



RAPPORT 2009

Comité consultatif sur la santé et le bien-être des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT) de la Région de la Capitale-Nationale

Diversité sexuelle
et réseau de la santé

*« Des actions pour contrer
l'homophobie »*

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet
www.rss03.gouv.qc.ca, section **Documentation**, rubrique **Publications/Diversité sexuelle**

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Isabelle Lindsay
Centre de documentation
Agence de la santé et des services
sociaux de la Capitale-Nationale
Centre de documentation
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7
Tél : 418 525-1500 poste 250
Télécopieur : 418 529-9043
Courriel : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN: 978-2-89616-091-4 (version imprimée)
978-2-89616-092-1 (version PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

La reproduction de ce document est permise, en autant que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Rapport du comité consultatif sur la santé et le bien-être des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT) de la région de la Capitale-Nationale – Des actions pour contrer l'homophobie, Rédaction : Ann Robinson, Québec, 2009, 149 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Couverture de Danielle Dupont

Préface des co-présidents

L'idée que nous nous faisons de la santé est souvent liée à la santé perdue et à retrouver, à un état contraire à la maladie, où être en santé c'est ne pas être malade. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas seulement une absence de maladie ou de déficience. L'OMS soutient aussi que la prévention et les soins ne sont pas les seuls moyens au service de la santé, il y a également, les lois, les règlements, les orientations politiques, l'organisation des services, etc. et que la santé de la population est très largement une responsabilité collective (Charte d'Ottawa, 1986).

Vue sous cet angle, la santé des lesbiennes, des gais, des bisexuels et des transgenres (LGBT), bien que n'échappant pas aux aléas des maladies qui touchent la population en général, repose d'abord et avant tout sur l'importance que notre société accueille avec respect la différence. L'ignorance, la peur, le rejet sont à la base d'une tension que les LGBT subissent parfois avec violence, mais le plus souvent discrètement, sournoisement et de façon continue, tant et si bien qu'elle s'internalise, qu'elle fait sa place dans l'esprit de ces hommes et des femmes, participant ainsi au phénomène de rejet par l'isolement, le « placard » pour certains et la ghettoïsation pour d'autres. Pour faire image, nous pourrions la comparer à un acouphène, ce petit bruit lancinant qui reste aux creux de l'oreille et dont on ne peut se débarrasser. Certains parleront d'hétérosexisme, d'une vision globale d'une société hétérosexuelle qui ne peut concevoir une place pour la différence, mais nous optons pour l'angle de l'homophobie, plus cru, plus direct et contre lequel une lutte s'organise et doit s'intensifier.

Pour être en santé, pour jouir d'un état de bien-être complet, les LGBT ont besoin d'une image positive d'eux-mêmes. À l'instar de tous les autres de leur âge, les jeunes LGBT veulent être acceptés, écoutés, aidés à grandir dans ce qu'ils sont, dans ce qu'ils veulent et dans ce qu'ils espèrent pour leur devenir, un avenir intégré à l'ensemble de la société. Arrivés à l'âge adulte, ils pourront ainsi prendre leur place, s'assumer pleinement et s'épanouir dans le modèle relationnel qu'ils auront choisi, incluant des modèles familiaux, sans cantonnement dans des voies d'évitement. En prenant de l'âge, ils auront droit à la considération que nous devons avoir pour les aînés et au soutien nécessaire pour assurer dignement leur vieillissement, la perte graduelle d'autonomie et, le cas échéant, une prise en charge respectueuse par des services de l'État.

Voilà, pour l'essentiel, une vision positive de la santé des LGBT que l'on qualifiera peut-être de simpliste ou de réductionniste et à qui on reprochera ne pas tenir compte, par exemple, des grands défis des infections transmissibles sexuellement et par le sang, dont notamment les virus du sida et de l'hépatite C. Mais au contraire, nous faisons le pari que dans une société non homophobe, plus ouverte et plus respectueuse, une société où l'individu peut s'épanouir pleinement, ses comportements à l'égard de sa

santé, comme les risques pris lors de relations sexuelles dans l'exemple soulevé, seront plus responsables, en cohérence avec le reflet positif que la société lui aura offert et l'image positive qu'il aura ou pas de lui-même.

À la marge, certaines réalités plus difficiles, plus complexes du vécu des LGBT doivent recevoir des réponses plus adaptées à la différence d'appréhension du monde que posent l'orientation sexuelle pour les lesbiennes, les gais et les bisexuels; et l'identité de genre pour les transgenres. Il s'agit de défis posés aux réseaux communautaire et sociosanitaire public, qu'il faudra s'employer à relever avec détermination.

Dans la foulée des travaux du comité régional qui a supporté la démarche de ce rapport, la mère d'un jeune garçon homosexuel qui s'était suicidé quelques années plus tôt nous remettait des extraits du journal personnel de son fils. Voici comment il espérait son avenir :

« Je voudrais tellement pouvoir parler de ce que je vis avec mon père, ma mère et avec tous les autres. (...) Je voudrais aimer et être aimé. Je voudrais peut-être avoir des enfants, mais je suis pas certain... Je voudrais avoir une bonne position et ne pas faire rire de moi. Me mettre au service des autres et aider le monde. Je voudrais pouvoir me dire que j'ai réussi ma vie (...) »

Dans toute sa naïveté, dans toutes ses espérances, ce garçon est à l'image de ce que nous sommes tous et toutes, des êtres qui aspirent au bonheur et qui cherchent à prendre leur place dans un monde parfois difficile et étroit. Il ne faut plus que des jeunes LGBT en arrivent à de telles extrémités.

Il faut être fiers d'être des citoyens et des citoyennes libres dans un monde qui permet un dialogue permanent et qui, par le choc des idées, nous permet de progresser, de changer, d'évoluer pour le mieux.

La contribution de ce rapport dans ce dialogue est empreint d'humilité et d'admiration devant la lutte menée au fil des ans par des lesbiennes, des gais, des bisexuels et des transgenres pour faire avancer leur cause, ouvrir les esprits et se donner collectivement une société où la différence n'est qu'une contribution de plus à la diversité merveilleuse de notre monde.

« On ne peut pas empêcher un cœur d'aimer. »
Proverbe québécois

Ann Robinson
Co-présidente

Daniel La Roche
Co-président

Remerciements

Le rapport du Comité consultatif sur la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT) de la région de la Capitale-Nationale a été achevé grâce à la participation active de ses membres dont vous trouverez la liste en annexe.

Le présent document est le résultat d'une concertation entre plusieurs personnes. La rédaction en a été assumée par Ann Robinson, sous la supervision de Daniel La Roche, adjoint à la direction des affaires médicales, universitaires et hospitalières de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Lynda Benhadj, Josette Tardif et Carole Lecours de l'Agence, ont accordé une assistance technique précieuse dans toute la démarche. De plus, il faut souligner la participation très appréciée de Carole Morissette, adjointe administrative à la direction des programmes clientèles.

Nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont participé généreusement aux audiences publiques, afin de témoigner à titre professionnel ou personnel, ou comme représentants-es d'un organisme communautaire en rapport avec les clientèles LGBT.

Mandat du Comité consultatif sur la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres de la région de la Capitale-Nationale

Sous l'autorité du directeur-général adjoint et directeur régional des programmes clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, monsieur Jacques Fillion, le mandat du comité est de fournir un avis aux autorités de l'Agence sur la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transsexuels et plus spécifiquement, sur l'adaptation des services sociosanitaires aux réalités de la diversité sexuelle dans notre région.

Pour ce faire, le comité obtient des avis, procède à des consultations, organise des discussions sur l'ensemble des facteurs qui influencent la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transsexuels.

Le comité produit un rapport incluant un plan des principales pistes d'action que le réseau de la santé et des services sociaux devrait considérer dans une perspective de trois ans. Ce rapport est remis aux autorités de l'Agence qui en disposent.

Table des matières

Préface	i
Remerciements	iii
Mandat du comité consultatif sur la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres de la région de la Capitale-Nationale	v
Prologue : La longue marche vers l'égalité pour les gais et lesbiennes du Québec	1
Introduction.....	21
Chapitre 1 Quelques points de repère	24
1.1 La création d'un comité consultatif	24
1.2 Les clientèles visées et l'homophobie	27
1.3 Les démarches retenues	40
Chapitre 2 Une histoire des actions et un portrait des services offerts aux populations LGBT dans la région de la Capitale-Nationale	42
2.1 Les structures de l'Agence.....	42
2.2 Les réalisations et les missions du réseau socio-sanitaire de l'Agence et de ses partenaires du milieu communautaire	47

Chapitre 3	La consultation au cœur de notre démarche.....	54
3.1	L'homophobie dans les milieux de vie des enfants et des adolescents.....	55
3.2	Les lesbiennes, les gais et les bisexuels à l'âge adulte	60
3.3	Les lesbiennes, les gais, les bisexuels et les <i>trans</i> vieillissants	67
3.4	Le sécurisexe pour freiner les ITSS chez les clientèles LGBT.....	71
3.5	L'homoparentalité	79
3.6	Les LGBT travailleurs et travailleuses du sexe.....	85
3.7	Les <i>trans</i> dans leur vie quotidienne	89
Bibliographie	98
Lexique	112
Annexe 1	Composition du Comité consultatif sur la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres de la région de la Capitale-Nationale	x
Annexe 2	Tableau des audiences publiques.....	xii
Annexe 3	Contexte entourant la consultation publique mise en place par le Comité consultatif	xv
Annexe 4	Points saillants des progrès en matière d'égalité juridique pour les gais et lesbiennes du Québec.....	xix
Annexe 5	Diapositives de la consultation publique	xxv

Prologue

La longue marche vers l'égalité pour les gais et lesbiennes du Québec¹

Des premières lois pénalisant l'homosexualité masculine² adoptées au début du III^e siècle de notre ère sous le règne de Constantin le Grand³, et interdisant les mariages homosexuels, à la reconnaissance de l'orientation sexuelle comme motif de discrimination dans les diverses chartes, codes et lois des droits et libertés de la personne tant fédérale que provinciales, la route a été longue et semée d'embûches pour ces hommes qui n'avaient commis d'autres crimes que d'aimer un autre homme⁴. Peine de mort, bûcher,

¹ Cette partie du plan d'action constitue un résumé de deux articles signés Ann Robinson : « De la sorcellerie à la maternité. Réflexion d'une juriste lesbienne féministe », dans *Homosexualités et politique*, BHP, vol. 16, n° 3, printemps 2008, p. 79-88; et « La longue marche vers l'égalité pour les gais et lesbiennes du Québec », mis en ligne sur <http://www.sisyph.org>, le 20 février 2009.

² Dès le début de l'ère chrétienne, l'Église avait déjà commencé à condamner les pratiques homosexuelles.
« [...] en 177, Athénagore caractérise les homosexuels comme les ennemis du christianisme au même titre que les époux adultères. Il propose de les condamner à l'excommunication (*Supplique des chrétiens*, 34). Le canon 71 du Concile d'Elvire (305) précise que les pédérastes ayant eu des relations avec un adolescent ne peuvent plus être admis à la communion, même sur leur lit de mort (Hefele, t. 1 - 1, p. 259). Le Concile d'Ancyre (314) définit les peines à appliquer en cas de péché de sodomie, bien qu'il ne puisse pas être certain qu'il s'agit là de sodomie homosexuelle. »
Flora Leroy-Forgeot, *Histoire juridique de l'homosexualité en Europe*, PUF, Paris, 1997, p. 26.

