dis... le voisin, à côté, lui, s'il passe par les médecins, il a des soins qui lui conviennent, c'est payé, puis moi, non. Surtout que pendant toutes ces années-là, je n'ai pas pu travailler (...) Il y a [ce] problème qui n'est jamais mentionné, jamais nommé. Souvent, les femmes se retrouvent comme ça, dans la médecine alternative, on a des frais énormes à payer parce que le système de santé n'est vraiment pas bon pour nous. » (Mtl)

Q. « Est-ce que tu as des rapports avec des praticiens en médecine alternative, complémentaire ? »

R. « Non (...) [Consulter en homéopathie] c'est plus cher (...) Ce n'est pas une option [pour moi]. » (E24)

Des femmes ont regretté ne pas avoir les moyens financiers de consulter un ou une psychologue en milieu privé. Leur médecin, qui offre en général une écoute limitée, peut conseiller, vu l'urgence, de rencontrer un ou une psychologue mais les listes d'attente dans les services publics ne permettent pas une intervention rapide, à moins d'être en crise aiguë. Des femmes, en raison de leurs moyens limités, sont contraintes de consulter en psychiatrie (frais couverts par la RAMQ) alors qu'elles auraient souhaité être référées en psychologie.

« J'ai essayé d'avoir de l'aide du côté d'une psychologue. J'ai eu beaucoup de difficultés à en trouver une : je n'avais plus d'emploi (...) [J'ai vu une psychiatre] qui est rattachée à l'hôpital Sacré-Cœur (...) Eux-autres, ils traitent avec des médicaments. Je n'ai pas aimé cette approche-là (...) Ils vont prescrire ces médicaments puis c'est comme ça qu'ils vous traitent. Mais ils ne vous écoutent pas, ce que je n'ai pas aimé, parce que moi, j'avais connu la psychothérapie où on parle. » (E18)

« Je lui ai dit que j'étais en peine d'amour, mais on n'est pas rentrées dans les détails. C'était une femme médecin (...) En fait, je venais là, plutôt pour être référée en psychologie. Parce que, évidemment, si tu arrives [à la clinique] toute seule en disant, "j'ai besoin d'un psychologue s'il vous plaît", on t'envoie en pratique privée. Je n'avais pas les moyens l'an dernier d'aller voir un psychologue en pratique privée. » (E17)

« J'ai trouvé ça très pénible de trouver quelqu'un, de juste avoir une ressource d'aide, quand tu n'as pas trop de sous. » (E15)

- Changer de thérapeute

Les lesbiennes affirment devoir « magasiner » soigneusement leurs médecins et thérapeutes, pour dénicher celui ou celle qui saura les entendre, les respecter, les comprendre. La pauvreté limite les possibilités de changer de thérapeute en cas d'insatisfaction, ce qui peut avoir des conséquences importantes sur la santé. Une majorité des lesbiennes rencontrées n'ont pas les moyens financiers de rechercher une personne ouverte qui pourra les aider.

« C'est la première fois que... que je m'assois avec un professionnel pour parler de ça (...) Il n'y a pas beaucoup de choix (...) à moins... d'aller en privé. C'est où, où ? À qui ? Comment ? C'est que bon, financièrement [c'est difficile] c'est la tournée de magasinage que ça implique de faire à chaque fois, puis je vais payer cinq rencontres avec du monde différent [pour] en trouver un, peut-être. À chaque fois, il va falloir que je la paye pareil, la madame ou le monsieur, puis en général, ils ne veulent pas te raconter qui ils sont, mais toi, tu racontes ta vie puis il faut que toi, t'essayes de saisir dans les questions ou l'attitude : "oui, elle a l'air d'être un petit peu plus ouverte" ou "il a l'air d'être un petit peu plus comme ça". » (E04)

- ◆ **Isolement social et invisibilité**

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, les lesbiennes sont une catégorie sociale plus isolée que les autres et présentant des taux de détresse psychologique plus élevés que la moyenne (voir partie III-C ; Clermont et Lacouture 2000 ; Julien, Chartrand et Bégin 2002). L'analyse de leurs réseaux sociaux a révélé que plusieurs d'entre elles n'entretiennent pas de liens étroits avec leur famille et que certaines même ne peuvent s'appuyer sur un réseau d'amies (voir partie III-B). Ces femmes se sentent isolées, particulièrement si elles cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité : famille lesbophobe, réseau social réduit, expériences de discrimination.

- Au retour ou lors d'une migration

La migration constitue l'un des six moments de la trajectoire de vie des lesbiennes qui aient un impact sur leur santé. Près de la moitié des femmes interrogées à Montréal ont vécu un ou des épisodes migratoires plus ou moins marquants. Pour certaines, le départ du pays ou de la région d'origine pour Montréal représente une quête de liberté qui marque le début d'une nouvelle vie. Pour d'autres, des déplacements pour raisons professionnelles annoncent plutôt une période de négation du lesbianisme, avec les effets néfastes sur la santé qu'une telle mise entre parenthèses de sa personne puisse provoquer. Certaines femmes issues des régions ont vécu une difficile insertion à Montréal, ont développé des problèmes de toxicomanies. Les

migrations, en ce qu'elles sollicitent les capacités d'adaptation tant émotives, physiques que psychologiques et sociales d'une personne, sont reconnues avoir des effets sur la santé mentale et physique.

« Moi, je vais avoir 62 ans ce mois-ci... (...) Je n'ai commencé à être homosexuelle qu'à 21 ans, j'étais [dans le Centre-du-Québec] puis je me suis en allée à Montréal (...) et puis moi je n'ai pas trouvé ça facile parce que c'était ghettoïsé beaucoup à cette époque-là, c'était dans les bars. Donc moi, j'ai développé un problème d'alcool puis tout ça (...) Je n'ai pas trouvé ça facile mais aujourd'hui je trouve ça plus facile à l'âge que je suis rendue. » (CdQ)

Certaines répondantes qui, pendant quelques années, ont vécu à l'extérieur du Québec ou du Canada, ont vécu une réinsertion sociale difficile du fait qu'au retour, elles ne pouvaient compter ni sur leur famille ni sur un réseau d'amies. Dans le cas suivant, se sont ajoutés à l'isolement des problèmes de santé « invalidants » qui ont poussé cette femme vers la pauvreté :

« Pour moi, ça été très très difficile. Disons que ça fait douze ans que je suis revenue au Québec et je trouve ça toujours difficile (...) Je sens que (...) je pourrais avoir beaucoup plus de support que [ce que je reçois]. Le support est très, très, très dur à trouver, soit en milieu médical ou autre. Parce que, bon, quand tu *deales* avec ta santé, il y a beaucoup de monde qui sort de ta vie, qui te fuit (...) Maintenant, je suis dans une relation depuis huit ans mais avant ça, j'ai été comme cinq ans... à mon retour, j'étais plutôt célibataire, j'étais beaucoup seule, complètement à terre, je ne pouvais même pas faire mon ménage, rien. Mes repas, disons que j'allais chercher ma pinte de lait dans ma journée, c'est ce que je pouvais faire. Non, ça a été... c'est très, très difficile. » (E03)

- Impacts de l'invisibilité sociale

« C'est des problèmes d'ordre psychologique. Le rejet, la non-compréhension des autres, la solitude de vivre en dehors des autres, l'isolement (...) Si, à un moment donné, [je n'ai] plus de [conjointe et que je] ne peux pas en parler avec [ma] famille (...) Comme moi, je ne peux pas en parler avec ma famille. Moi, ça, c'est sûr et certain. Mais j'ai des amies quand même (...) avec qui je peux en parler, s'il y a quelque chose. » (E02)

« 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 tellement *out* de la société que tu as besoin de quelque chose pour te ramener. Si tu es capable de supporter l'alcool, sans trop en prendre, tu peux aller le vendredi soir au "5 à 7"... c'est sûr que ce n'est pas une option, il n'y a rien. » (Mtl)

Selon Ryan et Frappier, « ne pas révéler son orientation sexuelle peut être relié à une gamme de problèmes personnels et sociaux, dont la gêne, l'isolement et un sentiment d'incompétence devant l'existence » (Ryan et Frappier 1994 : 247). C'est pourquoi l'invisibilité sociale peut mener aux toxicomanies, à la dépression et au suicide.

