

Spécificités liées à la santé physique, mentale et sexuelle des femmes LGBTQ+

Mémoire présenté au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes dans le cadre de son étude sur la santé des membres de la communauté LGBTQ2 au Canada

Par le *Réseau des lesbiennes du Québec (RLQ)*

Avril 2019



Présentation de l'organisme

Le *Réseau des lesbiennes du Québec - Quebec Lesbian Network* (RLQ - QLN) est le seul organisme à but non lucratif de défense de droits s'adressant exclusivement aux lesbiennes et aux femmes de la diversité sexuelle québécoise. Il regroupe ainsi les femmes LGBTQ+ (femmes s'identifiant comme lesbienne, queer, bisexuelle, trans, pansexuelle, sexualité fluide, lesbienne radicale, politique, féministe, etc.), provenant de toutes les régions du Québec, peu importe leur âge, classe sociale, communauté culturelle, linguistique, etc. Le RLQ agit à titre de porte-parole et d'interlocuteur auprès des instances, tant politiques que sociales, relativement à la qualité et aux conditions de vie des femmes de la diversité sexuelle.

Dès sa fondation, en 1996, le *Réseau des lesbiennes du Québec* émerge d'une volonté d'offrir une voix autonome sur la place publique aux lesbiennes québécoises. Si la genèse de l'organisme s'inscrit lors des États généraux des communautés gaies et lesbiennes du Québec, alors qu'une trentaine de femmes décident de se rassembler afin de former un comité provisoire, la décennie suivant la création du RLQ ne fait que confirmer la pertinence de l'organisme et de ses initiatives. Force est d'admettre que les femmes de la diversité sexuelle tendent à être invisibilisées, et ce, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la communauté LGBTQ+.

État des lieux et enjeux spécifiques

Annexés à cette invisibilité, plusieurs enjeux actuels touchant les femmes de la diversité sexuelle demeurent complexes puisque liés à une double discrimination découlant de l'orientation sexuelle et du genre. Ceci engendre plusieurs problématiques liées à la santé physique et psychologique des femmes LGBTQ+. Des études démontrent qu'une majorité de femmes s'identifiant lesbiennes sont nombreuses à consulter pour des problèmes de santé mentale, liés à l'exclusion des pairs, mais aussi aux différents environnements adjacents (Ruble & Forstein, 2007). En effet, 66% des lesbiennes consultent pour divers problèmes de santé mentale, découlant de multiples situations de discriminations et de violences auxquelles elles sont exposées - et/ou dont elles sont victimes-, directement ou indirectement (Benton & Haller, 2010). Les problèmes de santé mentale sont notamment liés à la lesbophobie (interne ou externe) que les femmes vivent, ce qui augmente ainsi de manière considérable les comportements autodestructeurs, dont la consommation de psychotropes et d'alcool (Benton & Haller, 2010). L'isolement devient pratiquement synonyme de dépression pour ces femmes et le fait qu'elles vivent « cachées », voire qu'elles ne dévoilent pas leur orientation sexuelle, augmente considérablement les chances de développer des problématiques psychologiques à différents niveaux, dont un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (Benton & Haller, 2010). De plus, les lesbiennes démontrent un risque cinq fois plus élevé de suicide (Lhmond & Saurel-Cubizolles, 2009) et, selon l'étude de Ruble & Forstein datant de 2007, un taux beaucoup plus important d'anxiété que les personnes de sexe masculin de la communauté LGBTQ+. Qui plus est, les lesbiennes sont souvent ciblées par différentes formes de violence et d'intimidation découlant de leur orientation sexuelle et de leur