³ Ce sont les empereurs Constant et Constantin, dès l'an 342 de notre ère, qui introduisent la peine capitale, c'est-à-dire le bûcher, pour les homosexuels passifs. Cette loi a été modifiée en 438 pour y inclure les homosexuels actifs. Et en 533, l'empereur Justinien réaffirme cette loi et prétend vouloir punir tout acte homosexuel du bûcher et de la castration.

⁴ Puisque toutes les civilisations, tant romaine, grecque que chrétienne sont profondément patriarcales, les hommes ne commenceront à s'intéresser au lesbianisme qu'à la fin du siècle dernier en Occident, c'est-à-dire au moment où des femmes s'élèveront pour réclamer des droits.

assassinat, castration, exil, excommunication, voilà autant de châtiments que l'Église et l'État ont réservés à ceux que l'on nommait principalement sodomites, pédérastes ou invertis⁵. « L'histoire de l'homosexualité s'est presque toujours confondue avec celle de sa répression ⁶. »

Même si les activités sexuelles entre personnes de même sexe existent depuis la nuit des temps⁷, selon les époques et les cultures, les normes

Marie-Jo Bonnet, *Les relations amoureuses entre les femmes*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1995.

⁵ Le mot *homosexualité* a été utilisé pour la première fois à la fin du siècle dernier (1891) par Charles Gilbert Chaddock, dans sa traduction du *Psychopathia Sexualis* de R. von Krafft-Ebing. Quant au mot *hétérosexualité*, il semble être apparu quelques années plus tard (1894-1895), sans doute pour contrebalancer le mot *homosexualité*.

Alain Rey, *Dictionnaire historique de la langue française*, Dictionnaires Le Robert, Paris, 1992, p. 1937-1938.

« Le médecin hongrois Karoly Maria Benkert, qui avait changé son nom en Kertbeny, en 1848, invente le premier le terme *homosexuel* en 1869. Il écrit : « En plus du désir normal masculin et féminin, la nature, dans sa souveraineté, a donné à certains hommes et certaines femmes le désir homosexuel, les mettant ainsi dans un asservissement sexuel qui les rend physiquement et psychologiquement incapables, [...] même avec les meilleures intentions, d'érection normale. Ce désir crée par avance une franche horreur du sexe opposé. » Le mot devient peu à peu un terme universitaire, bien que le texte de Benkert sombre dans l'oubli jusqu'à ce que le médecin allemand Magnus Hirschfeld le réédite en 1905. La première utilisation de ce mot en anglais date d'une lettre de J.A. Symonds de 1892; il apparaît pour la première fois dans la traduction de Charles Gilbert Chaddock de la *Psychopatia Sexualis* de Krafft-Ebing, à peu près à la même époque. Mais ce sont bien Hirschfeld et Havelock Ellis qui le firent connaître à un public plus large. » Colin Spencer, *Histoire de l'homosexualité, de l'antiquité à nos jours*, Le Pré aux Clercs, Paris, 1998, p. 332-333.

⁶ Voilà comment l'éditeur présente le livre de Maurice Lever, *Les bûchers de Sodome*, Fayard, Paris, 1985; voir également Robert Demers, « De la *lex scantinia* aux récents amendements du Code criminel : homosexualité et droit dans une perspective historique », (1984) 25 *C.de D.* 777-800, p. 778.

⁷ Colin Spencer, *ibid.*

religieuses⁸, morales et sociales ont conduit à un éventail de règlements et de lois qui vont de la répression complète à la reconnaissance de l'homosexualité. Il ne s'agit pas de retracer ici cette histoire juridique sanglante. D'autres l'ont fait de façon magistrale⁹.

Au Canada, il aura fallu attendre le milieu du XX^e siècle pour que le gouvernement fédéral adopte des lois dépénalisant l'homosexualité. Jusqu'en 1841, le Canada, soumis au droit criminel du royaume¹⁰, applique comme châtement la peine de mort et la confiscation de tous les biens du condamné reconnu coupable de sodomie. C'est en 1841 que le gouvernement canadien codifie pour la première fois le droit criminel et, à cette occasion, il maintient

⁸ Encore aujourd'hui, un certain nombre de religions, dont les trois monothéistes, considèrent la pratique de l'homosexualité comme allant à l'encontre des règles religieuses.

Joseph Cardinal Ratzinger, *Lettre aux évêques de l'Église catholique sur la pastorale à l'égard des personnes homosexuelles*, Congrégation pour la doctrine de la foi, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_d oc19861001_homosexual-persons_fr.html.

« Les personnes homosexuelles sont appelées à la chasteté. Par les vertus de maîtrise, éducatrices de la liberté intérieure, quelquefois par le soutien d'une amitié désintéressée, par la prière et la grâce sacramentelle, elles peuvent et doivent se rapprocher, graduellement et résolument, de la perfection chrétienne. »

Catéchisme de l'Église catholique, Mame/Plon, Édition du Vatican, Paris, 1992, p. 480.

Voir également Daniel Borrillo et Dominique Colas, *L'homosexualité de Platon à Foucault*, Plon, Paris, 2005, p. 475 à 499.

⁹ Tels : Robert Aldrich (dir.), *Une histoire de l'homosexualité*, Paris, Seuil, 2006; Robert Demers, *supra*; Patrice Corriveau, *La répression des homosexuels au Québec et en France. Du bûcher à la mairie*, Septentrion, Sillery, 2006; Flora Leroy-Forgeot, *supra*; Maurice Lever, *Les bûchers de Sodome*, Fayard, Paris, 1985; Colin Spencer, *supra*.

¹⁰ « En parlant de ce crime horrible qui ne doit pas être nommé parmi les chrétiens, nous le ferons le plus brièvement possible. C'est un crime puni de mort par le Statut 27 Henri VIII c.6, et la confiscation de tous les biens. Il consiste dans la connaissance charnelle et contre l'ordre de la nature, qui a lieu entre deux hommes, ou entre un homme et une femme [...] »

J. Crémazie, *Les lois criminelles anglaises... telles que suivies en Canada*, Québec, Imprimerie de Fréchette et Cie, 1842, p. 84, cité dans Robert Demers, *supra*, p. 790.

la peine de mort pour le « crime abominable de sodomie ou de bestialité¹¹ ». Cette peine de mort sera remplacée par la prison à vie par une loi de 1869¹², confirmée dans la refonte du *Code criminel* en 1886¹³. De plus, ces deux législations ajoutent au crime de sodomie, le crime de tentative de commettre la sodomie assorti d'une peine de dix ans d'emprisonnement¹⁴. Mais le parlement canadien se laisse influencer par l'Angleterre et adopte une loi encore plus répressive en 1890¹⁵. Cette dernière « vise à punir tout acte de grossière indécence commis en public ou en privé entre adultes consentants de sexe masculin : la loi prévoit un emprisonnement de cinq ans pour le coupable, et une possibilité de lui administrer le fouet¹⁶ ». Cette modification de la loi restera en vigueur jusqu'en 1969, année de l'adoption du célèbre Bill omnibus¹⁷, visant entre autres changements, la décriminalisation de l'homosexualité entre adultes consentants.

C'est le Québec qui a d'abord amendé sa *Charte des droits et libertés* en 1977 pour y insérer, dans l'article 10, l'orientation sexuelle comme motif de discrimination illicite¹⁸, devenant ainsi le premier gouvernement en Amérique du Nord à imposer cette interdiction. Le Canada anglais suivra plus de dix ans

¹¹ *Acte pour réunir et modifier les statuts de cette province concernant les offenses commises contre la personne*, (1841) 4-5 Vict. C. 27, art. 15, 18.

¹² (1869) 32-33 Vict. C. 20, article 63.

¹³ S.R.C. 1886, c. 157, article 1.

¹⁴ Art. 64 (1869) et art. 2 (1886).

¹⁵ S.C. 1890, c. 37, article 5.

¹⁶ Robert Demers, *supra*, p. 791.

Remarquons que les femmes ne seront visées par la loi que lors de la révision de la loi en 1953-1954.

¹⁷ C'est ainsi qu'ont été intitulées les importantes modifications au Code criminel déposées une première fois le 21 décembre 1967 par le gouvernement Pearson sous le règne de Pierre Elliot Trudeau, alors ministre de la Justice du gouvernement fédéral. Il s'agissait du projet de loi C-195. Mais pour des raisons d'élections générales, ce projet de loi, devenu entre-temps le projet de loi C-150 devra de nouveau être déposé en Chambre par John Turner alors ministre de la Justice, durant l'année 1969.

¹⁸ L.R.Q., C-12.

plus tard : le Manitoba et le Yukon en 1987¹⁹, l'Ontario en 1990²⁰, la Nouvelle-Écosse en 1991²¹, la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick en 1992²², la Saskatchewan en 1993²³, Terre-Neuve en 1997²⁴ et l'Île-du-Prince-Édouard en 1998²⁵. Quant à l'Alberta, c'est la Cour suprême du Canada qui, rendant jugement en 1998 dans l'affaire *Vriend c. Alberta*²⁶, a forcé la législature provinciale à intégrer dans sa loi de protection des droits de la personne, l'orientation sexuelle comme motif de discrimination illicite.

Au palier fédéral, l'orientation sexuelle n'apparaissait pas comme motif de discrimination illicite dans l'article 15 (1) de la *Charte canadienne des droits*

¹⁹ *Code des droits de la personne*, 1987, L.R.M., c. H-175; *Human Rights Act*, S.Y. 1987, c.3, sanctionnée le 12 février 1987, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1987.

²⁰ *Equality Rights Statute Law Amendment Act*, 1986 L.O., 1986, c. 64, sanctionnée le 18 décembre 1986; modifiée par *Code des droits de la personne*, L.R.O. 1990, c. H-19.

²¹ *An Act to Amend Chapter 214 of the Revised Statutes, 1989 The Human Rights Act*, S.N.S. 1991, c. 12, sanctionnée le 11 juillet 1991.

²² *Human Rights Amendment Act*, S.B.C. 1992, c. 43, sanctionnée le 23 juin 1992, entrée en vigueur le 13 juillet 1992; *Loi modifiant la Loi sur les droits de la personne*, L.N.B. 1992, c. 30, sanctionnée le 20 mai 2002.

²³ *The Saskatchewan Human Rights Code Amendment Act 1993*, S.S. 1993, c. 61, sanctionnée le 22 juin 1993.

²⁴ *An Act to Amend the Human Rights Code*, S.N. 1997, c. 18, sanctionnée le 11 décembre 1997.

²⁵ *An Act to Amend the Human Rights Act (n° 2)*, A.P.E.I. 1998, c. 92, sanctionnée le 11 juin 1998.

²⁶ [1998] 1 R.C.S. 493.

En 1991, Kings College a congédié un employé gai, Delwin Vriend, alléguant qu'une politique religieuse antihomosexuelle ne permettait pas son embauche. Vriend a porté sa cause devant les tribunaux dans le but de faire inscrire *orientation sexuelle* dans la loi albertaine qui protège les droits de la personne. Il a eu gain de cause devant la Cour du banc de la Reine de l'Alberta ([1994], 152 A.R. 1), mais la décision a été cassée par la Cour d'appel de cette même province en 1996 ([1996], 181 A.C. 16). Le jugement rendu par ce tribunal autorisait le gouvernement albertain à exclure les gais et les lesbiennes de la protection des droits de la personne prévue par la loi. Mais la Cour suprême a infirmé cette décision.

et libertés au moment de sa promulgation en 1982²⁷. Cette question a été résolue par la Cour suprême en 1995, dans l'arrêt *Egan*. Dans ce jugement, les neuf juges de la cour ont affirmé unanimement que l'orientation sexuelle est « une caractéristique profondément personnelle qui est soit immuable, soit susceptible de n'être modifiée qu'à un prix personnel inacceptable et qui, partant, entre dans le champ de protection de l'article 15 parce qu'elle est analogue aux motifs énumérés²⁸ ».