Outre les problèmes de santé mentale, l'impact déterminant de l'invisibilité sociale est l'*évitement des services sociaux et des services de santé*, déjà décrit dans la partie C. L'évitement des services sociaux et des services de santé laisse croire aux praticiens et praticiennes de la santé qu'il y a peu de lesbiennes ou même, qu'elles n'existent pas, du moins parmi la clientèle d'un centre de santé ou dans un village, une région. Rappelons qu'aucune raison valable ne peut être invoquée pour expliquer pourquoi il y aurait moins de lesbiennes que de gais, hormis l'invisibilité elle-même. Cette invisibilité nuit au *coming out*. L'invisibilité entretient donc la présomption d'hétérosexualité qui compromet la relation thérapeutique et la qualité des services. Cette femme raconte comment une thérapie avec un psychiatre peut s'avérer complètement inefficace, du seul fait de ne pas « le dire » :

« Quand j'avais environ 19 ans, pour une courte période de temps, j'ai eu comme un petit problème avec une dépendance et j'ai fini par voir une psychiatre. Mais avec elle, j'étais comme complètement dans le placard. En fait, j'étais dans ce temps-là, dans une relation avec une femme et un homme en même temps et j'ai seulement parlé avec cette psychiatre (...) de ma relation avec l'homme et pas avec la femme (...) J'avais trop d'homophobie [intériorisée] pour parler de ça dans ce temps-là (...) C'était complètement... pas efficace, pas réel, parce que *je n'étais pas moi*, du tout. J'avais eu un problème [de toxicomanie] qui [était] beaucoup lié à [mes questionnements], mon orientation sexuelle (...) J'avais eu une interaction avec cette psychiatre qui était complètement fausse, complètement fausse. Je l'ai visitée trois ou quatre mois seulement (...) Les psychiatres sont médecins... j'étais sur prescription comme pour m'aider à réduire mon problème de dépendance. Et quand j'ai eu fini avec ça, j'ai quitté. Parce que psychologiquement, elle ne m'a pas aidée (...) Elle n'a jamais eu une chance de m'aider parce que je n'ai pas parlé du centre de ce problème avec elle. » (E08)

Un autre exemple, concernant l'invisibilité du couple lesbien cette fois, illustre comment l'évitement des services sociaux et des services de santé peut, à terme, nuire à la résolution de conflits de couple qui, avec le concours d'un service adéquat, auraient dans certains cas pu être résolus :

« J'avoue que dans ma dernière relation j'ai eu des difficultés de parcours avec ma conjointe puis lorsque c'était le temps de consulter, pour elle... elle n'était pas prête à consulter et ça fait partie des difficultés de parcours que... quand on ne sort pas du placard ou qu'on n'apprend pas à sortir du placard, on reste dans le placard et c'est difficile pour l'une, pour l'autre et vice versa. Et des fois, on s'entremêle et ça n'aide pas. » (BSL)

Dans une dynamique de causalités circulaires, l'isolement social et l'invisibilité des lesbiennes entretiennent l'invisibilité et le tabou du lesbianisme. Si on la compare à l'homosexualité masculine, l'homosexualité féminine se distingue par son invisibilité :

« Elles cachent plus leur orientation sexuelle, les femmes. Pour quelles raisons, je ne saurais pas vous le dire, mais c'est plus caché (...) Les femmes ont plus peur d'être identifiées que les hommes, c'est une affaire que j'ai remarquée. Les gars, les trois quarts des gars, ils s'en sortent, d'être identifiés (...) C'est bien plus tabou, plus caché chez les femmes. Je trouve ça malheureux. » (E05)

F. Particularités des barrières pour certains sous-groupes

Les cinq types de barrières détaillés dans la partie précédente concernent l'ensemble des lesbiennes. Certaines particularités pour des sous-groupes ont été précisées lorsque l'analyse a révélé de telles différences. Il apparaît pertinent de préciser certaines modalités et contextes propres aux sous-groupes suivants : les lesbiennes vivant dans les régions, les jeunes, les lesbiennes âgées, les lesbiennes membres des minorités « audibles » et « visibles ».

◆ Régions : plus grande invisibilité

Plusieurs lesbiennes interrogées à Montréal sont natives des régions ; des participantes des régions ont aussi séjourné à Montréal à certains moments de leur vie. Ces femmes, de même que les 17 lesbiennes ayant participé aux entrevues de groupe du Bas-Saint-Laurent et du Centre-du-Québec ont apporté des précisions sur la vie en région. Étant donné les limites de la recherche concernant les régions, nous nous appuyons aussi sur les résultats d'autres recherches pour compléter nos informations.

• Des barrières ? Quelles barrières ?

Un optimisme affiché et une tendance au déni des difficultés relativement à la vie des lesbiennes dans les régions ont été observés dans les entretiens de groupe des régions. Au début des rencontres, les lesbiennes ont affirmé ne pas rencontrer d'obstacles particuliers dans la région.

« Que ce soit dans n'importe quel service, santé ou autres, je n'ai jamais eu de troubles. Je n'ai pas eu besoin non plus d'aller vers d'autres personnes, des travailleuses sociales qui soient lesbiennes

ou un médecin qui soit homosexuel. Je prends la personne qui est là devant moi et j'y vais franchement. Quand on est honnête, quand on est franc, qu'on n'a pas peur de dire qui l'on est, l'autre ne nous juge pas. » (BSL)

Cette intervention du début de l'entrevue de groupe du Bas-Saint-Laurent contraste avec les propos tenus plus tard dans la rencontre, lorsque les participantes ont commencé à lever le voile sur leur réalité plus intime. Des entretiens individuels auraient certainement permis d'approfondir le vécu de ces femmes.

Malgré ce discours de déni, l'isolement vécu dans les régions, surtout si l'on parle des régions rurales ou éloignées, est bien réel. Les lesbiennes non seulement sont invisibles mais elles ont, dans les régions, tout intérêt à l'être, là plus que partout ailleurs, a fait remarquer une répondante ayant déjà vécu à l'extérieur de Montréal. La vie peut devenir lourde quand on est une lesbienne dans une région, entourée de la norme hétérosexuelle et hétérosexiste, des paroles lesbophobes parfois lancées à la cantonade. Et personne à qui parler. Avec qui être soi et vivre, en toute simplicité.

- Manque d'anonymat

Ne pas s'afficher pour éviter la discrimination signifie vivre avec un stress constant. Si la question est fondamentale à Montréal, elle l'est d'autant plus dans les régions. Concernant la vie et la visibilité des lesbiennes dans les régions, un principal élément émerge des entrevues de groupe du Centre-du-Québec et du Bas-Saint-Laurent : le *manque d'anonymat*.

L'extrait suivant, tiré d'une étude de Micheline Bonneau réalisée auprès d'une quinzaine de lesbiennes résidant dans de petites localités du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie illustre le peu de spontanéité et le stress de la vie des lesbiennes dans les régions :

« La paix sociale dans cette petite ville est (...) préservée par l'extrême discrétion de chacune : on évite les regroupements ; on ne se tient pas la main en public ; on n'invite pas nécessairement sa partenaire au *party* de bureau, bien que dans certains milieux de travail ce soit toléré ; on fait attention aux enfants ou on leur cache carrément son lesbianisme, pour éviter que les droits de garde de la mère soient menacés. Certaines affirmeront que cette invisibilité délibérée constitue une sorte de discrétion – elles ne veulent rien imposer aux autres, *par respect* – et une d'entre elles compare ce comportement à la liberté religieuse : "*Tu as le droit de pratiquer où tu veux, mais tu ne l'imposes pas aux autres*". » (Bonneau 1998 : 175-176)

Selon Micheline Bonneau (1998), le milieu régional expose de façon accrue les lesbiennes à la lesbophobie, ce qui leur impose un « stress minoritaire » particulièrement aigu. Il est impératif pour certaines de ces femmes de cacher leur lesbianisme : le manque d'anonymat dans les services ne leur autoriserait aucun répit.