genre, sans compter les violences occultées pour les femmes nouvellement arrivées dans la communauté LGBTQ+. Mentionnons, la violence conjugale chez les couples de femmes, qui demeure taboue et méconnue ; il en résulte une invisibilité des problématiques vécues par ces femmes et ainsi un manque de services adaptés, ce qui génère davantage de symptômes liés à des états de stress post-traumatique (Zeilinger, 2004 & Drabble, Eliason & Reyes, 2010). Les problématiques spécifiques vécues par les lesbiennes sont souvent occultées dans nos sociétés, car ces femmes vivent cachées et dans l'ombre des revendications homosexuelles masculines et trans. Ce n'est pas parce que nous les entendons peu ou que nous ne les voyons pas qu'elles n'existent pas. Selon Ruble & Forstein (2007), 66% des femmes qui demandent de l'assistance auprès de divers organismes s'identifient comme lesbiennes. Les femmes ont besoin de services, de représentation politique et de modèles positifs qui vivent ouvertement leur orientation sexuelle, afin de prendre leur santé en main. Tous vont de pairs; une femme qui n'assume pas son orientation sexuelle, par peur d'être jugée, ne se confiera pas sur le sujet à un professionnel de la santé. Cette femme préférera se taire, qu'elle soit sujette à des violences psychologiques, physiques, sexuelles, etc.

D'ailleurs, nombre de discriminations et violences sexuelles sont constatées dans les milieux universitaires. Différentes études révèlent que les lesbiennes sont deux fois plus à risque, que les hétérosexuelles, de subir une agression (15,5% versus 7,5%) (Dibble, 2010) et celles qui sont ouvertement lesbiennes sont trois fois plus à risque d'être la cible d'agresseurs sexuels sur les campus (Rothman 2011). La recherche européenne *Violence Against Lesbians* portant spécifiquement sur les violences dont sont sujettes les lesbiennes (une spécificité rarissime), stipule que 98% de ces femmes ont subi des agressions verbales, 24% des violences physiques et 44% des violences sexuelles, du fait de leur orientation sexuelle (Ohms, Müller, 2001). Si ces recherches remontent à plus d'une décennie, force est de constater que celles plus récentes sur le sujet vont dans le même sens. En effet, selon l'Enquête Sexualité, Sécurité et Interactions en Milieu Universitaire (ESSIMU) (2016), 42% de la population universitaire a vécu au moins une forme de violence sexuelle. Les femmes de la diversité sexuelle sont plus enclines à vivre une forme de violence sexuelle (39,2% des répondantes) et subissent du harcèlement de manière plus importante que les femmes hétérosexuelles (ESSIMU, 2016). De plus, ces agressions sont commises en majorité par des hommes, 90,9% versus 27,4% pour les femmes (ESSIMU, 2016). Cela dit les données exposées demeurent laconiques, puisque l'isolement et le silence sont prépondérants chez les personnes victimes de violences sexuelles ; dans 61% elles ne dénoncent pas leurs agresseurs (ESSIMU, 2016). Soulignons ici le manque flagrant d'études exhaustives portant spécifiquement sur les femmes de la diversité sexuelle, tant au Québec qu'au Canada.

Une (rare) étude récente publiée par *The Journal of Adolescent Health and Medicine* (2018) et menée par des chercheuses d'universités québécoises indiquent que les minorités sexuelles et les minorités de genre, présentent un risque plus élevé que les étudiants hétérosexuels et cisgenres, d'être vulnérables aux violences sexuelles sur les campus universitaires (Edwards KM & coll., 2015). Alors que les taux spécifiques de violences sexuelles varient en fonction de la définition utilisée, les recherches sur les