En conséquence, le gouvernement fédéral a senti l'obligation, en 1996, de modifier sa *Loi canadienne des droits de la personne* pour y inclure l'interdiction d'exercer toute forme de discrimination sur la base de l'orientation sexuelle²⁹. L'adoption de ces modifications a provoqué au Parlement d'Ottawa, un débat houleux et parfois disgracieux³⁰. Plusieurs députés ont prétendu qu'on s'attaquait à des valeurs fondamentales canadiennes, et que reconnaître l'orientation sexuelle comme motif de discrimination pouvait mettre en péril la famille traditionnelle hétérosexuelle³¹. Ces modifications à la loi ont été adoptées de justesse

²⁷ Et modifier la *Charte* au Canada, relève d'un défi qu'aucun parti politique n'a eu le courage d'envisager jusqu'à ce jour.

²⁸ *Egan c. Canada*, [1995] 2 R.C.S. 513, Juge La Forest, p. 528.

²⁹ L.R.C. (1985), c. H-6, amendée par 1996, c. 14, Article 3 (1).

³⁰ « Dans notre hâte de régler ce problème, nous avons pris ce qui semble être la voie la plus facile. On nous propose d'inclure cela dans la loi. Quand on commence à inclure ce genre de disposition dans la *Charte*, dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne* et ainsi de suite, on oublie une chose : on oublie que, quand on accorde un droit à quelqu'un, cela veut dire qu'on prive quelqu'un d'une partie de ses droits. Les droits ne sont rien d'autre qu'une forme de pouvoir. Le pouvoir est une équation à somme nulle. Il n'y a qu'une quantité déterminée de pouvoir. Comme l'a dit un jour un célèbre juge de la Cour suprême des États-Unis : "Mon droit de vous mettre mon poing dans la figure est limité par la proximité de votre menton". C'est en plein cela. »
M. Monte Solberg (Medecine Hat, Ref.), (Hansard), Débats en chambre, Projet C-33, p. 2153-2154.

³¹ « Si nous le faisons (adopter le projet C-33) nous priverions la famille de son statut spécial en permettant à d'autres (les homosexuels et les lesbiennes) de revendiquer et

malgré l'acharnement des députés réformistes et de quelques libéraux. De nombreux arguments ont été invoqués, dont le rapport entre homosexualité et pédophilie, la sauvegarde de la famille et des valeurs traditionnelles de la société, certains députés réformistes ont même crié leur hargne, leur haine et leur mépris des homosexuels³², comme si accorder aux uns, était enlever aux autres!

Quant à la reconnaissance des couples de même sexe, il faut remonter à un jugement de la Cour suprême en 1993, l'arrêt Mossop³³. Le 3 juin 1985, Brian Mossop, traducteur au service du Secrétariat d'État du gouvernement fédéral à Toronto, a dû s'absenter de son travail pour assister aux funérailles du père de son compagnon. Les deux hommes se sont rencontrés en 1974 et vivent ensemble depuis 1976, partageant tout. Ils ont acheté et entretiennent une maison, ils s'entraident dans la vie quotidienne et leurs amis et parents les considèrent comme des conjoints. Le lendemain des funérailles, Brian Mossop demande le congé de deuil prévu à sa convention collective pour le décès d'un membre de sa proche famille. Cette demande est rejetée au motif que la convention collective ne reconnaît de droits qu'à la conjugalité hétérosexuelle. Ainsi, M. Mossop se voit forcé de déposer un grief à la fois contre son syndicat et contre son employeur, grief rejeté au motif que la décision était conforme à la lettre de la convention collective. Au lieu d'en appeler de la sentence arbitrale, M. Mossop choisit de déposer une plainte pour discrimination contre son syndicat et son employeur à la Commission canadienne des droits de la personne, en invoquant certaines dispositions de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* pouvant l'aider

d'obtenir en vertu de la loi le même statut et les mêmes avantages que ceux consentis à la famille traditionnelle. »

M. Paul Szabo (Mississauga-Sud, Lib.), *ibid.*, p. 2150.

³² Voir entre autres les propos tenus par les libéraux Paul Szabo et Paul Steckle et les réformistes Monte Solberg et Chuck Strahl, Débats en chambre, Projet C-33. <http://www.parl.gc.ca>.

³³ *Canada c. Mossop*, [1993] 1 R.C.S. 554.

à faire la preuve d'un traitement discriminatoire au travail³⁴. Et puisqu'à cette époque, l'orientation sexuelle n'était pas encore considérée comme un motif de discrimination dans cette loi, M. Mossop base son argumentation sur le motif de la *situation de famille*, énoncée dans l'article 3 de cette loi³⁵. Le Tribunal canadien des droits de la personne a donné raison à M. Mossop³⁶.

Il n'était pas au bout de ses peines puisque le procureur général du Canada a porté la décision en appel devant la Cour fédérale, laquelle a annulé la décision du Tribunal au motif que ce dernier a commis une erreur en droit en voulant inclure dans l'expression *situation de famille* une relation homosexuelle³⁷. Cette décision de la Cour fédérale a été maintenue en 1993 par la Cour suprême du Canada, malgré une dissidence fort bien documentée et argumentée de la part de la juge Claire L'Heureux-Dubé. Ce jugement tant attendu par la communauté homosexuelle canadienne a eu l'effet d'une douche froide. Les militants pour la reconnaissance de la conjugalité homosexuelle ont eu l'impression d'être renvoyés de Calife à Pilate, du législatif au judiciaire et *vice versa*³⁸.

Puis, il y eut l'affaire *Egan*³⁹. En 1986, James Egan et John Norris Nesbit vivent une relation de couple depuis 38 ans. À 65 ans, James Egan commence à percevoir la pension de la sécurité de la vieillesse et un supplément de

³⁴ L.R.C. (1985), ch. H-6 (auparavant S.C. 1976-77, ch. 33, modifiée), Articles 7, 9 (1), 10.

³⁵ « Pour l'application de la présente loi, les motifs de distinction illicite sont ceux qui sont fondés sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, l'âge, le sexe, l'état matrimonial, la situation de famille, l'état de personne graciée ou la déficience. »

³⁶ *Tribunal des droits de la personne*, (1989), 10 C.H.R.R. D/6064.

³⁷ [1991] 1 C.F. 18.

³⁸ « En ce qui concerne le sens qu'il faut donner à l'expression "situation de famille", bien que la loi doive recevoir une interprétation large qui tend à la réalisation de son objet, ni le sens ordinaire, ni le contexte, ni l'objet n'indiquent que le législateur avait l'intention d'inclure les couples de même sexe dans l'expression "situation de famille". »
Juges La Forest et Iacobucci, *ibid.*, p. 557.

³⁹ *Egan c. Canada*, [1995] 2 R.C.S. 513.

revenu garanti, en application de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*⁴⁰. Cette loi prévoit à l'époque le versement d'une allocation au conjoint du pensionné si ce conjoint a entre 60 et 65 ans et que le revenu du couple n'atteint pas un seuil prescrit. À 60 ans, Nesbit se prévaut de cette disposition invoquant le fait qu'il est le conjoint de James Egan. Les fonctionnaires rejettent sa demande au motif qu'il n'est pas un conjoint au sens de la loi, puisqu'il vit dans une union homosexuelle.

Egan et Nesbit intentent une action en Cour fédérale et demandent un jugement déclaratoire décrétant que la définition de conjoint inscrite dans la loi est discriminatoire puisqu'elle fait référence à l'hétérosexualité des conjoints, allant ainsi à l'encontre de l'article 15 (1) de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Ils demandent par conséquent un élargissement de cette notion de conjoint aux conjoints homosexuels. Ils ont perdu tant en première instance⁴¹, qu'en appel⁴². D'où le pourvoi à la Cour suprême.

Rendant jugement en 1995, les neuf juges de la Cour suprême ont établi pour la première fois que l'orientation sexuelle est un motif de discrimination analogue à ceux déjà prévus dans la *Charte*. Mais alors que cinq juges⁴³ considèrent que la définition de *conjoint* prévue dans l'article 2 de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* va à l'encontre de la *Charte*, quatre autres juges, auxquels se joint un cinquième faisant partie du premier groupe⁴⁴ concluent que cette atteinte est justifiée dans le cadre d'une société libre et démocratique, conformément à l'article 1 de cette même *Charte*. Après neuf ans de lutte judiciaire, James Egan et John Norris Nesbit, s'ils n'ont pas obtenu justice, auront au moins la satisfaction et l'honneur de passer à l'histoire comme le couple qui a réussi à forcer le gouvernement fédéral à

⁴⁰ S.R.C. 1970, ch. 0-6 (devenu L.R.C. [1985], ch. 0-9).

⁴¹ [1992] 1 C.F. 687, 87 D.L.R. (4th) 320, 38 R.F.L. (3d) 294, 47 F.T.R. 305.

⁴² [1993] 3 C.F. 401, 103 D.L.R. (4th) 336, 15 C.R.R. (2d) 310, 153 N.R. 161.

⁴³ Les juges L'Heureux-Dubé, Sopinka, Cory, Iacobucci et McLachlin.

⁴⁴ Les juges Lamer, La Forest, Gonthier, Major et Sopinka.

considérer l'orientation sexuelle comme un motif de discrimination analogue à ceux déjà énumérés dans la *Charte canadienne*.

En mai 1999, arrive un revirement de situation. L'affaire *M. c. H*⁴⁵. défraie les manchettes canadiennes. M. et H., lesbiennes ontariennes, ont vécu ensemble comme conjointes de fait de 1982 à 1992. Durant ces dix années de vie commune, elles ont bâti une entreprise de publicité, laquelle a constitué jusqu'à la fin des années 1980, leur revenu principal. Cependant, la preuve a démontré que la contribution de H. à cette entreprise a été supérieure à celle de M. À l'automne 1992, l'entreprise va de plus en plus mal, H. doit prendre un emploi à l'extérieur. M. quitte la maison du couple et demande une ordonnance au tribunal pour le partage des biens. Elle demande également à H. de lui verser une pension alimentaire conformément aux dispositions de la loi ontarienne sur le droit de la famille⁴⁶, contestant du même coup, la définition strictement hétérosexuelle du mot *conjoint* contenue dans cette loi⁴⁷, en invoquant l'article 15 (1) de la *Charte canadienne*.

La juge de première instance a donné raison à M. en statuant que les mots *l'homme et la femme* devaient être retranchés de la définition du terme *conjoint* de la loi, et remplacés par les mots *deux personnes*⁴⁸. H. a porté ce jugement en appel et à ce moment le procureur général de l'Ontario est intervenu au dossier. La Cour d'appel a confirmé le jugement de première instance, mais en a suspendu l'application pour un an, le temps de permettre au législateur ontarien de modifier sa loi en conséquence⁴⁹. Acceptant d'entendre le procureur général de l'Ontario, huit juges de la Cour suprême du Canada ont reconnu que la définition de *conjoint* prévue dans la loi

⁴⁵ [1999] 2 R.C.S. 3.

⁴⁶ *Loi sur le droit de la famille (LFD)*, L.R.O., ch. F.3.

⁴⁷ *Ibid.*, articles 1 (1) et 29.

⁴⁸ Cour de l'Ontario, (Division générale) (1996), 27 O.R. (3d) 593, 132 D.L.R. (4th) 538, 17 R.F.L. (4th) 365, 35 C.R. (2d) 123, [1996] O.J. N° 365 (Q.L.).