En ce qui concerne les rapports avec les services de santé, les femmes des régions semblent moins le dire à leur médecin, moins *pouvoir* le dire, surtout qu'elles n'ont pas toujours la possibilité de *choisir* leur médecin. Une dérision qui peut s'apparenter à une adaptation, traverse leurs discours :

« Jamais, jamais, jamais dit à aucun médecin, c'est drôle, ça ne m'a jamais dérangée, ça ne m'a jamais dérangée. Puis [maintenant] j'ai un médecin puis c'est un homme que j'ai dans le moment et je n'aime pas son attitude du tout, du tout, du tout ! J'ai essayé comme les autres ici, j'ai essayé d'avoir une femme (...) Mais je ne l'ai jamais dit puis le médecin (...) que j'ai dans le moment (...) je ne lui dirais jamais, à lui (...) Pas à ce genre d'hommes-là. » (CdQ)

« Moi, j'ai déjà eu affaire à des services de santé, mais je n'ai jamais eu besoin de dire que j'étais homosexuelle, on ne m'a pas posé la question. Si on me l'avait posée, je l'aurais dit. Cela ne m'a jamais posé de problèmes jusqu'à maintenant. Si on me le demandait, ça ne me poserait pas de problèmes non plus et si j'en avais (...) je ferais ce qu'il faut pour que ça ne reste pas comme ça. Jusqu'à maintenant, tout a été très bien pour moi. Je n'ai pas de médecin de famille et je vais voir un médecin quand j'en ai besoin. Je n'ai pas besoin de plus que ça. » (BSL)

Les femmes de l'entretien de groupe du Centre-du-Québec se sont demandé si dans un CLSC de Montréal, une lesbienne trouverait plus facilement les informations sur la protection contre le VIH et les MTS : « pas sûre qu'un CLSC "ordinaire" à Montréal aurait davantage su répondre à ses questions », ont-elles opiné. Le sondage sur l'« adaptation des services » nous porte à croire que cette participante a raison car effectivement, seuls deux CLSC des 29 de Montréal ont répondu par l'affirmative aux questions du sondage (voir tableau 5 et chapitre II).

- Invisibilité et manque de ressources

De façon générale, les régions manquent de ressources et de services dans le domaine de la santé (physique et mentale). Une recherche états-unienne sur les mères lesbiennes dans les régions a mis en évidence le fardeau supplémentaire de l'isolement géographique combiné au statut de minoritaire pour ces femmes (Friedman 1997). La rareté des médecins dans les régions et le manque de services de transport adéquats peuvent rendre la recherche de médecins ou thérapeutes particulièrement ardue.

Dans les régions, les lesbiennes se heurteraient à une invisibilité plus prononcée pour accéder aux services. Un préjugé bien ancré véhiculé par de nombreuses personnes consiste en la croyance que les lesbiennes ne vivent qu'à Montréal et pas dans les régions³⁴ :

« Moi je sais que quand je suis allée, la première chose qu'ils nous ont dit : "Fais-toi z'en pas ça va passer !". Aaah ! Parce qu'on se posait des questions sur notre orientation sexuelle, puis ils nous ont dit : "Ça va passer, il n'y en a pas de monde de même, dans la région !" . » (CdQ)

Les femmes interrogées par Bonneau semblent vouer un culte à la personne forte, insoumise et indépendante. Elles apparaissent centrées sur elles-mêmes, ce qui comporte l'inconvénient de les isoler davantage et de leur imposer des fardeaux très lourds :

« Cette vision nie leur statut social de minoritaire et individualise les actions potentiellement libératrices (...) En soi, même si une telle valorisation de la personne est positive, elle peut imposer une pression considérable et provoquer un stress proportionnel à l'écart qui existe entre les capacités réelles et les objectifs visés. » (Bonneau 1998 : 185)

Comme le note avec justesse Guillemaut, ce déni résulte d'une nécessaire adaptation à la réalité à laquelle sont confrontées les lesbiennes des régions :

« Il est certainement plus rassurant de s'imaginer dans une démarche volontaire que de reconnaître qu'on s'adapte à la réalité de l'oppression en se niant soi-même. Ne peut-on voir là, dans cette illusion de l'appropriation de son propre silence, une forme de déni de l'oppression, et plus profondément, une pérennisation du sentiment de culpabilité, de honte de soi ? Pour les lesbiennes, la culpabilité découle aussi du fait qu'elles occupent une place qualifiée de déviante : ne pas être la "bonne fille", ni la "bonne" épouse, ni la "bonne" mère. Toute la difficulté semble être d'assumer une histoire construite justement dans l'absence d'histoire et de place, sur le vide, sans figure emblématique à laquelle raccrocher sa fierté. » (Guillemaut 1994 : 232)

◆ Jeunes : santé mentale fragilisée

Un examen de la situation des jeunes à partir de l'*Enquête sociale et de santé 1998* démontre la vulnérabilité des individus âgés entre 15 et 24 ans au Québec (ISQ 2000). Alors que la consommation de drogues et d'alcool, les problèmes familiaux (Létourneau *et al.* 2000), le faible soutien social (Julien, Julien et Lafontaine 2000) concernent souvent une plus grande

34. Ce préjugé a d'ailleurs été constaté au cours de la « Formation sur les besoins spécifiques de certaines femmes en matière de dépistage et de diagnostic du cancer du sein » que le RQASF a donnée dans certaines régions.

proportion de jeunes hommes que de jeunes femmes, les autres indices affectent tous *d'avantage les jeunes femmes* : santé mentale fragile - indice de détresse psychologique élevé (Légaré *et al.* 2000 : 339, 344) - un ou plusieurs événements traumatisants vécus durant l'enfance (Julien, Julien et Lafontaine 2000 : 510), idées suicidaires et tentatives de suicide (Boyer *et al.* 2000 : 358, 361). Les jeunes sont frappées de plein fouet par les facteurs de vulnérabilité à la lesbophobie intériorisée précédemment évoqués : famille « dysfonctionnelle » (en plus de la lesbophobie, ajoutons violence, agressions, monoparentalité), absence de réseau social significatif et mauvaises expériences. Nous pourrions considérer également la pauvreté.

Le stress du *coming out* semble particulièrement aigu pour les jeunes qui sont en processus d'identification comme lesbiennes, surtout si elles n'ont pas encore tissé de liens avec la communauté ou lié des amitiés avec d'autres lesbiennes. Les jeunes femmes sont vulnérables à la lesbophobie intériorisée parce qu'elles vivent souvent dans l'isolement ces périodes de questionnements sur leur orientation sexuelle.

D'après certains auteurs, les adolescentes et adolescents s'adaptent à leur homosexualité par étapes (Ryan et Frappier 1994 : 247). Ils doivent en premier lieu affronter les mythes véhiculés par la société, pour pouvoir établir des relations significatives avec des pairs et ensuite des relations amoureuses. Plusieurs lesbiennes du groupe des 18-29 ans que nous avons rencontrées en entrevue individuelle ont aussi relaté avoir dû combattre certains stéréotypes avant de s'autoriser elles-mêmes à vivre leur lesbianisme, ce qui parfois peut prendre du temps. Certaines ont vécu une période de déni, un refus de s'accepter, ne considérant pas correspondre au stéréotype de « la lesbienne » :

« [Au départ, je me suis dit] : "je suis lesbienne (...) donc il faut que je m'habille plus masculine"... Je pensais comme ça, parce que (...) c'était la seule chose que je connaissais du monde lesbien. Ça "doit" être comme ça. Ça a duré... J'ai eu cette conception-là, peut-être deux ans. Puis après ça, j'ai [dit] "bien non... je suis une femme!". » (E15)

Certaines lesbiennes plus âgées sont d'avis que les jeunes aujourd'hui sont plus ouvertes et font plus facilement leur *coming out* qu'il y a 20 ans. Considérant certains facteurs de vulnérabilité qui les affectent avec beaucoup de force, comparativement aux 20 à 25 dernières années, la question n'apparaît pas si simple.