agressions sexuelles indiquent que les hommes cisgenres signalent les taux d'agressions sexuelles les plus faibles, suivis par les femmes cisgenres, tandis que les individus transgenres ou non binaires signalent des taux deux ou trois fois plus élevés que ceux rapportés par les femmes cisgenres (Edwards KM & coll., 2015). De même, les étudiants ayant une orientation gaie, lesbienne, bisexuelle ou en questionnement, signalent des niveaux d'agressions sexuelles plus élevés par rapport aux étudiant(e)s hétérosexuel(le)s (Coulter RW, 2017). D'ailleurs, mentionnons ici que ces statistiques s'appliquent à celles qui osent dénoncer les agressions dont elles sont victimes, puisque longtemps les femmes ont été tenues au silence. De par son inaction, notre société a implicitement toléré de telles agressions commises envers les femmes. Ainsi, briser le silence n'est pas chose facile. Enfin, des variations existent au sein des minorités sexuelles, de sorte que certaines études (Coulter RW 2017, Ford J, 2016, Blosnich J, 2012), mais pas toutes (Coulter RW & Rankin, 2017), trouvent des taux plus élevés de violences sexuelles parmi les individus ayant une identité bisexuelle par rapport aux individus ayant une identité gaie ou lesbienne. De plus, les jeunes adultes endossent davantage les identités sexuelles en dehors des catégories « dites » traditionnelles, mentionnons, par exemple, l'identité *queer* (associée à des schémas d'attrance qui rejettent la binarité de genre) ou pansexuel(le) (Mereish EH, 2017) et on ignore si les étudiants ayant ces identités présentent un risque plus élevé de violence sexuelle. En ce sens, l'étude indique des stratégies spécifiques pour la prévention des violences sexuelles. À commencer par la collaboration des institutions universitaires à travailler avec les populations à risque pour développer des stratégies de prévention. Créer un environnement sécuritaire et démystifier les attitudes transphobes, lesbophobes et homophobes parmi le personnel universitaire. Ces intervenants de première ligne, au même titre que ceux oeuvrant dans le domaine de la santé (sur les campus ou à l'extérieur) devraient posséder les outils nécessaires aux stratégies de démystification. Ces outils devraient être créés en consultation avec les groupes communautaires LGBTQ+ qui travaillent au quotidien avec les populations ciblées, et ce, sans invisibiliser les groupes au sein même de la communauté, notamment les groupes de femmes.

Travailler avec les groupes communautaires, permet de voir et comprendre les problématiques vécues par les femmes de la diversité sexuelle qui demeurent trop souvent occultées dans nos sociétés. Ce n'est pas parce qu'une réalité est tue, occultée et invisible qu'elle n'existe pas. Mentionnons la violence conjugale chez les couples de femmes, qui demeure taboue et méconnue ; il en résulte une invisibilité des problématiques vécues par ces femmes et ainsi un manque de services adaptés. Pourtant, en matière de violence conjugale, les couples issus de la communauté LGBTQ+ ont les mêmes droits et protections sociales que les couples hétérosexuels (Institut national de santé publique du Québec, 2016). Néanmoins, des efforts sont nécessaires afin d'assurer aux personnes LGBT une meilleure accessibilité à des services appropriés à leurs besoins (Institut national de santé publique du Québec, 2016). La sensibilisation au niveau de la violence conjugale auprès des couples de femmes LGBTQ+ demeure rarissime au Québec, au même titre que les services d'intervention, si ce n'est que de l'expertise du *Centre de Solidarité Lesbienne* (CSL). Au contraire, la violence entre conjoints et conjointes de même sexe est présente et engendre le même type de répercussions que les