⁴⁹ Cour d'appel de l'Ontario, (1996), 31 O.R. (3d) 417, 142 D.L.R. (4th) 1, 96 O.A.C. 173, 25 R.F.L. (4th) 116, 40 C.R.R. (2d) 240, [1996] N° 4419 (Q.L.)

ontarienne était discriminatoire, contraire à l'article 15 (1) de la *Charte*, et ne pouvait se justifier en vertu de l'article 1 de cette dernière, tout en restreignant le délai de suspension de leur jugement à six mois. Le gouvernement ontarien n'a donc eu d'autre choix que de modifier sa loi sur la famille⁵⁰.

C'est aussi en 1999 que la Cour supérieure du Québec déclare invalides les dispositions de l'article 91 de la *Loi sur le régime des rentes du Québec*⁵¹, puisque celle-ci retenait la notion de *vie maritale* pour définir le conjoint du cotisant décédé, ce qui excluait *de facto* les conjoints de même sexe⁵². Le gouvernement du Québec a conséquemment présenté et adopté, en juin 1999, la *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les conjoints de fait*⁵³, qui faisait disparaître dans ses lois statutaires, toute forme de discrimination quant à la conjugalité homosexuelle et lesbienne. Partant de là, les lois et les règlements du Québec ont élargi la définition de l'expression *conjoint de fait* pour y reconnaître toutes les unions de fait sans égard au sexe des personnes.

Pendant ce temps à Ottawa, le 8 juin 1999, le *Reform Party*, en réaction à la décision de la Cour suprême dans l'affaire *M. c. H.*, présente à la Chambre des communes une proposition visant à évacuer définitivement la question du mariage entre deux personnes de même sexe. « Que, de l'avis de la Chambre, il est nécessaire, parallèlement au débat public entourant les récentes décisions judiciaires, de confirmer que le mariage est et doit demeurer exclusivement l'union d'un homme et d'une femme, et que le Parlement prendra toutes les mesures voulues dans les limites de sa compétence pour

⁵⁰ *Loi modifiant certaines lois en raison de la décision de la Cour suprême du Canada dans l'arrêt M.c.H.*, Projet de loi 5, 1999 S.O. c. 6.

⁵¹ L.R.Q., c. R-9.

⁵² *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse c. Commission des affaires sociales*, J.E. 99-85 (C.S.).

⁵³ Projet de loi n° 32, (1999, chapitre 14).

préservé au Canada cette définition du mariage⁵⁴ ». Cette proposition est adoptée par les parlementaires toujours présents à la Chambre à la fin de la journée. La ministre de la Justice de l'époque, l'honorable Anne McLellan du parti libéral choisira les mots les plus fermes pour affirmer la position des parlementaires. « Le mariage revêt une valeur et une importance fondamentales pour les Canadiens. [...] J'appuie la motion pour maintenir la définition juridique claire du mariage au Canada qui est exclusivement l'union d'un homme et d'une femme⁵⁵. »

Malgré cette proposition, la situation évolue inexorablement. Le parlement canadien n'a pas le choix de se conformer lui aussi au jugement de la Cour suprême dans l'affaire *M. c. H.* Toujours en juin 1999, il adopte une loi qui modifie la définition du terme *conjoint* dans une soixantaine de lois fédérales pour s'assurer que les conjoints de même sexe bénéficient des droits accordés aux couples hétérosexuels vivant en union de fait⁵⁶.

Au Canada, le mariage est de juridiction fédérale, alors que sa célébration et ses effets patrimoniaux sont de juridiction provinciale⁵⁷. Ainsi, seul le gouvernement fédéral peut légiférer sur les éléments essentiels à la validité du mariage. L'absence de consentement, la bigamie, l'inceste et l'immaturation psychologique, sont toujours considérés au Canada comme des empêchements au mariage. Les cours d'appel de trois provinces canadiennes ont, à partir de 2001 rejeté, pour des motifs de discrimination, l'identité de sexe comme empêchement au mariage⁵⁸ pour les conjoints de même sexe, conformément à l'article 15 (1) de la *Charte canadienne des droits et libertés*⁵⁹.

⁵⁴ *Débats de la Chambre des communes*, Compte rendu officiel (Hansard), volume 135, n° 240, 1^{re} session, 36^e législature, p. 15 960.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 15 967.

⁵⁶ *Loi visant à moderniser le régime d'avantages et d'obligations dans les Lois du Canada*, première lecture le 11 février 2000, sanctionnée le 29 juin 2000, L.C. (2000), ch. 12.

⁵⁷ *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Vict., R.-U., c. 3, articles 91 et 92.

⁵⁸ Colombie-Britannique : *Egale Canada Inc. v. Canada (Attorney General)*, [2001] B.C.J. 1995 (C.S.), [2003] B.C.C.A. 251, [2003] B.C.C.A. 406; Ontario : *Halpern v. Canada (Attorney General)*, [2002] O.J. No. 2714 (C.S.), 172 O.A.C. 276, [2003] S.C.C.A. N°

Au moment où le couple Hendricks/Leboeuf de Montréal réclame l'accès au mariage civil devant les tribunaux, Paul Bégin alors ministre de la Justice du Québec présente en décembre 2001 un avant-projet de loi sur l'union civile. L'Assemblée législative du Québec en adoptant cette loi en 2002 est allée aussi loin que lui permettent ses compétences législatives. À cette occasion, le ministre a déclaré que si son gouvernement en avait eu le pouvoir, il aurait proposé tout simplement l'accès au mariage civil pour les couples de même sexe⁶⁰. Ainsi, il a opté pour un nouvel état conjugal accessible tant aux couples hétérosexuels qu'aux couples de même sexe⁶¹ qui désirent s'engager publiquement et solennellement⁶² à se porter mutuellement respect, fidélité, secours et assistance et à faire vie commune⁶³. Autant à l'égard de la célébration qu'en regard des effets patrimoniaux, et dans les limites législatives du Québec, l'union civile est pratiquement identique au mariage. En effet, les conditions de fond pour s'unir civilement sont les mêmes que pour se marier, sauf en ce qui a trait à l'identité de sexe et à l'âge du consentement qui passe à 18 ans, pour l'union civile⁶⁴ alors que des jeunes de 16 ans peuvent, avec le consentement de leurs parents, se marier⁶⁵. Il est également prévu que l'union civile doit être célébrée publiquement devant un célébrant compétent à célébrer les mariages⁶⁶. Et l'union civile a les mêmes effets que le mariage en ce qui concerne la direction de la famille, l'exercice

337; Québec : *Hendricks c. Québec (Procureur général)*, [2002] R.J.Q. 2506 (C.S.), Cour d'appel du Québec, N° 500-09-012719-027, 19 mars 2004.

⁵⁹ L.R.C. (1985), App. II, n° 44.

⁶⁰ Denis Lessard, « Le Québec passera dans le peloton de tête en Occident pour la reconnaissance des droits des homosexuels avec la mise en place de "l'union civile" qui confèrera aux conjoints de même sexe les mêmes droits qu'aux couples hétérosexuels », *La Presse*, samedi 8 décembre 2001. <http://www.cyberpresse.ca>.

⁶¹ Article 521.1 C.c.Q.

⁶² Article 521.2, al.1 C.c.Q.

⁶³ Article 521.6 C.c.Q.

⁶⁴ Article 521.1 C.c.Q.

⁶⁵ Article 373 C.c.Q.

⁶⁶ Article 521.2, al.1 C.c.Q.

de l'autorité parentale, la contribution aux charges du ménage, la protection de la résidence familiale pendant la durée de l'union civile, la constitution d'un patrimoine familial pouvant être partagé à la dissolution de cette union et la possibilité de verser une prestation compensatoire au conjoint uni civilement qui aurait contribué à l'enrichissement du patrimoine de son conjoint⁶⁷. Enfin, puisque la loi fédérale sur le divorce⁶⁸ ne peut s'appliquer à l'union civile, il est prévu que cette union puisse être dissoute par une déclaration commune notariée dans la mesure où les conjoints ont réglé toutes les conséquences de cette dissolution⁶⁹, et à la condition qu'il n'y ait pas d'enfant commun aux conjoints, dont les intérêts pourraient être en cause⁷⁰. Sinon, la dissolution devra être prononcée par le tribunal⁷¹.

Notre loi québécoise sur l'union civile n'a pas seulement ouvert l'accès à un nouvel état civil pour les couples homosexuels et hétérosexuels, elle a aussi modifié, en les rajeunissant grandement, les règles de filiation inscrites au *Code civil* du Québec. Dorénavant au Québec, la procréation assistée⁷² est le fait pour une personne ou un couple d'élaborer un projet parental d'avoir un enfant et de recourir pour ce faire aux forces génétiques d'un tiers pour concrétiser ce projet. Le couple peut être hétérosexuel ou homosexuel, les conjoints peuvent être mariés, unis civilement ou conjoints de fait. Le projet parental peut se dérouler dans un contexte médicalement assisté pour contrer la stérilité d'un ou des deux conjoints, dans un contexte médicalement assisté ou simplement dans un contexte privé. Enfin, l'apport des forces génétiques de la tierce personne peut se concrétiser par un don de gamètes, de sperme ou d'ovule, par un don d'embryon, par une relation sexuelle ou par une gestation pour autrui. Ainsi, il est maintenant spécifié dans le *Code civil* qu'en matière de procréation assistée, des conjointes

⁶⁷ Article 521.6, al. 4 C.c.Q.

⁶⁸ *Loi sur le divorce*, L.R.C. (1985), c. 3 (2^e suppl.)

⁶⁹ Article 521.13 C.c.Q.

⁷⁰ Article 521.17 C.c.Q.

⁷¹ Article 521.17 C.c.Q.

⁷² Articles 538 à 542 C.c.Q.

lesbiennes pourront recourir à l'insémination artificielle avec donneur anonyme ou à l'insémination par relation sexuelle, qu'elles soient mariées, unies civilement ou conjointes de fait⁷³. Pour un couple d'homosexuels, la bipaternité par procréation assistée ne va pas de soi, on s'en doute. Mais elle est tout de même possible⁷⁴. Bien entendu, il lui faudra faire appel à une mère porteuse s'il veut bénéficier des règles d'homoparenté par procréation assistée. Or, la loi sur l'union civile a maintenu la nullité de « toute convention par laquelle une femme s'engage à procréer ou à porter un enfant pour le compte d'autrui ⁷⁵».

Cependant, le gouvernement fédéral a sanctionné en mars 2004, une loi concernant la procréation assistée⁷⁶ dans laquelle il est prévu que les seules restrictions concernant les contrats de maternité de substitution sont l'interdiction de rétribution des mères porteuses et le fait que ces dernières

⁷³ Articles 538.3 et 539 C.c.Q.

⁷⁴ Quoiqu'en disent certaines auteures au Québec. Voir entre autres : Marie-Blanche Tahon, « Sexe, mariage et indifférence : le coup de grâce à la paternité », *Argument*, volume 6, n° 1, 2004, Presses de l'Université Laval, p. 3-9 et *Vers l'indifférence des sexes? Union civile et filiation au Québec*, Boréal, 2004.

⁷⁵ Article 541 C.c.Q.

⁷⁶ *Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe*, 52-53 Elizabeth II, 2004, chapitre 2.

Il faut considérer cependant que la Cour d'appel du Québec a invalidé en juin 2008, certains articles de cette loi, en invoquant le fait que la santé est de juridiction provinciale.