- Interventions inappropriées

Les interventions inappropriées avec les jeunes lesbiennes concernent en général le *coming out*. Elles peuvent ressentir un besoin de soutien durant cette étape importante et pourtant,

devoir affronter les préjugés ou l'incompétence des professionnels et professionnelles qu'elles consultent.

Un autre problème, certes plus manifeste dans les régions en raison du manque d'anonymat, est soulevé dans la littérature sur les jeunes gais et lesbiennes : le bris de confidentialité (Allen *et al.* 1998 ; Ryan, Brotman et Rowe 2000). Une jeune qui s'était confiée à son médecin de famille a subi les conséquences de cette faute professionnelle :

« 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. »
(BSL)

Le *coming out* au secondaire, nous l'avons souligné dans la section sur l'école, serait vécu dans la solitude. Quels sont les services offerts aux jeunes lesbiennes dans les écoles et les CLSC ? Quel rôle jouent les écoles et les CLSC face à la violence et au harcèlement vécus par ces jeunes : sont-ils outillés pour intervenir dans ces cas ? Les interventions les aident-elles à bien vivre cette période cruciale de leur vie ? Une jeune qui est maintenant « passée à travers », raconte qu'elle aurait bien apprécié des actions ou des activités pour briser son isolement :

« Au début [je me sentais isolée], mais "astheure", disons que j'ai... je n'ai plus peur de sortir, je n'ai plus peur de rencontrer des gens (...) Je me sens mieux, disons que c'est juste à force... à force de rencontrer d'autres personnes, je le sais que je ne suis pas toute seule puis disons que ça aide beaucoup. D'après moi, par contre, pour les... les plus jeunes comme au secondaire, il devrait y avoir plus d'interventions dans les écoles et tout parce que je me rappelle, quand j'étais au secondaire, on n'a jamais entendu parler de ça, on n'a jamais eu d'interventions (...) J'aurais aimé ça qu'il y ait une petite association, quelque chose, je me serais sentie moins seule dans ces moments-là. » (E25)

Des répondantes ont été témoins des impacts potentiellement négatifs d'interventions inappropriées sur la trajectoire de vie et la santé des jeunes lesbiennes. L'occultation du lesbianisme et les jugements de valeur pour raisons religieuses, par exemple, peuvent conduire une jeune à refouler ou nier son lesbianisme pour un temps indéterminé, des mois, voire des années.

« Je connais des jeunes qui se sont fait répondre [de façon inappropriée] au CLSC (...) puis ça les a fermés 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. [Alors] ils se sont refermés pour "une couple" d'années encore puis ça a pris du temps, avant que ça ressorte. [Alors] ça crée un problème mi-sentimental pour les jeunes, ce n'est pas évident (...) quand tu essaies d'en parler à quelqu'un pour la première fois, puis que tu te fais "revirer de bord". » (CdQ)

« Moi, personnellement, dans le milieu où je travaillais, ça nuit, mettons beaucoup de jeunes qui ont des [difficultés] à cause de leur orientation sexuelle, beaucoup de travailleurs sociaux ne sont pas à l'aise avec ça. Et ça change [tout] de ne pas aller vers le problème central qui est l'orientation sexuelle. J'en connais, j'en ai vus, des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux qui sont tellement religieux, catholiques au plus profond de l'âme et il n'y a pas de place pour l'homosexualité. On ne va pas discuter de ça, c'est hors de question, là. C'est sûr que ces jeunes-là ont dû *rusher*. » (E01)

La découverte de son homosexualité peut engendrer des crises psychosociales et placer une jeune dans un engrenage dont il est difficile de sortir (voir Ryan et Frappier 1993). Citons pour exemple une jeune femme rencontrée à Montréal, qui a partagé un vécu particulièrement tragique qui, malheureusement, n'est pas un fait isolé. Elle a vécu de la négligence parentale au cours de son enfance et de l'adolescence (mère monoparentale et alcoolique). Elle dut être sa propre mère et celle de son petit frère. Amoureuse d'une amie de classe, elle vivait des sentiments de confusion, se demandait si elle était bisexuelle. Elle a cherché des ressources autour d'elle mais la réponse ne fut pas adéquate :

« Je commençais à me poser des questions. J'ai décidé d'aller voir un travailleur de rue, de lui en parler. Il m'a dit "je ne peux pas vraiment faire grand-chose. Je vais essayer de t'envoyer à la psychologue" (...) Je commençais à fréquenter la psychologue de l'école. [Alors] je [la voyais] un peu à tous les jours. Je me rendais compte (...) que je tombais en amour avec [une fille] (...) J'étais en train de me demander si j'étais bisexuelle, c'était quoi qui se passait, c'est pas normal, je ne comprends pas ! (...) La psychologue, elle faisait juste comme m'écouter. Elle essayait de m'aider. Elle n'avait pas de documentation, rien, parce qu'on était dans une petite banlieue. Elle n'avait pas de ressources pour moi. » (une jeune)

À ce moment, cette jeune était déjà en dépression. Nous avons relaté sa tentative de suicide à 15 ans, après une peine d'amour et le décès de ses grands-parents, seuls adultes qui lui aient donné de l'amour et de l'attention. Après sa tentative de suicide, elle rencontra un psychiatre qui aurait pu avoir un impact très négatif si la jeune n'avait eu la force de chercher de sa propre initiative des ressources d'aide pour lesbiennes :

« Le psychiatre, quand je le rencontrais, je lui parlais de [cette fille], il me disait "Commence donc par sortir avec un gars, puis après ça, tu verras". Mais, là, tu sais, moi ça me disait plus dans ma tête, je me disais "OK, moi, je vais faire le contraire. Je vais penser à [cette fille]". Moi, je le savais, je venais d'embarquer totalement. Je commençais à... pas à l'accepter, mais je commençais à le savoir. Je le savais, là. Je venais de le savoir (...) J'aimais [cette fille] puis je voulais avoir des ressources face à ça. À l'hôpital psychiatrique, je venais voir le psychiatre puis c'est ça qu'il me disait. Je lui disais "non, regarde, je suis aux filles. Non, je suis lesbienne". Je lui ai dit "Tu ne peux pas rien faire" (...) »

- Q. « Si je comprends bien, le psychiatre, il ne l'a pas vraiment accepté, il a voulu te convaincre qu'il fallait que tu essayes avec les gars avant ? »
- R. « Je pense qu'il ne comprenait pas (...) [Au bout de] deux semaines, j'ai changé de psychiatre. Après, j'ai rencontré une femme. Elle était jeune, beaucoup plus jeune, je ne sais pas, peut-être dans la trentaine. Elle m'écoutait, puis c'était correct. Elle ne disait rien. Lui, il me jugeait totalement (...) Juste avant d'aller en famille d'accueil, je suis allée voir des ressources de gais. » (une jeune)

Malgré les problèmes bien réels auxquels font face certaines jeunes lesbiennes, toutes ne vivent pas l'étape de leur *coming out* de façon dramatique. Une jeune, qui s'est offusquée de l'accueil reçu dans un organisme pour les jeunes gais et lesbiennes, a bien souligné les dangers d'axer uniquement l'intervention auprès des jeunes gais et lesbiennes sur leurs difficultés présumées :