couples hétérosexuels. En effet, selon la plus récente enquête sociale générale de Statistique Canada (2016), 8 % des homosexuels au pays rapportent avoir été victimes de violence conjugale. De plus, ce pourcentage est deux fois plus élevé que dans les couples hétérosexuels, où le taux de violence conjugale autodéclarée peut atteindre le 4 %. À partir du constat que le genre est un construit social, les femmes sont conditionnées à être dominées par leur éducation. De par le conditionnement social, les femmes sont encouragées à devenir douces, gentilles, séduisantes et souvent soumises. Nos construits sociaux tendent à banaliser les violences sexuelles commises envers les femmes et ignorer la violence conjugale entre les couples de femmes. Ce mutisme associé aux violences sexuelles faites aux femmes est tributaire de la condition sociale des femmes: par exemple, elles ne dénoncent pas leurs agressions auprès de la police, par peur d'être jugées ou non écoutées. Cette situation se reproduit à divers paliers, notamment juridiques. Si ces femmes ne vont pas jusqu'au niveau législatif, comment affirmer avoir des statistiques représentatives? En ce sens, il est primordial de ne pas reproduire les préjugés hétéronormatifs et hétérosexistes dans l'offre des services de santé, pour les femmes de la diversité sexuelle. Si tel est le cas, une victime gardera le silence sur sa condition et ses problèmes de santé. Il est nécessaire de démystifier, pour ne pas banaliser la violence faite aux femmes, peu importe le contexte dans lequel elle est perpétrée, qu'elle soit commise par un homme ou par une autre femme, dans la sphère publique ou privée. La femme est encore aujourd'hui considérée comme étant un être inférieur, vulnérable, un être faible à soumettre et la majorité des violences commises envers les femmes sont perpétrées par des hommes. Prôner la santé des populations LGBTQ+, et plus spécifiquement (dans le mémoire qui nous concerne) celle des femmes LGBTQ+, passe avant tout par le fait de prôner l'égalité entre les femmes et les hommes. À la base de la santé physique et mentale des femmes de la diversité sexuelle se situe l'égalité des droits, des chances et de l'être. Le droit de ne pas subir de discrimination de par son genre féminin, et de par son orientation sexuelle, celle d'aimer une autre femme. Cette double discrimination (voire triple, quadruple, etc. pour celles racisées, trans, etc.) est vécue au quotidien par de nombreuses femmes de la diversité sexuelle lorsqu'elles consultent un omnipraticien ou un spécialiste, que ce soit dans le milieu hospitalier, académique ou encore en résidence privée ou CHSLD. Peu importe le contexte et l'âge, ces femmes sont confrontées à l'invisibilité de leurs enjeux, ou à une discrimination systémique qui découle des construits sociaux phallocratiques et hétéronormatifs. Il est primordial de rendre visibles les enjeux auxquels elles sont confrontées, et ce, d'abord dans une perspective de sensibilisation, par le biais de campagnes de démystification auprès du grand public. Puis, des campagnes d'autonomisation (« empowerment »), auprès des femmes LGBTQ+, sont nécessaires pour comprendre leurs situations de vulnérabilité et leur proposer une prise de pouvoir sur leurs vies, afin qu'elles deviennent maîtres de leur bien-être physique et psychologique. D'ailleurs, dans ce contexte et pour toutes les raisons énumérées dans ce mémoire, les thérapies de conversion devraient être bannies au Canada et le gouvernement devrait légiférer en ce sens.

En ce sens, le RLQ désire formuler les recommandations suivantes :



Recommandations :

- Reconnaître les femmes de la diversité sexuelle comme une population à risque à prioriser dans le prochain plan d'action en matière de violences sexuelles. S'assurer que les mesures tiennent compte de leurs enjeux spécifiques et que les actions entreprises en matière de lutte aux violences sexuelles soient inclusives et leurs réalités.
- Développer des campagnes de prévention et de sensibilisation destinées aux femmes LGBTQ+ dans une perspective d'autonomisation (« empowerment ») afin de les rendre moins vulnérables aux abus physiques et psychologiques.
- Veiller à instaurer des cours obligatoires d'éducation à la sexualité et leur donner une plage horaire et une importance au même titre que les autres matières enseignées. En ce sens, privilégier leur enseignement par des professionnels en la matière et leur fournir les moyens nécessaires pour implanter ces cours, dans toutes les écoles primaires et secondaires du pays.
- Prendre des mesures afin de pallier les problèmes de santé mentale, en notamment investissant financièrement dans les organismes terrain qui visent à briser l'isolement des femmes de la diversité sexuelle à travers la démystification et une offre de service adaptée à leurs réalités.
- Sensibiliser, informer et former les professionnel(le)s de la santé mentale, physique et sexuelle aux enjeux spécifiques liés aux femmes de la diversité sexuelle, peu importe les lieux de consultation. (hôpitaux, écoles, CHSLD, centres de femmes, etc.)
- Développer des stratégies de prévention pour créer des environnements sécuritaires et démystifier les attitudes transphobes, lesbophobes et biphobes chez les intervenants de première ligne en santé. Ces intervenants, au même titre que ceux œuvrant sur les campus universitaires, devraient posséder les outils nécessaires aux stratégies de démystification et devraient être en mesure d'outiller les populations de femmes plus vulnérables aux violences sexuelles.
- Bannir les thérapies de conversions au Canada et légiférer en ce sens.