Renvoi fait par le gouvernement du Québec en vertu de la *Loi sur les renvois à la Cour d'appel*, L.R.Q., ch. R-23, relativement à la constitutionnalité des articles 8 à 19, 40 à 53, 60, 61 et 68 de la *Loi sur la procréation assistée*, L.C. 2004, ch. 2, 2008 QCCA 1167. Greffe de Montréal, n° 5-09-015177-041, le 19 juin 2008.

doivent être âgées de 21 ans ou plus⁷⁷. Et même si le *Code civil* a préséance sur la loi fédérale puisque cette question relève de la compétence provinciale, comment cette préséance serait-elle traitée par la Cour suprême si l'on considère l'article 15 de la *Charte canadienne*? De toute manière, il sera toujours possible à un couple d'homosexuels de faire appel à une mère porteuse domiciliée dans une province qui ne légifère pas sur la notion de mère de substitution.

Quant à l'adoption, les règles de filiation sont les mêmes, que les futurs parents soient un couple d'hommes ou un couple de femmes. La loi sur l'union civile a clarifié bien des situations et a confirmé que les gais et les lesbiennes, seuls ou en couple, peuvent dorénavant bénéficier des services publics québécois de l'adoption⁷⁸. Elle prévoit aussi que le père ou la mère d'un enfant peut donner son consentement à l'adoption en faveur de son conjoint ou de sa conjointe de même sexe, qu'ils soient mariés, unis civilement ou en union de fait⁷⁹.

Mais puisque rien ne garantit aux couples québécois unis civilement que leur union sera reconnue au même titre qu'un mariage en dehors du Québec, le lobby des gais et des lesbiennes, tout en se déclarant satisfait des avancées de la loi québécoise, a continué à réclamer l'accès au mariage devant les tribunaux du Québec⁸⁰.

Un premier jugement favorable de la Cour supérieure⁸¹ a été rendu le 6 septembre 2002. La juge Louise Lemelin y déclare que la définition

⁷⁷ *Ibid.*, article 6.

⁷⁸ Article 546 C.c.Q.

⁷⁹ Article 555 C.c.Q.

⁸⁰ Voir la présentation du *Mémoire de la Coalition québécoise pour le droit au mariage pour les gais et lesbiennes* lors des débats de la Commission des institutions, le mardi 5 février 2002.

⁸¹ *Hendricks c. Québec (Procureur général)*, [2002] R.J.Q. 2506 (C.S.).

hétérosexuelle du mariage prévue dans les lois fédérales⁸² et provinciale⁸³, selon laquelle le mariage ne peut être célébré qu'entre un homme et une femme, est discriminatoire à l'égard des couples de même sexe et va ainsi à l'encontre de la *Charte canadienne*. Ce jugement a été confirmé par la Cour d'appel en mars 2004⁸⁴, alors que les cours d'appel de la Colombie-Britannique et de l'Ontario avaient déjà rendu des jugements similaires durant l'année 2003. Mais avant que la Cour d'appel du Québec ne se prononce, le Procureur général du Canada s'était désisté du dossier le 14 juillet 2003, alors que le Procureur général du Québec n'avait pas formulé d'appel contre le jugement de la juge Lemelin⁸⁵.

Quelques jours plus tard, le 17 juillet 2003, le gouvernement canadien demande à la Cour suprême du Canada de se prononcer sur un avant-projet de loi qui reconnaît la possibilité d'un mariage entre deux personnes de même sexe⁸⁶. Cette démarche vise à faire préciser la compétence exclusive du gouvernement fédéral en matière de mariage et sa capacité à l'ouvrir aux couples de même sexe en respectant la *Charte canadienne des droits et libertés*. Le gouvernement demande également à la Cour suprême de

⁸² *Loi d'harmonisation n° 1 du droit fédéral avec le droit civil, L.C. 2001, c. 4, article 5 et Loi sur la modernisation de certains régimes d'avantages et d'obligations, L.C. 2000, c. 12, article 1 (1).*

⁸³ Article 365 (2) C.c.Q.

⁸⁴ *Ligue catholique pour les droits de l'Homme c. Hendricks*, 2004, 20538, (QC C.A.).

⁸⁵ Mentionnons que le jugement de la juge Lemelin a été porté en appel par la Ligue catholique pour les droits de l'homme, intervenante au dossier en première instance.

⁸⁶ *Proposition de loi concernant certaines conditions de fond du mariage civil, Article 1*

Le mariage est, sur le plan civil, l'union légitime de deux personnes, à l'exclusion de toute autre personne.

Article 2

La présente loi est sans effet sur la liberté des autorités religieuses de refuser de procéder à des mariages non conformes à leurs croyances religieuses.
http://www.canada.justice.gc.ca/fr/news/fs/2004/doc_31110.html.

confirmer que l'article 2 de l'avant-projet de loi protège adéquatement les autorités religieuses de l'obligation de marier deux personnes de même sexe si cela va à l'encontre de leurs croyances religieuses. À cause d'un changement à la direction du parti politique au pouvoir, le gouvernement canadien revient à la charge en janvier 2004 en demandant en plus à la Cour suprême si l'exigence de réserver le mariage aux couples hétérosexuels pouvait être conforme à la *Charte canadienne* et, dans la négative, il l'invite à préciser à quel égard et dans quelle mesure.

Pendant ce temps, des couples de même sexe se marient en toute légalité en Ontario et en Colombie-Britannique. Au Québec, le mariage devient enfin accessible en mars 2004 aux couples de même sexe par le truchement du jugement de la juge Lemelin de la Cour d'appel qui annule la définition traditionnelle du mariage dans le dossier *Hendricks/Lebœuf*⁸⁷. Et le 9 décembre 2004, la Cour suprême publie son avis sur le projet de loi. Avis très laconique dans lequel il faut retenir entre autres que les juges de la Cour ont décrété que le mot *mariage* figurant dans la constitution canadienne ne devait pas exclure le mariage entre personnes de même sexe. La voie était donc toute tracée pour le gouvernement Martin, le temps n'étant plus à la valse-hésitation. C'est ainsi que deux mois plus tard, le 1^{er} février 2005, le ministre libéral de la Justice présente enfin un projet de loi sur le mariage civil⁸⁸. Après plusieurs mois de débats, cette loi reçoit une sanction royale le 20 juillet 2005⁸⁹.

La communauté gaie et lesbienne canadienne respire enfin plus librement. Avec fierté, elle peut se vanter de vivre dans le quatrième pays au monde⁹⁰

⁸⁷ *Ligue catholique pour les droits de l'Homme c. Hendricks, supra.*

⁸⁸ Projet de loi C-38.

⁸⁹ *Loi concernant certaines conditions de fond du mariage civil (2005) L.C.*, ch. 33.

⁹⁰ Après les Pays-Bas le 1^{er} avril 2001, la Belgique le 1^{er} juin 2003 et l'Espagne le 30 juin 2005. Virginie Descoutures, Marie Digoix, Éric Fassin et Wilfried Rault, *Mariages et homosexualités dans le monde. L'arrangement des normes familiales*, Paris, Éditions Autrement - Collection Mutations/Sexe en tous genres, n° 244, 2008.

où l'on célèbre des mariages de couples de même sexe. Mais l'élection d'un gouvernement minoritaire conservateur dirigé par un ancien membre d'un des partis les plus à droite de l'histoire du Canada met abruptement fin aux réjouissances. Pendant la campagne électorale, Stephen Harper le chef du Parti conservateur a promis à ses électeurs de revenir sur la question du mariage pour les couples de même sexe. C'est ainsi que le 7 décembre 2006, il présente en Chambre une motion formulée comme suit : « [...] cette Chambre demande au gouvernement de déposer une loi visant à rétablir la définition traditionnelle du mariage sans toucher les unions civiles et tout en respectant les mariages existants entre personnes de même sexe. » Cette motion est rejetée par 175 votes contre 123.

Cette fois-ci, il semble bien que ce soit la bonne!

Introduction

Dès les premières rencontres du Comité consultatif créé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour réfléchir sur la santé des clientèles LGBT*⁹¹ de la région, ses membres ont choisi d'aborder la question sous l'angle de l'homophobie plutôt que sous celui des problèmes sociosanitaires vécus par les lesbiennes, les gais, les bisexuels ou les *trans**. L'homophobie endémique prolifère toujours malgré tous les efforts consentis par divers ministères concernés, malgré les documents produits par des commissions ou des comités gouvernementaux, malgré des recherches effectuées par des universitaires ou des scientifiques, et enfin malgré les efforts consentis par le législateur. Comment faut-il alors aborder le sujet si on veut faire progresser les mentalités?

En donnant son avis, le Comité consultatif n'a pas la prétention de pouvoir éradiquer l'homophobie, mais en s'appuyant sur ce que les intervenants œuvrant auprès des clientèles LGBT lui ont rapporté, il s'assure à tout le moins de se rapprocher des besoins de cette clientèle. Cet avis prend la forme du présent rapport qui propose dans un premier temps quelques repères théoriques nécessaires à la bonne compréhension du sujet. Nous présentons ensuite les services déjà offerts à la population LGBT dans la région de la Capitale-Nationale. Puis, nous formulons une analyse des propos recueillis durant les audiences publiques menées par le comité consultatif de l'Agence au cours du mois de février 2007. Finalement, l'établissement d'une structure de concertation permettra l'élaboration d'un plan d'action qui s'échelonnera sur trois ans et portera principalement sur la lutte contre l'homophobie.

⁹¹ Les mots suivis d'un astérisque font l'objet d'une définition précise dans un lexique annexé au document.

Certaines clientèles LGBT n'ont pas été rejointes dans le processus de consultation mis sur pied il y a trois ans. Faute de temps et de disponibilité, nous ne présenterons aucune conclusion ou recommandation concernant les clientèles LGBT autochtones, handicapées ou membres des communautés ethnoculturelles. Sans doute faudra-t-il entreprendre ultimement une réflexion propre à ces clientèles qui subissent encore une double discrimination, celle basée sur leur orientation sexuelle et celle basée sur leur autre caractère distinctif tel que, la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, les déficiences physiques ou intellectuelles.

Il y a quelques temps, le Conseil québécois des gais et lesbiennes (CQGL) s'insurgeait contre une récente directive émise par Santé Canada interdisant tous dons d'organes aux hommes ayant eu une relation sexuelle avec un autre homme au cours des cinq années précédant le don⁹². Pour ce groupe québécois de défense des droits des gais et des lesbiennes, cette décision qui ne repose sur aucun fondement scientifique ou sanitaire, ne fait que renforcer la stigmatisation et l'exclusion des personnes homosexuelles au sein de notre société. Une relation sexuelle entre deux hommes n'engendre pas nécessairement maladie ou infection, tout comme une relation sexuelle entre un homme et une femme n'en est pas systématiquement exempte. Ainsi, cet avis de l'agence fédérale rappelle douloureusement la décision prise dans le dossier du don de sang qui, en ciblant une catégorie de personnes plutôt qu'un comportement sexuel à risque, a contribué à perpétuer un faux sentiment de sécurité auprès de la population. Le CQGL considère que Santé Canada devrait s'employer à rehausser ses programmes de prévention du VIH/sida et des autres ITSS et augmenter son soutien aux organismes

⁹² Steve Foster, « L'exclusion des homosexuels du don d'organe, sans fondement scientifique », *Le Soleil*, 17 janvier 2008.
<http://www.cyberpresse.ca/article/20080117/>.
Le Devoir, « Dons d'organes interdits aux gais », 15 janvier 2008.
<http://www.ledevoir.com/2008/01/15/171828.html>.

communautaires dont les actions visent à sensibiliser les individus à la nécessité d'avoir des comportements sexuels sécuritaires.

Voilà une illustration très parlante d'une forme d'homophobie institutionnelle. Il faut reconnaître que les mentalités ont malheureusement beaucoup de difficulté à évoluer malgré toutes les avancées juridiques obtenues par les clientèles LGBT canadiennes, ces dernières années. Cette récente directive empêcherait-elle un père légalement marié à un homme, de donner son rein à son enfant né soit par procréation assistée avec don de sperme ou né d'une relation hétérosexuelle antérieure?