« Il ne faut pas que ce soit une intervention comme si c'était un patient malade ou un client. Je trouve que c'est un peu ça, le problème. C'est comme si tu disais "homosexualité = malade", [il] faut que tu ne sois pas bien. Tu sais, quand moi je suis arrivée, ils m'ont demandé c'est quoi mon problème. Je n'ai pas de problèmes. C'est vrai, être gaie, je m'en foutais là. J'allais là, juste pour rencontrer d'autres gais, puis voir c'est quoi la communauté. Puis je me fait dire "c'est quoi ton problème ?". J'ai [soi-disant] un problème ? Je trouve la présentation aux jeunes "t'es gaie, donc tu as un problème, donc tu ne dois pas bien vivre, donc ça doit être très difficile, ta vie". Non, pourquoi ? C'est quoi, cette équation ? » (E15)

◆ Lesbiennes âgées : marginalités silencieuses

Les lesbiennes âgées ont passé leur vie dans une certaine marge de la société. Une vie entière à garder le silence, à vivre les discriminations, à devoir composer avec la lesbophobie et l'hétérosexisme de la société. Avoir reconnu son lesbianisme alors que l'homosexualité était un *crime*, un *péché*, une *maladie*... Avoir dû cacher ses relations amoureuses pour éviter de perdre son emploi ou peut-être avoir vécu du harcèlement... Des études prouvent que l'exposition aux discriminations, *a fortiori* pendant toute une vie, entraîne des problèmes de santé physique et mentale (Appleby et Anastas 1998 ; Brotman, Ryan et Cormier 2002 ; Cabaj et Stein 1996 ; Rothblum 1994a ; Russel et Joyner 2001). Le contraire démontre plutôt une force morale et physique exceptionnelle. C'est dans ce contexte que les amitiés profondes, la « famille choisie », prennent tout leur sens (voir section « Amitiés et famille choisie »).

Les lesbiennes âgées ont intériorisé un vécu de discrimination qui ne les porte pas à se diriger vers les services publics. En général, ces femmes ne voient pas pourquoi elles le devraient

à leur médecin. Anticipant la discrimination, elles ont acquis le réflexe de dissimuler leur orientation sexuelle pour éviter de telles situations (Daley 1998). Certaines vivent encore avec ce secret gardé.

« 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. Comment ça pourrait être ? [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. » (E02)

« Notre génération ce que j'ai vécu, c'était comme... c'était caché (...) On prend l'habitude de vivre ça, hein ! Moi, j'ai vécu ça (...) Jamais je ne me suis posé une question qu'il fallait que mon médecin sache ça ! Jamais, jamais, jamais ! dans cette génération... en tout cas, moi, là ! (...) Jamais vous ne dites ça, vous ne dites pas ça ! Ah ! non ! Ça ne m'est jamais passé par la tête qu'il aurait fallu que je dise ça à mon médecin ! » (CdQ)

Certaines lesbiennes âgées sont plus vulnérables que les autres en raison du cumul de certains facteurs de risque liés à leur trajectoire de vie : celles qui ne sont pas en couple ou vivent un deuil, une séparation, celles qui ne peuvent compter sur un réseau d'amies solide (ni sur leur famille, le contraire serait l'exception). Plusieurs lesbiennes interrogées ont partagé leurs inquiétudes : la solitude et l'isolement en particulier apparaissent menaçants, davantage si elles ne vivent pas en couple. C'est le cas notamment de cette femme qui ressent déjà, au quotidien, l'angoisse de la solitude :

« On ne peut pas dire que ce soit facile de vieillir dans le monde gai, non ce n'est pas vrai, ce n'est pas facile (...) Mais je t'avoue, des bouts, j'ai confiance puis des bouts, je n'ai pas confiance. Je ne sais pas, un jour, je vais rencontrer quelqu'un qui s'assume, qui est bien, qui est positive, qui ne boit pas. Qu'elle fume, ça ce n'est pas grave. Un verre, je n'ai rien contre ça. Mais qui soit bien dans sa peau, il n'y en a pas beaucoup (...) Les [lesbiennes] de ma génération (...) je me dis : "il y en a, je ne suis pas toute seule". Des fois, je me sens toute seule, je me dis : "je vais me mettre une pancarte sur le front (...) 'je suis disponible'" [rire]. Je veux une relation (...) Je vis beaucoup de solitude là-dedans (...) Je ne trouve pas ça évident (...) Je regrette, j'ai beaucoup de regrets (...) j'aurais dû m'assumer plus jeune, c'est mes préjugés qui ont fait que j'ai bloqué. » (E20)

Au même titre que la population vieillissante au Québec, les répondantes se préoccupent tout particulièrement du sort qui leur sera réservé lorsqu'elles seront contraintes pour raisons de santé de demeurer dans les centres d'accueil, centres d'hébergement et centres de soins de longue durée. Pauvres, elles ne pourront défrayer les frais de services privés. Prises en charge,

elles seraient totalement invisibles, dans un milieu hétérosexiste. Elles craignent d'être alors laissées à elles-mêmes. Les recherches existantes leur donnent raison puisque l'existence de discrimination dans de tels établissements a été documentée (Boxer 1997 ; Brotman, Ryan et Cormier 2001 ; Cahill, South et Spade 2001).

« Je trouve ça triste de voir des femmes qui vieillissent et qui vont se retrouver... tu sais, je me dis "moi, à un moment donné, il va peut-être m'arriver ça". Je vais peut-être être toute seule, me retrouver dans un centre d'accueil. » (E02)

« J'ai l'impression que les personnes lesbiennes ne pourront pas aller rester dans les maisons comme sur le boulevard Gouin avec d'autres hétéros (...) C'est mal vu (...) On n'en a pas, nous autres [de centre d'accueil] (...) On est démunies (...) Les maisons, on n'a pas de place tellement pour dire... c'est comme... les loyers, c'est cher. » (E12)

« Maintenant, je pense que c'est dur, que c'est très dur, vivre comme une lesbienne... *as you get older*. En vieillissant, c'est plus difficile parce que c'est plus difficile pour le cacher, parce que les gens voient que tu es une femme seule. Même si tu as une *girlfriend* dans la vie, tu es une femme seule. *If you are not with a man, you are a single woman, even if you have a girlfriend*. » (E24)

« J'ai l'impression qu'on va faire dur (...) Je ne me vois pas dans un foyer, dans un centre d'accueil (...) comme lesbienne, avec des préposés gars (...) ou une bonne fille pas du tout à l'aise ou sensibilisée à ça (...) C'est préoccupant, je trouve. » (E04)

« Ce n'est pas des environnements où j'ai l'impression que ce serait possible d'être ouvertement lesbienne. Comme je te dis, c'est une impression. Je ne peux pas te dire que j'ai vérifié concrètement que c'était problématique. » (E17)

« Toutes les possibilités de discrimination, de mauvais traitements, de toutes sortes d'affaires vont se multiplier aussi... se multiplient sûrement déjà pour les femmes. » (E04)

Selon des auteurs, les lesbiennes âgées, par leur longue expérience de discrimination, auraient développé une faculté de récupération face à la discrimination qui les préparerait mieux que quiconque à affronter l'adversité et les difficultés propres au vieillissement (Brotman, Ryan et Cormier 2002). Elles développeraient ainsi des stratégies pour faire face aux lacunes des services. Une telle attitude se constate parmi les répondantes. Les lesbiennes montréalaises auraient déjà commencé à se concerter pour organiser des services qui répondent adéquatement à leurs besoins, en attendant...