Bibliographie

Benton, Cynthia L. & Ellen Haller. «I'm So Sad, Just Let Me Be : Lesbians and depression.» Dans Suzanne L. Dibble & Patricia Robertson (dir.), *Lesbian Health 101: A Clinician's Guide*. San Francisco : UCSF Nursing Press, 2010.

Blosnich J, Bossarte R. Drivers of disparity: Differences in socially based risk factors of self-injurious and suicidal behaviors among sexual minority college students. *Journal of American College Health*, 2012.

Coulter RW & Rankin SR. College sexual assault and campus climate for sexual- and gender-minority undergraduate students. *Journal of Interpersonal Violence*, 2017.

Coulter RW, Mair C, Miller E, et al. Prevalence of past-year sexual assault victimization among undergraduate students: Exploring differences by and intersections of gender identity, sexual identity, and race/ethnicity. *Prev Sci* 2017;18:726–36.

Dibble, S.L. et Robertson, P.A., « Lesbian Health 101 a clinician's guide », School of Nursing, San Francisco, 2010, p.329

Edwards KM, Sylaska KM, Barry JE, et al. Physical dating violence, sexual violence, and unwanted pursuit victimization: A comparison of incidence rates among sexual-minority and heterosexual college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 2015;30:580–600.

Ford J & Soto-Marquez JG. Sexual assault victimization among straight, gay/lesbian, and bisexual college students. *Violence and gender*, 2016;3:107– 15.

Jeffrey N, Spencer R & Beverley G (traduction française par Huberdeau, M-E et coll.). *Psychopathologies : une approche intégrée* (7e éd.). Canada, Montréal : ERPI, 2011.

Katherine O'Hanlan & Christy M. Isler. « Health Care of Lesbian and Bisexual Women ». Dans Ilan H. Meyer & Mary E. Northridge (dir.). *The Health of Sexual Minorities : Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (506-521). États unis, New York : Springer, 2007.

Laurie Drabble, Michele J. Eliason & Migdalia Reye. «Meet Me at the Bar? : Patterns of alcohol and drug abuse among lesbians ». Dans Suzanne L. Dibble et Patricia A. Robertson (dir.). *Lesbian Health 101 : A Clinician's Guide*. (141-181). San Francisco : UCSF Nursing Press, University of California, 2010.

Lhomond & M.J. Saurel-Cubizolles. Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de la littérature. *Revue d'épidémiologie de santé publique*, 2009, 57(6). 437-50.

Martin-Storey, Alexa, Geneviève Paquette, Manon Bergeron, Jacinthe Dion, Isabelle Daigneault, Martine Hébert, and Sandrine Ricci. « Sexual Violence on Campus: Differences Across Gender and Sexual Minority Status », *Journal of Adolescent Health*, 2018.

Mereish EH, Katz-Wise SL, Woulfe J. We're here and we're queer: Sexual orientation and sexual fluidity differences between bisexual and queer women. *Journal of Bisexuality*, 2017;17:125–39.

Emily F. Rothman, Deinera Exner et Allyson Baughman, The prevalence of sexual assault against people who identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States, *Trauma Violence Abuse*, Apr; 12(2), 2011.



*Pour la visibilité sociale et politique des
femmes de la diversité sexuelle*

Ruble MW, Forstein M. Mental health: epidemiology, assessment, and treatment. In: Makadon HJ, Mayer KH, Potter Goldhammer H, eds. *The Fenway Guide to Lesbian, Gay Bisexual, and Transgender Health*. Philadelphia: American College of Physicians; 2007.

Irène Zellinger, Irène. Entre visibilité et invisibilité : les lesbiennes face à la violence dans l'espace public. *Femmes et Villes*. 1(8). 195-206, 2004.

« Ottawa refuse de bannir officiellement les thérapies de conversion », diffusé sur CBC News et publié le samedi 23 mars 2019 sur radio-canada.ca