Chapitre 1

Quelques points de repère

1.1 La création d'un comité consultatif

Le Québec, pourtant avant-gardiste en 1977 au moment de l'inclusion de l'orientation sexuelle comme motif de discrimination dans sa *Charte*, s'est laissé longuement « tirer l'oreille » avant d'entreprendre d'autres démarches pour contrer la violence et la discrimination à l'égard des gais et des lesbiennes. Il aura fallu un lobby systématique de la part des militants gais et lesbiennes pour que la Commission des droits de la personne du Québec⁹³ accepte de tenir des audiences publiques⁹⁴ à l'automne 1993 et publie un rapport de cette consultation, moins d'un an plus tard⁹⁵. La Commission avait organisé sa consultation autour de trois thèmes : les services de santé et les services sociaux, les relations avec la police et la conformité des lois à la *Charte québécoise*. Lors des audiences, il s'est avéré que les membres de la communauté gaie et lesbienne du Québec subissaient encore beaucoup trop de discrimination de la part de divers organismes gouvernementaux. Aussi la Commission, en déposant son rapport auprès de diverses institutions gouvernementales dont les régies régionales de la santé et des services sociaux⁹⁶ du Québec, leur faisait des recommandations précises.

En novembre 1994, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la création d'un comité de travail ministériel qui évaluerait l'état des services

⁹³ Ancêtre de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

⁹⁴ Cette consultation publique a été menée par la Commission des droits de la personne, à Montréal, du 15 au 22 novembre 1993.

⁹⁵ Commission des droits de la personne du Québec, *De l'illégalité à l'égalité, Rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes*, Gouvernement du Québec, mai 1994.

⁹⁶ Ancêtres des agences de la santé et des services sociaux.

sociaux et de santé destinés aux personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. Ce comité a vu le jour en janvier 1995. Un an plus tard, il a produit un document exploratoire révélant les principaux problèmes de santé et de bien-être de la population homosexuelle et bisexuelle du Québec, tout en proposant quelques pistes d'intervention⁹⁷.

Dans la foulée de cette préoccupation, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec a publié un document adopté par son conseil d'administration en mars 1996⁹⁸. Fournissant des commentaires sur les recommandations du chapitre portant sur le réseau de la santé et des services sociaux dans le rapport d'enquête de la Commission des droits de la personne, ce document examine les besoins en matière de santé et de services sociaux des gais et lesbiennes, établit « la position qui pourrait être adoptée par la Régie [...] sous la forme d'une prise en considération » et pour la première fois « propose des pistes d'action qui rejoignent à la fois les préoccupations de la Commission [...] et d'autres plus larges exprimées par [les] intervenants ou par des représentants du milieu communautaire lors d'une consultation limitée⁹⁹ ». La Régie répond ainsi au rapport de la consultation publique publié deux années auparavant par la Commission des droits de la personne du Québec.

S'intéressant à nouveau à la question, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie en 1997 un document élaboré par un comité de travail sur l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles

⁹⁷ Michel Clermont, *Santé, bien-être et homosexualité : Éléments de problématique et pistes d'intervention*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, février 1996.

⁹⁸ Daniel La Roche, Régie de la santé et des services sociaux de Québec, *Prise en considération du rapport de consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et les lesbiennes de la Commission des droits de la personne du Québec*, adopté par le Conseil d'administration du 14 mars 1996.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 1.

et propose, par des mesures concrètes, d'enrayer les discriminations tout en permettant l'accessibilité à de meilleurs services pour ces clientèles¹⁰⁰.

À la suite de la publication d'une recherche¹⁰¹ effectuée pour le compte de GRIS-Québec¹⁰², cet organisme, constatant que la discrimination et l'homophobie sont toujours présentes dans le système de santé et de services sociaux de la région malgré les efforts de certains acteurs et intervenants du réseau, interpelle l'Agence de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au printemps 2005, lors d'une séance du conseil d'administration, et la questionne sur l'absence de mesures concrètes et significatives depuis 1996.

Afin de répondre adéquatement à cette requête, l'Agence a décidé de mettre sur pied, au début de 2006, un comité consultatif sur la santé physique, psychologique et sociale des lesbiennes, gais, bisexuels et transsexuels. Ce comité regroupe des membres du milieu communautaire, du réseau sociosanitaire, du réseau scolaire postsecondaire, la direction régionale du ministère de l'Éducation ainsi que des membres de l'Agence. Son mandat a été défini de la façon suivante :

Sous l'autorité du directeur régional de la coordination des réseaux locaux, des secteurs social et santé mentale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le mandat du Comité est de fournir un avis aux autorités de l'Agence sur la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transsexuels et plus

¹⁰⁰ Michel Clermont et Guy Sioui-Durand, *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles. Orientations ministérielles*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1997.

¹⁰¹ Alain A. Grenier, *Jeunes, homosexualité et écoles. Enquête exploratoire sur l'homophobie dans les milieux jeunesse de Québec*, Rapport synthèse, Gris-Québec, 2005.

¹⁰² G.R.I.S. pour Groupe régional d'intervention sociale de Québec.

spécifiquement, sur l'adaptation des services sociosanitaires aux réalités de la diversité sexuelle dans notre région.

1.2 Les clientèles visées et l'homophobie

Le mot *homosexualité**, formé de deux préfixes, l'un provenant du mot grec *homo* pour même, et l'autre du mot latin *sexus* pour sexe, désigne au départ, « un désir orienté vers des personnes du même sexe¹⁰³ ». On définit généralement l'homosexualité comme l'actualisation d'une attirance sexuelle portant sur un individu du même sexe. Toutefois, l'homosexualité ne se réduit pas à un simple comportement sexuel, elle suppose un ensemble d'attitudes, de valeurs et de préférences dont la seule véritable justification se trouve dans les rapports affectifs¹⁰⁴. On reconnaît ainsi trois dimensions dans ce concept moderne d'homosexualité. D'abord une dimension psychiatrique découlant des études médicales au XIX^e siècle, qui considérait l'homosexualité comme une orientation perversie ou pathologique, puis une dimension psychanalytique prenant sa source dans les travaux de Freud et ses disciples, considérant le désir sexuel vers le même sexe, et enfin une dimension sociologique si l'on identifie ce concept au fait qu'il met l'accent sur une pratique sexuelle. Le concept d'homosexualité désigne donc à la fois, une condition psychologique, un désir érotique et une pratique sexuelle¹⁰⁵. Quant au mot *hétérosexualité**, il semble être apparu à la fin du XIX^e siècle, quelques années après le mot homosexualité, sans doute pour en contrebalancer le sens¹⁰⁶.

¹⁰³ David M. Halperin, « Homosexualité », *Dictionnaire des cultures Gays et lesbiennes*, Didier Eribon (dir.), Larousse, 2003, p. 256.

¹⁰⁴ L'encyclopédie de l'Agora. <http://agora.gc.ca/mot.nsf/Dossiers/Homosexualite>.

¹⁰⁵ David M. Halperin, *supra*, p. 257.

¹⁰⁶ Alain Rey, *supra*.

Les enquêtes menées par Alfred Kinsey et publiées en 1948 et en 1953¹⁰⁷ ont permis de constater qu'homosexualité et hétérosexualité ne sont pas deux orientations sexuelles distinctes. Elles constituent plutôt les pôles d'un même continuum de l'orientation sexuelle*. À partir de deux études sur les comportements sexuels des Étatsuniens et Étatsuniennes effectuées auprès de quelque 5 300 hommes en 1948 et de 8 000 femmes en 1953, Alfred Kinsey et son équipe, ont conçu une échelle, appelée depuis lors *Échelle de Kinsey*, portant sur les comportements sexuels des individus. Cette échelle, graduée entre hétérosexualité (0) et homosexualité (6), avait pour but d'évaluer les individus en fonction de leurs expériences et leurs réactions psychologiques :

- « 0 Exclusivement hétérosexuel (le)
- 1 Prédominance hétérosexuelle, expérience homosexuel (le)
- 2 Prédominance hétérosexuelle, occasionnellement homosexuel (le)
- 3 Bisexuel sans préférence
- 4 Prédominance homosexuelle, occasionnellement hétérosexuel (le)
- 5 Prédominance homosexuelle, expérience hétérosexuel (le)
- 6 Exclusivement homosexuel (le)¹⁰⁸. »

Selon cette échelle, 37 % des 5 300 hommes, de même que 20 % des 8 000 femmes sondés par l'équipe de recherche, avaient eu au moins une relation homosexuelle ayant mené à l'orgasme (1 à 6), 20 % des hommes et 9 % des femmes pouvaient être considérés plus ou moins homosexuels (2 à 4) et 10 % des hommes alors que seulement 4 % des femmes étaient exclusivement ou presque exclusivement homosexuels (5 et 6)¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Alfred C. Kinsey, *Le comportement sexuel de l'homme*, Pavois, Paris, 1948; Alfred C. Kinsey, *Le comportement sexuel de la femme*, Amiot-Dumont, Paris, 1954.

¹⁰⁸ Alfred C. Kinsey, *Le comportement sexuel de l'homme*, Pavois, Paris, 1948, p. 769-832.
http://fr.wikipedia.org/wiki/Alfred_Kinsey.

¹⁰⁹ Michel Dorais, « La recherche des causes de l'homosexualité : une science-fiction? », *La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie*, Daniel Welzer-Lang, Pierre Dutey et Michel Dorais (dirs), VLB éditeur, 1994, 92-142, p. 127.

C'est ainsi que l'on découvrit qu'une large majorité de personnes n'a pas une orientation sexuelle aussi tranchée que certains psychiatres ou psychanalystes l'avaient jusque-là professé. Les cas de stricte hétérosexualité ou de stricte homosexualité seraient, selon Kinsey, de l'ordre de 5 à 10 % et les cas de *bisexualité** pure encore plus rare, puisqu'ils seraient inférieurs à 1 %.

La situation décrite au troisième palier de l'*Échelle de Kinsey* que l'on pourrait nommer bisexualité, a par ailleurs et contrairement à l'homosexualité, une histoire universelle, selon les grands historiens de l'amour entre personnes de même sexe¹¹⁰. En effet, dans la plupart des grandes sociétés connues, les chercheurs ont découvert des degrés variables de bisexualité, prenant place à une période de vie, comme les rites de passage, formes de relations pédérastes dans l'Antiquité et au Moyen-Âge hellénique¹¹¹, le *shudo** dans le Japon prémoderne¹¹², ou les *berdaches** dans les tribus d'Amérique du Nord¹¹³. Toutes ces manifestations de bisexualité ne seraient-elles pas tout simplement des étapes homosexuelles dans la vie d'un individu ?

Il faut se souvenir également qu'avant même l'enquête effectuée par Kinsey aux États-Unis, les mots *bisexuel* et *bisexualité* faisaient référence à la

¹¹⁰ Sandra Boehringer, *L'homosexualité féminine dans l'antiquité grecque et romaine*, Belles Lettres, collection Études anciennes, 2007; John Boswell, *Les unions du même sexe dans l'Europe antique et médiévale*, Fayard, 1996; Eva Cantarella, *Selon la nature, l'usage et la loi. La bisexualité dans le monde antique*, éditions La Découverte, 1991; Colin Spencer, *Histoire de l'homosexualité. De l'antiquité à nos jours*, Le Pré aux clercs, 1998.

¹¹¹ « En effet, dans les différentes régions de la Grèce précitoyenne, en vivant durant la période de ségrégation avec un homme à la fois leur éducateur et leur amant, les jeunes garçons apprenaient les vertus qui feraient d'eux des adultes. Voilà les origines lointaines de la pédérastie grecque. »
Eva Cantarella, *ibid.*, p. 19-20.