« On va se ré-impliquer, je pense. Ça va être le fun, parce qu'on a quand même des connaissances au niveau de la vie puis une façon de voir la vie. On est ouverte aux jeunes (...) Il faut s'unir, il faut s'aider. Il faut voir ça comme (...) une famille. » (E10)

« Il faut qu'on se fasse notre centre d'accueil à nous. » (E04)

« J'ai souvent eu des discussions avec mes amies à ce sujet-là. Comme quoi, on allait acheter quelque chose ensemble pour nous aider à payer des jeunes lesbiennes qui allaient faire nos soins ou qui allaient faire les tâches que nous, on n'était plus capables de faire (...) On a parlé des places où on allait avoir notre retraite, soit acheter des terres en campagne ou des blocs appartements où on vivrait ensemble, des choses comme ça. » (E22)

◆ Minorités « visibles » : racisme et pauvreté

Dans une précédente section consacrée au travail, nous avons évoqué les discriminations particulières qui affectent les lesbiennes des minorités « visibles » sur le marché du travail. Cette situation a des répercussions sur leurs conditions de vie, l'ensemble de leurs rapports sociaux et leur niveau de pauvreté. D'après notre analyse, les lesbiennes des minorités racisées risquent davantage d'être affectées par l'isolement social et la pauvreté. Avant de relater les particularités des barrières auxquelles elles font face dans l'accès aux services sociaux et aux services de santé, voici un bref portrait factuel de la position sociale réservée à ces tranches de la population.

Les personnes issues de groupes racisés sont parmi les plus pauvres de notre société. Des études canadiennes réalisées à partir de données statistiques de 1996, 1997 et 1998 font état d'une importante discrimination raciale systémique qui consacre de façon croissante l'exclusion économique des groupes racisés (Galabuzi 2001 ; Jackson 2002). La situation des femmes serait à certains égards plus désavantageuse (Galabuzi 2001 ; Hadley 2001 ; Statistique Canada 2000). Alors que ces populations sont en proportion plus scolarisées que la moyenne canadienne, elles occupent les emplois les plus précaires, ont des revenus moindres et affichaient, en 1996, un taux de pauvreté presque deux fois supérieur à celui de la population en général (36 % contre 20 %³⁵) [Jackson 2002 : 9]. Le recensement 2001 « démontre que l'écart entre les immigrants récents et les Canadiens de naissance s'est maintenu en dépit de l'essor économique de la fin des années 1990 » (Statistique Canada 2003). Plusieurs études établissent par ailleurs que la

35. Une autre source établit à 35,9 % contre 17,6 % pour le Canada et, pour le Québec, 52,2 % contre 21,5 %. Selon ces dernières données, les groupes racisés seraient plus pauvres au Québec que dans toutes les autres provinces du Canada (D. Ross, K. Scott et P. Smith, *The Canadian Fact Book on Poverty*, Canadian Council on Social Development, 2000, basé sur le Recensement 1996, Statistique Canada, cité dans Galabuzi 2001 : 81).

couleur, l'origine ethnique ou nationale et la langue demeurent des motifs de différenciation qui perdurent dans le temps, voire de génération en génération, en ce qui concerne la couleur de la peau (Galabuzi 2001 ; Satzewich 1998, notamment).

L'Institut de la statistique du Québec a constaté que la présence à l'aide sociale des prestataires adultes d'origine immigrante a quadruplé en vingt ans : les personnes nées hors du Canada représentaient 3,8 % de l'ensemble des prestataires en 1980, pour atteindre 15,5 % en 2000 (ISQ 2001 : 347). Alors que cette population était sous-représentée par rapport à son poids démographique en 1980, elle est maintenant sur-représentée³⁶ (*Id.* : 348). D'autres études portant sur la pauvreté au Québec ont également révélé des barrières supplémentaires et une sur-représentation des membres des minorités ethniques et racisées parmi les personnes pauvres (McAll 1996a ; McAll *et al.* 2001).

Une certaine « invisibilité » ou un isolement des lesbiennes des minorités « visibles » dans la communauté lesbienne a été évoqué dans la section des rapports des répondantes avec la ou les communautés lesbiennes. Cette invisibilité se retrace à travers le témoignage des répondantes «majoritaires» dont la plupart, bien que manifestant une ouverture ou un intérêt, ont avoué ne pas connaître de lesbiennes de ces sous-groupes :

« Moi je n'en connais pas beaucoup, ça fait que... de ce que je vois, il n'y en a pas beaucoup, beaucoup de minorités ethniques (...) Tu te rends compte qu'il n'y a pas juste les Québécois (...) qui ont une orientation sexuelle différente, c'est l'être humain finalement, c'est pas fermé puis moi je trouve ça vraiment beau, sauf que je trouve qu'on n'en voit pas beaucoup. » (E25)

Quelques répondantes ont relaté avoir déjà vu ou rencontré des lesbiennes issues des minorités « visibles » et l'une d'elles a bien cerné le vécu particulier de ces femmes :

« Moi, j'en connais. J'en connais beaucoup même (...) J'en connais beaucoup d'Afrique du Nord (...) Je connais des gens d'à peu près partout, des Asiatiques beaucoup aussi, des Latinos. [Leur vécu], c'est complètement différent. [Je connais une Nord-Africaine qui] a dû, pour vivre son homosexualité, elle a dû carrément quitter son pays. Elle, c'est aussi [en tant que] femme. Ce n'est pas juste la place de la femme lesbienne, c'est la place de la femme dans la communauté. C'est une histoire complètement différente. D'être une femme qui aime une femme, c'est parce que tu n'es plus rien. Tu es quelque chose par l'homme. Ça fait que si tu es une femme avec une femme, tu n'as rien qui te donne un statut social, ça fait que tu ne peux pas... C'est un peu le vécu des femmes, il y a bien

36. Selon une étude, cette tendance est en partie associée à la plus grande proportion de personnes réfugiées par rapport aux immigrantes indépendantes, une catégorie plus « vulnérable » sur le marché du travail (Renaud et Gingras 1998 : 85-89 cité dans ISQ 2001 : 348). Sans nier l'importance d'un tel facteur, il importe de questionner l'ensemble des raisons qui expliquent cette plus grande vulnérabilité (voir à ce sujet McAll 1996b).

Chapitre III

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

longtemps, ici au Québec (...) Tu ne peux pas être lesbienne, c'est impossible. Tu es obligée d'immigrer quelque part où c'est accepté (...) Pour [l'amie dont je parlais], je n'ai pas vu de propos racistes. C'est juste, des fois, mettons (...) "c'est une Arabe", c'est comme des commentaires un petit peu comme ça. Mais ce n'est pas nécessairement méchant. C'est plus des idées toutes faites, que tu te dis "les Arabes sont tous emportés". C'est d'associer un tempérament à une culture (...) Maintenant, elle reste (...) aux États-Unis. » (E15)

Face aux services, les lesbiennes des minorités « visibles » nourrissent des anticipations de discrimination basées sur leur origine ethnique ou nationale et leur couleur. Lorsqu'elles se présentent dans une clinique médicale - et nous avons vu qu'elles tendent à moins consulter - ces femmes portent en elles tout un vécu individuel et collectif qui leur rappelle constamment leur différence, bien que la situation québécoise, comme le note cette femme, se compare néanmoins avantageusement à celle de pays européens :

« Et puis c'est constant, c'est partout. Alors, je ne peux pas dire que je ne ressens pas, comment dire, que je ne ressens pas que ce soit le racisme et tout ça et tout ça... Parce que j'ai une vision différente et que je me mélange bien. C'est vrai, j'ai quand même conscience que j'ai moins de problèmes que d'autres, c'est sûr. Mais, je suis quand même très consciente. Je *choisis* d'être moins affectée, parce que... je ne sais pas. La première fois, par exemple, où j'ai vu quelqu'un changer de trottoir (...) c'est ici ! Ce n'est pas comme chez moi où on se ressemble tous, soi-disant. C'est quand même ici, j'entre dans un ascenseur, les gens qui s'accrochent à leur sac, c'est ici. Je me suis faite insulter, et ça n'avait rien à voir avec rien d'autre, parce qu'on ne me connaît pas. Je suis assez sympa en général. Ça n'avait rien à voir avec ce que j'ai fait, c'est parce *que je suis qui je suis* et que *j'ai l'air que j'ai*, c'est encore ici (...) De tous les pays, j'aime mieux ici. J'ai été en France, j'ai été en Belgique, c'est l'horreur, là-bas (...) Cela fait plus de huit ans que je suis [ici], on n'a jamais fait des contrôles papiers dans la rue, des choses comme ça qu'on vit ailleurs. » (E21)