¹¹² <http://dictionnaire.sensagent.com/SHUDO/fr-fr/>.

¹¹³ Colin Spencer, *ibid.*, p. 25-26; Bernard Saladin d'Anglure, « Réflexions anthropologiques à propos d'un "3^e sexe social" chez les Inuit », *Conjonctures*, n° 41-42, hiver-printemps 2006, p. 177-205.

notion d'*hermaphrodisme** sans aucun lien avec la sexualité¹¹⁴. Comment alors définir la bisexualité? Certains chercheurs ont considéré que des hommes se disent bisexuels parce qu'ils veulent échapper à la discrimination faite aux homosexuels¹¹⁵, alors que d'autres l'appréhendent comme une identité propre¹¹⁶. Un auteur s'est penché sur le phénomène de l'amalgame trop souvent constaté entre homosexualité et bisexualité¹¹⁷. Enfin, à l'instar de Fritz Klein¹¹⁸, pourquoi ne pas considérer que la bisexualité revêt plusieurs dimensions et peut être présente chez les humains à divers degrés? C'est à ce titre que ce dernier a dénombré sept niveaux d'appréhension de la bisexualité :

- l'attirance sexuelle
- le comportement sexuel
- les fantasmes sexuels
- la préférence émotionnelle
- la préférence sociale
- les styles de vie
- l'auto-identification¹¹⁹

Voilà qui démontre bien toute la complexité de cette orientation sexuelle. Mais, est-ce vraiment de cette façon que se définissent les personnes qui

¹¹⁴ Romel Mendès-Leite, Catherine Deschamps et Bruno Proth, « Bisexualité », *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, supra, p. 72.

¹¹⁵ Joseph Harry et R. Lovely, « Gay Marriages and Communities of Sexual Orientation », *Alternative Lifestyles*, n° 2, 1979.
<http://www.springerlink.com/content/g04l707004604305/>.

¹¹⁶ John P. De Cecco et Michael G. Shively, « From Sexual Identity to Sexual Relationship : A Contextual Shift », *Journal of Homosexuality*, vol. 9, n° 2-3, New York, 1983-1984.
<http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?ID=14918>.

¹¹⁷ Alexander MacDonald Jr., « Bisexuality : Some Comments on Research and Theory », *Journal of Homosexuality*, vol. 6, n° 3, New York, 1981,
<http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?ID=14837>.

¹¹⁸ Fritz Klein, *The Bisexual Option*, New York, The Haworth Press, 1993.

¹¹⁹ Romel Mendès-Leite, Catherine Deschamps et Bruno Proth, supra, p. 72.

s'identifient comme bisexuelles à notre époque? Comment alors définir la bisexualité que certains nomment *omnisexualité** ou *pansexualité**? Selon l'association Bi Unité Montréal (BUM), la bisexualité « est la capacité d'être émotionnellement et/ou sexuellement attiré(e) par les personnes des deux sexes¹²⁰ ». De son côté, l'association française Bi'cause affirme :

« La bisexualité existe. Elle existe parce que nous, bisexuel(le)s, déclarons l'être.
C'est un sentiment d'être au monde avant d'être un style de vie.
Nous sommes attirés affectivement ou sexuellement par des personnes de tout sexe et de tout genre sans nécessairement avoir de pratiques sexuelles, et nous l'assumons.
Nous aimons vivre nos désirs, nos plaisirs, nos amours successivement ou simultanément.
Nous les vivons - comme les autres - de façon permanente ou transitoire.
Nous nous octroyons un large choix de possibilités sexuelles (de la virginité au multipartenariat).
Nous ne différons des personnes monosexuelles que par cette double attirance.
Parmi nous, certain(e)s vivent leur bisexualité comme un choix, pour d'autres, elle va de soi. Ce que nous partageons, c'est la volonté de l'assumer¹²¹. »

Alors doit-on admettre que l'identification d'une orientation sexuelle est strictement issue de la perception qu'une personne a d'elle-même? Dans une étude qualitative réalisée en France à la fin des années 1990, auprès d'hommes ayant eu au moins un rapport sexuel avec des partenaires de l'un et

¹²⁰ <http://www.algi.qc.ca>.

¹²¹ <http://bicause.pelnet.com/>.

l'autre sexe, les chercheurs ont retrouvé pas moins de quatre expressions de la bisexualité masculine :

1. des hommes qui se pensent homosexuels, malgré une vie conjugale hétérosexuelle;
2. des hommes qui s'identifient comme homosexuels tout en ayant quelques fois des rapports sexuels avec des femmes;
3. des hommes qui s'identifient comme hétérosexuels tout en ayant occasionnellement des partenaires masculins;
4. des hommes qui s'affichent comme bisexuels.¹²²

Une autre étude effectuée cinq ans plus tard toujours en France a confirmé ces perceptions en les étendant également aux femmes¹²³. Cette dernière recherche a aussi permis de constater que les hommes trouvent souvent plus de bénéfices à s'identifier comme *monosexuels**, hétérosexuels ou même homosexuels, alors que les femmes s'identifient plus simplement comme bisexuelles comme stratégie de réappropriation sociale du pouvoir masculin¹²⁴. L'auteure de cette recherche affirmait d'ailleurs, dans une entrevue accordée à la revue *Psychologies* en 2002, que la bisexualité féminine semble socialement plus acceptable que la bisexualité masculine « parce que les femmes revendiquent plus volontiers leur bisexualité que les hommes, davantage portés à la clandestinité, et [...] parce que les *amours saphiques** correspondent aux fantasmes des hommes hétérosexuels¹²⁵. »

Peut-on entrevoir le pourcentage des personnes qui décident de vivre une orientation sexuelle marginale dans la société? De telles statistiques ont toujours été difficiles à établir du fait qu'un grand nombre de personnes, tout en se reconnaissant gaies, lesbiennes ou bisexuelles, refusent

¹²² Romel Mendès-Leite, Catherine Deschamps et Bruno Proth, *Bisexualité, le dernier tabou*, Calman-Lévy, 1996.

¹²³ Catherine Deschamps, *Le Miroir bisexuel*, Balland, 2002.

¹²⁴ Romel Mendès-Leite, Catherine Deschamps et Bruno Proth, *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, supra, p. 72.

¹²⁵ Laurence Lemoine, « Sommes-nous tous bisexuels? », *Psychologies*, octobre 2002.

d'admettre leur orientation sexuelle publiquement. Reprenant les études américaines effectuées dans la deuxième partie du XX^e siècle, Michel Dorais a produit le tableau suivant¹²⁶.

	Pourcentage des personnes ayant des comportements homosexuels ou bisexuels		
	Kinsey (1948 et 1953) ¹²⁷	Hite (1976 et 1981) ¹²⁸	Janus (1993) ¹²⁹
Hommes bisexuels	20 %	20 %	13 %
Homosexuels	10 %	11 %	9 %
Femmes bisexuelles	9 %	9 %	12 %
Lesbiennes	4 %	8 %	5 %

Selon ces chiffres, environ 10 % de la population serait d'orientation homosexuelle¹³⁰. Quant au pourcentage de bisexuels-les, c'est beaucoup plus difficile à départager, aucune statistique officielle n'existe et aucune recherche n'a fait le partage entre les bisexuels stricts et les autres, c'est-à-dire ceux qui se reconnaissent comme *monosexuels** malgré qu'ils vivent à l'occasion des expériences bisexuelles. Quoiqu'il en soit, il faut reconnaître que leur nombre et la diversité de cette population « sont suffisamment

¹²⁶ *Le Médecin du Québec*, septembre 1993.

<http://www.personnalitelimite.org/homosexualite.html>.

¹²⁷ Alfred C. Kinsey, *Le comportement sexuel de l'homme*, *supra*; Alfred C. Kinsey, *Le comportement sexuel de la femme*, *supra*.

¹²⁸ Shere Hite, *Le rapport Hite*, Laffont, 1977; Shere Hite, *Le rapport Hite sur les hommes*, Laffont, 1983.

¹²⁹ Samuel S. Janus et Cynthia L. Janus, *The Janus Report on Sexual Behavior*, John Wiley and Sons, 1993.

¹³⁰ Ce pourcentage est d'ailleurs tenu généralement pour vraisemblable et constitue un point d'ancrage pour les interventions dans le milieu.

Michel Clermont et Guy Sioui-Durand, *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

importants pour retenir l'attention dans les différents secteurs de la santé et du bien-être¹³¹ ».

Mais il ne faut pas confondre *orientation sexuelle* et *identité sexuelle*^{*}. L'orientation sexuelle se définit principalement comme l'attrait ressenti envers des personnes de l'un et l'autre sexe, alors que l'identité sexuelle est plutôt « la reconnaissance par l'individu lui-même de la possession d'attributs physiques, psychologiques ou symboliques mâles ou femelles¹³². L'identité sexuelle est liée au fait de se sentir profondément homme ou femme¹³³. Parfois, cette identité sexuelle est non conforme avec le sexe anatomique comme c'est le cas chez les *transsexuels*^{*} qui aspirent à passer d'une identité à l'autre. Et d'autres fois, cette identité sexuelle non conforme peut entraîner des comportements qui transgresseront les normes sociales et culturelles de genre et nous serons confrontés au phénomène plutôt récent du *transgendrisme*^{*}, que l'on nommait *troisième sexe* en France aux XIX^e et XX^e siècles¹³⁴. Cette notion de transgenre, souvent dénommée *trans*, peut inclure « les travestis, les transsexuels (hommes vers femmes [M+F], femmes vers hommes [F+M], les *drags kings*^{*}, et les *drags queens*^{*}, mais aussi les gais efféminés ou les lesbiennes *butch*^{*} et masculines et même tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ne se sentent pas à l'aise dans leur genre »¹³⁵. Cependant, il semble que les transsexuels qui ont subi avec succès l'opération de changement de sexe et sont devenus par le fait même des *transsexués*^{*} et ceux qui sont en processus pour y parvenir ne souhaitent pas être inclus dans la catégorie des transgenres puisque, contrairement à ces

¹³¹ Michel Clermont, *Santé, bien-être et homosexualité : Éléments de problématique et pistes d'intervention*, supra, p. 15.

¹³² Michel Dorais. <http://www.personnalitelimite.org/homosexualite.html>.

¹³³ Commission ontarienne des droits de la personne.
http://www.ohrc.on.ca/fr/issues/gender_identity.

¹³⁴ Laure Murat, *La loi du genre. Une histoire culturelle du « troisième sexe »*, Fayard, Paris, 2006.

¹³⁵ Didier Eribon (dir.), *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, supra, p. 472.

derniers, ils veulent intégrer l'*ordre normal* de l'autre genre¹³⁶. Une fois opérés, ils ont plutôt tendance à se fondre dans la foule¹³⁷.

Chaque être humain naît mâle ou femelle, c'est-à-dire qu'on lui reconnaît un sexe biologique, une identité sexuelle qu'il ne faut pas confondre avec l'*identité de genre** qui se définit comme la conviction qu'à chaque individu d'être mâle ou femelle, d'appartenir à un sexe précis¹³⁸. La transsexualité ou le transsexualisme relève de l'identité de genre. Elle rejoint le désir que peuvent exprimer certaines personnes de corriger leur corps qui ne correspond pas à l'identité de genre à laquelle elles se définissent¹³⁹. Les personnes qui ont ce désir doivent obligatoirement passer par la psychiatrie pour y arriver, et c'est au cours d'un suivi psychiatrique d'environ deux ans que sera confirmée la présence d'un *trouble de l'identité sexuelle*¹⁴⁰. Alors, les traitements peuvent commencer en vue d'un changement de sexe.