« Je sais qu'en tant que Noire, j'ai déjà eu de la discrimination, ça c'est sûr. J'ai été chercher un loyer à Verdun. Au début, il était à 330 \$ au téléphone. Rendue là-bas en personne, il était rendu 550 \$. C'est là que je me suis réveillée. Je me suis réveillée, et je me suis dit : "c'est vrai qu'il y a du racisme". » (E26)

« C'est une société masculine, blanche, hétérosexuelle. C'est comme un choc ! (...) Quand les gens me voient, ils me voient comme une anglophone, une femme de couleur, sud-asiatique, peut-être une femme lesbienne. Ils voient tout. Pour les personnes de couleur, ici à Montréal, je ne vais pas parler des autres régions du Québec que je n'ai jamais habitées, Rimouski ou n'importe quoi. Ici, c'est comme, les gens utilisent ton... *like your witness in french* : les limites de ta capacité en français, c'est une façon d'être raciste vis-à-vis de toi. » (E24)

La langue représente une barrière à l'accès aux services sociaux et aux services de santé pour les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français. Il s'agit de la principale barrière pour les lesbiennes des « minorités audibles », dont certaines sont également « visibles », pauvres...

« L'autre problème, c'est la question de langue. [En arrivant à Montréal je parlais le français mais moins que maintenant]. Ça, c'est difficile pour tous les anglophones qui arrivent ici, qui cherchent les services de santé. C'est absolument difficile de le faire en français, si ce n'est pas ta langue (...) Tu sais, si tu parles anglais à quelqu'un et qu'il ne comprend pas, il essaye mais il manque les détails (...) Mais les mots pour expliquer les situations médicales, de santé, c'est plus compliqué que, normalement, les conversations dans la rue (...) J'avais des médecins qui étaient très énervés que je ne puisse pas parler un bon français. Quand tu sens que le médecin est énervé avec toi, comment tu peux t'exprimer et demander de l'aide ? » (E24)

Pour les lesbiennes des « minorités visibles », la lesbophobie et le racisme peuvent s'entrecroiser de façon subtile dans le cadre d'une consultation médicale, au point de créer une certaine confusion, une incompréhension du malaise ressenti.

« Ces derniers mois [ma conjointe] avait des problèmes, des fibromes (...) Je suis allée avec elle dans la salle de gynécologie. Et le monsieur avait un sourire... mais il n'a pas donné de bons services. Il était plutôt vite et là, on se demandait : "est-ce que c'est parce qu'on est Noires ou si c'est parce qu'on est lesbiennes ?". On s'était senti discriminées mais on ne savait pas pour quelle raison. Surtout que le médecin a parlé bien gros des Noirs (...) Ça a fini qu'il a fait ça tellement vite, ce qu'il avait à faire, pas d'explications, pas rien (...) On n'a pas eu un bon service. [Ma conjointe] elle voulait faire une plainte et moi, je n'étais comme pas sûre s'il avait été raciste ou homophobe... Alors, j'ai dit : "qu'est-ce qu'on va dire ?" Bref, ça, ça n'a vraiment pas bien été, on n'avait pas aimé ce contact-là, du tout. » (E01)

Conclusion du chapitre III

Nous avons exposé, en tête de ce chapitre, le profil varié des répondantes de la recherche, 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. Cet échantillon varié a permis d'explorer la multiplicité et les multiples dimensions du vécu des lesbiennes. Dans les parties subséquentes, l'analyse des récits des répondantes a contribué à jeter la lumière sur le quotidien de nombreuses lesbiennes. À travers plusieurs parties de ce chapitre, s'est dressé un portrait de la société dans laquelle vivent les lesbiennes, une société différente de celle que connaissent les hétérosexuelles.

Chapitre III

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

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 dans d'autres pays. Toutefois, l'analyse de leurs histoires de vie a révélé un important vécu de discrimination et un isolement social bien réels, souvent amplifiés par la pauvreté.

Attardons-nous, pour clore ce chapitre, sur deux extraits qui interrogent le degré de visibilité accordé aux lesbiennes dans notre société :

« J'ai une de mes amies qui me racontait qu'elle a une de ses amies qui est décédée, il y a trois semaines, subitement : 55 ans, elle devait prendre sa retraite [le] 1^{er} juillet. Paf ! Foudroyée, crise cardiaque. Ça faisait dix, douze ans qu'elle était avec la femme avec qui elle était. Et il y a eu un petit service au salon. Et puis, bon, le prêtre a parlé de la mère, parce que sa mère est encore en vie, de sa sœur, mais il n'a jamais parlé de [Marie-Claude] la femme avec qui elle vivait. C'est comme... à quelque part, je trouve ça triste un peu. » (E02, le prénom est fictif)

« Je descendais de mon bureau (...) Dans la salle d'attente, il y avait un couple de filles (...) Elles se sont embrassées : un petit baiser très chaste mais sur la bouche. Il y avait deux travailleuses sociales qui passaient : elles ont joué du coude toutes les deux. Elles ont lancé un regard en disant : "il ne manquerait plus que ça, qu'elles se mettent à s'embrasser devant tout le monde !" Donc, il y a un problème, parce que les travailleurs sociaux, ce sont des gens qui sont amenés à recevoir dans un futur proche ou lointain des personnes qui vivent difficilement leur orientation sexuelle (...) Au CLSC, je pense qu'il y a un gros problème. Je ne veux pas dire non plus que tous les travailleurs sociaux sont comme ça. Mais le peu que j'ai vu, moi, dans mon CLSC, on n'est pas ouverts du tout. Du tout, du tout, du tout. » (Mtl, travailleuse dans un CLSC).

Il est admis d'avancer que notre société est maintenant plus ouverte. Cette « plus grande ouverture » vise-t-elle l'homosexualité en général, donc masculine en particulier, ou le lesbianisme est-il réellement aujourd'hui plus *visible* ? Comment se vit le lesbianisme au Québec ? Les différentes parties de ce chapitre ont levé le voile sur quelques pans de la réalité.

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 *soupçons* 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	Policié	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

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)*
*N.B. : Une répondante travailleuse à temps plein n'a pas indiqué son revenu.					

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

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.*

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

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

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

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

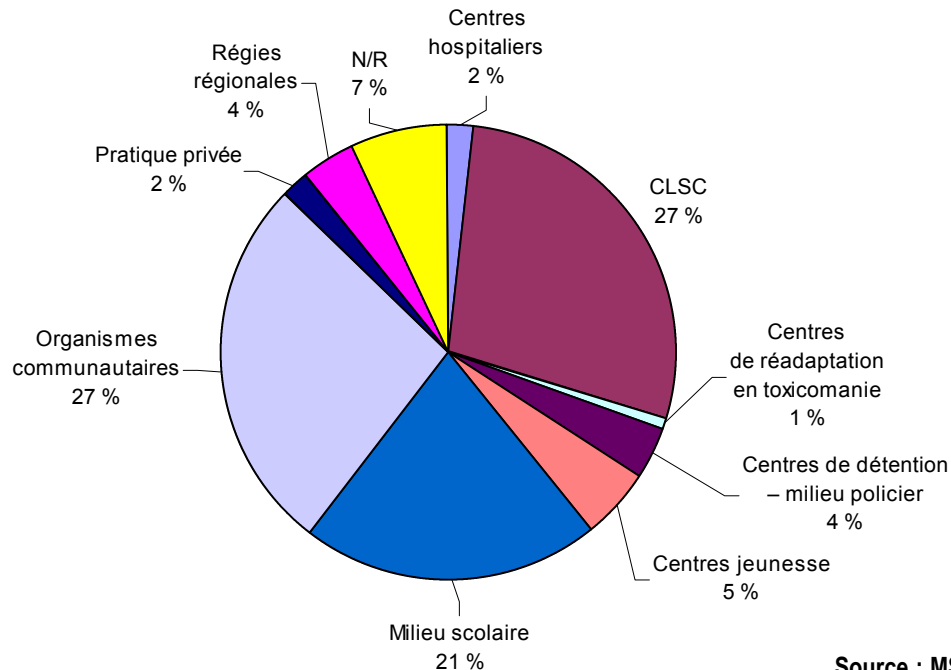
Âge/Situation de vie	18-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60 ans +	TOTAL
Seule sans enfant	4	1	4	0	9
Union de fait sans enfant	2	1	2	1	6
Seule avec enfant(s)	0	0	0	0	0
Union de fait avec enfant(s)	0	1	1	0	2
TOTAL	6	3	7	1	17

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

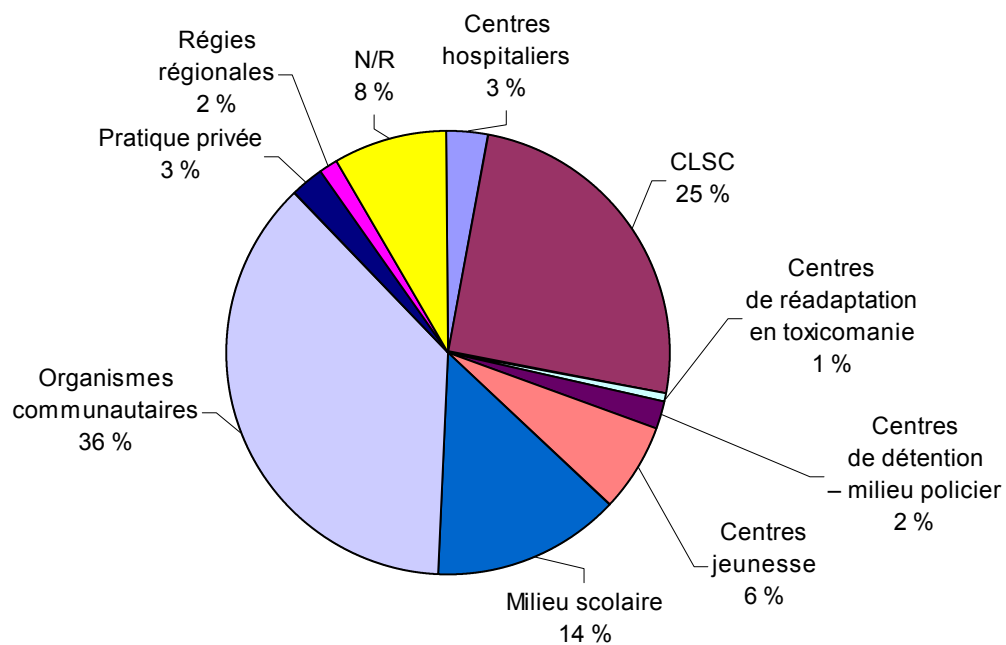
Lien – conception/ Région	Mère biologique	Mère non biologique ou co-mère	Insémination donneur connu	Insémination donneur inconnu	Adoption internationale (célibataire)	Union hétérosexuelle passée
Montréal 9	6	3	4	2	1	2
Centre-du- Québec 2	1	1	0	0	0	2
Bas-Saint- Laurent 0	0	0	0	0	0	0
TOTAL 11	7	4	4	2	1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

Annexe II – Graphiques

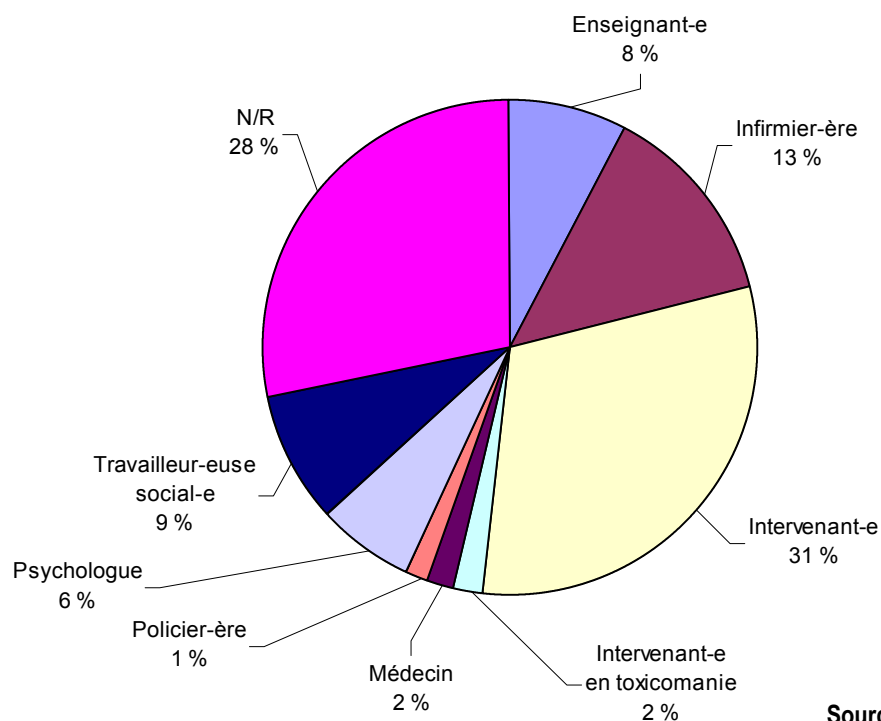
Graphique 1 : Participants et participantes par LIEU DE TRAVAIL, 1997-2000
Formation 1 : Pour une nouvelle vision de l'homosexualité



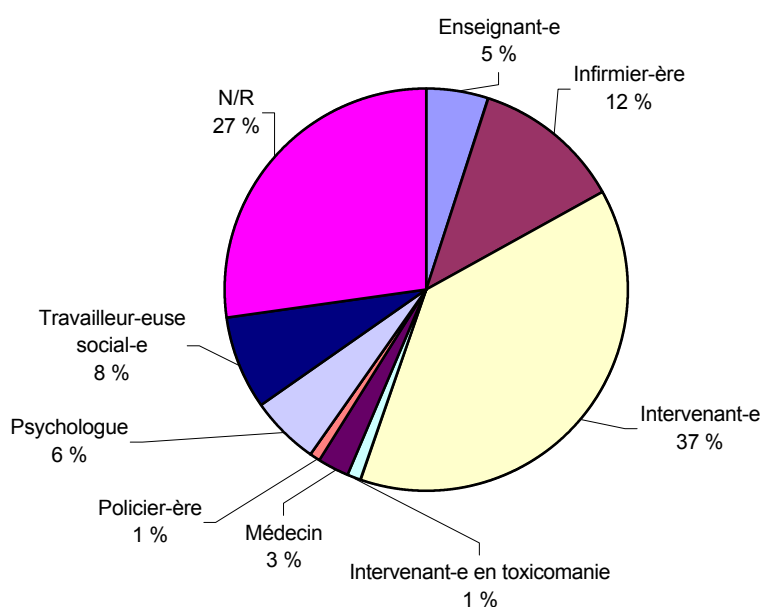
Graphique 2 : Participants et participantes par LIEU DE TRAVAIL, 1997-2000
Formation 2 : Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles



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-groupes (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/lgbc/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 équitables 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://archfam.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° 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., NIGHTENGAL, 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 working 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.

- 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 traditionnal 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 Poupart *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 Poupart *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.

- 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 traditionnal 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).

- WHITE, J.C. et DULL, V.T. (1998). « Room for improvment: 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.