Il ne faut toutefois pas confondre transsexualisme et *intersexualité** ou hermaphrodisme. On définit intersexualité comme « l'état d'un être humain dont les organes génitaux sont difficiles ou impossibles à définir comme mâles ou comme femelles selon les standards habituels. Elle résulte de différences chromosomiques ou hormonales qui se manifestent à divers degrés sur le plan physique¹⁴¹ ». Dans la mythologie, Hermaphrodite, enfant d'Hermès et d'Aphrodite, représente la quintessence de la sexualité puisqu'il

¹³⁶ Constatation faite lors des audiences publiques en discutant avec des représentantes de Tisérias-Québec, groupe de discussion, de support et d'entraide pour personnes transsexuelles, travesties et transgenres du Québec.

¹³⁷ Entrevue faite avec une personne, qui a subi une transformation chirurgicale l'an dernier en Thaïlande.

¹³⁸ Anouk Beaudin, « Identités et orientations sexuelles », *Vies-à-vies, Bulletin d'orientation et de consultation psychologique*, Université de Montréal, vol. 13, n° 13, janvier 2001. <http://www.scp.umontreal.ca/visavies/v12n1.pdf>.

¹³⁹ Pat Califia, *L'avenir du genre et du transgenre*, Mouvement transgenre, Epel, 2003. http://nopasaran.samizdat.net/article.php3?id_article=1183.

¹⁴⁰ Nommé aussi syndrome de transsexualisme, syndrome de Benjamin ou dysphorie de genre. <http://transmonde.net/actu/0006.htm>.

¹⁴¹ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Intersexualité>.

réunit le masculin et le féminin dans un seul corps¹⁴². Mais cette représentation idyllique et surréaliste de l'*androgynie** physique est loin de la discrimination et de la persécution qu'ont vécues les personnes nées intersexuées dans l'histoire même récente¹⁴³.

Si le transsexualisme se situe encore dans la mouvance médicale et scientifique¹⁴⁴, le mouvement transgenre, celui-là même qui a inspiré le mouvement *queer**, s'apparente pour sa part à une sorte de « revanche de toutes les identités déviantes et non conformes¹⁴⁵ », donnant une place de choix aux identités marginales. C'est à l'intérieur de ce mouvement que l'on conteste l'ordre binaire des sexes établi de tout temps comme un dogme irréfutable. Cet ordre binaire est rapidement devenu un idéal normatif d'une « homosexualité sans déviation de genre, avec des hommes gais qui apparaîtront comme de vrais hommes et des femmes lesbiennes qui ressembleront à de vraies femmes¹⁴⁶ ». Le transgenrisme (ou transgendrisme) représente donc une terminologie évolutive qui fait référence aux personnes dont le genre, c'est-à-dire l'identité physique et sociale reliées aux concepts d'homme et de femme, entre en conflit avec le genre que la société leur assigne en considérant leur sexe physique¹⁴⁷. Tout en s'apparentant au travestisme, le transgendrisme s'en éloigne du fait que ses protagonistes entendent vivre à plein temps avec les identités physique et sociale qu'ils ont choisies. Un peu comme ces femmes qui dans l'histoire

¹⁴² Elizabeth Zucker-Rouillois, « Hermaphrodisme », *Dictionnaire des cultures Gays et lesbiennes*, p. 242-243.

¹⁴³ *Ibid.*; voir aussi le très beau roman de Jeffrey Eugenides, *Middlesex*, Éditions de l'Olivier, 2003, qui a valu à son auteur le prix Pulitzer en avril 2003.

¹⁴⁴ Elisa Jandon, *Regards croisés sur la « Queer theory »*.
http://www.feministes.net/queer_theory.htm.

¹⁴⁵ Didier Eribon (dir.), *supra*, p. 472; Judith Butler, « Imitation et insubordination du genre », Gayle S. Rubin et Judith Butler, *Marché au sexe*, p. 143-165; Marie-Hélène Bourcier, *Sexpolitiques. Queer Zones 2*, Paris, La Fabrique éditions, 2005.

¹⁴⁶ *Ibid.*

¹⁴⁷ Ce mot est apparu d'abord au Québec, où l'avocate transgenre Micheline Montreuil l'a popularisé largement tant devant les tribunaux que dans les médias.

récente se sont « déguisées physiquement » en homme pour vivre la vie qu'elles avaient choisie et non celle que la société voulait leur faire vivre¹⁴⁸, ce que la littérature continue de nommer travestissement ou personne travestie. Mais on doit les distinguer tant du *drag king* que de la *drag queen* qui de leur côté adoptent les vêtements et les attitudes de l'autre sexe de manière ludique ou pour le spectacle.

Si l'accès au mariage et à l'homoparenté pour les couples du même sexe sont maintenant reconnus formellement dans la loi, que sait-on des droits des bisexuels et des *trans*? De plus, dans un rapport de consultation rendu public au printemps 2007, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, tout en constatant que l'homophobie existe toujours au Québec, constate qu'« il reste tout un chemin à parcourir pour atteindre une véritable égalité sociale¹⁴⁹ ». En effet, à la suite de ses consultations, la Commission a fait plusieurs constats, dont le premier est que l'homophobie¹⁵⁰ est toujours présente au Québec et « sévit à différents degrés, sous des manifestations diverses¹⁵¹ ». Cette forme de discrimination a des conséquences sur de nombreuses sphères de la vie des personnes LGBT, dont leur santé. Le *Petit Robert* définit homophobe : « Qui éprouve de l'aversion pour les homosexuels¹⁵². » Et selon les principaux auteurs qui ont traité de la question, l'homophobie « est la discrimination envers les personnes qui montrent, ou à qui l'on prête, certaines qualités (ou défauts) attribuées à

¹⁴⁸ Guyonne Leduc (dir.), *Travestissement féminin et liberté(s)*, L'Harmattan, Paris, 2006.

¹⁴⁹ Monik Audet, *De l'égalité juridique à l'égalité sociale. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie. Rapport de consultation du Groupe de travail mixte contre l'homophobie*, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2007, Gouvernement du Québec, p. 1.

¹⁵⁰ Selon les diverses clientèles LGBT, on parlera de lesbophobie*, gaiphobie*, biphobie* ou transphobie*.

¹⁵¹ Monik Audet, *supra*, p. 1.

¹⁵² *Nouveau Petit Robert*, édition 1995, p. 1098.

l'autre genre¹⁵³ » ou « est une manifestation arbitraire qui consiste à désigner l'autre comme contraire, inférieur ou anormal¹⁵⁴ ». Quoiqu'il en soit, l'homophobie, la lesbophobie, la gaïphobie, la biphobie ou la transphobie se manifestent la plupart du temps par la haine ou même la peur de ceux qui forcent la remise en question des idées préconçues sur le sexe ou le genre¹⁵⁵.

L'hétérosexisme est un concept très proche de l'homophobie, mais reflète tout de même des réalités différentes. « L'hétérosexisme est cette idéologie de notre société hétéropatriarcale qui présente l'hétérosexualité comme la seule orientation sexuelle existante. Ainsi, l'hétérosexisme est une manifestation de discrimination indirecte ou systémique dont peuvent être victimes à la fois les lesbiennes, mais aussi toutes les femmes hétérosexuelles et tous les hommes homosexuels ou hétérosexuels qui ne se conforment pas aux modèles hétérosexuels définis par les hommes [ceux qui détiennent le pouvoir d'influencer la société]¹⁵⁶. » En effet, l'hétérosexisme juge l'hétérosexualité comme modèle sexuel unique et supérieur, la situant au

¹⁵³ Daniel Welzer-Lang, « L'homophobie : la face cachée du masculin », *La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie*, Daniel Welzer-Lang, Pierre Dutez et Michel Dorais (dirs), VLB éditeur, Montréal, 1994, p. 17.

¹⁵⁴ Daniel Borrillo, *L'homophobie*, PUF, collection « Que sais-je? », Paris, 2000, p. 3.

¹⁵⁵ « Dans des configurations historiques variables, c'est-à-dire des situations sociales et des contextes politiques différents, ce n'est pas la même homophobie que l'on rencontre. Sa nature protéiforme tient au fait qu'elle n'exprime pas une idéologie constante, noyau dur résistant aux avatars historiques. En réalité, l'homophobie n'est que l'ensemble des stratégies opposées à la légitimation de l'homosexualité, c'est-à-dire à la remise en cause de la norme hétérosexuelle. »
Éric Fassin, *L'inversion de la question homosexuelle*, Paris, Éditions Amsterdam, 2008, p. 88.

¹⁵⁶ Ann Robinson, « Lesbiennes, conjointes et mères », *Des droits à reconnaître. Les lesbiennes face à la discrimination*, les éditions du remue-ménage, Montréal, 1998, p. 23.
« L'hétérosexisme apparaît comme une police des genres, destinée à rappeler à l'ordre symbolique les individus de toutes sortes, quelle que soit leur orientation sexuelle, qu'ils se situent ou non à l'intérieur du cadre défini. »
Louis-Georges Tin (dir.), *Dictionnaire de l'homophobie*, Paris, PUF, 2003, p. 209.

rang de sexualité naturelle, de sexualité qui va de soi¹⁵⁷, alors que l'homosexualité est définie quant à elle comme une sexualité hors-norme, « inférieure et porteuse de nombreux stigmates négatifs¹⁵⁸ ».

Tous ces concepts, essentiels à la compréhension des réalités des clientèles LGBT, seront repris tout au long de ce rapport, car ils influencent la santé de ces communautés et la manière dont les services de santé et les services sociaux doivent être offerts.

Enfin, il est important de rappeler qu'en 2003, le gouvernement a procédé à un réaménagement majeur de l'organisation des services en adoptant la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*¹⁵⁹. Cette loi a pour but de « rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement de la personne dans le réseau ¹⁶⁰» des services de santé et de services sociaux. Elle a apporté de nombreux changements au regard de l'imputabilité des organisations et a confirmé la responsabilité populationnelle des centres de santé et de services sociaux (CSSS), notamment en ce qui concerne l'organisation des services sur leurs territoires. Cette réorganisation des services fait l'objet de projets cliniques partagés avec les partenaires communautaires, sociosanitaires et intersectoriels dans les domaines de l'éducation, de la sécurité publique, des municipalités, etc.¹⁶¹. Ainsi, les offres de service qui découlent de cette démarche devraient prendre en compte certaines caractéristiques des populations des territoires desservis, dont celles des clientèles LGBT et devraient réduire les conséquences de l'homophobie sur la santé de ces

¹⁵⁷ Daniel Borrillo, *supra*, p. 5.

¹⁵⁸ Daniel La Roche, *Prise en considération du Rapport de consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes de la Commission des droits de la personne du Québec, De l'illégalité à l'égalité, supra*, p. 4.

¹⁵⁹ Projet de loi n° 25 (2003, Chapitre 21).

¹⁶⁰ *Ibid.*, Notes explicatives de la loi. <http://www.agencesss04.qc.ca/agence/index.html>.

¹⁶¹ *Ibid.*, section II, *Mission*, articles 24 à 29, Section III *Modèle d'organisation*, articles 30 à 36.

clientèles qui représentent tout de même un pourcentage relativement important des citoyens et des citoyennes de la région de la Capitale-Nationale.

1.3 Les démarches retenues

Le Comité consultatif s'est réuni à plusieurs reprises dès le printemps 2006 pour fixer les diverses étapes de la réalisation de son mandat. Afin de bien asseoir le rapport, nous avons senti le besoin de faire le point sur les droits des clientèles visées¹⁶² et de questionner les problématiques actuelles auxquelles le milieu de la santé et des services sociaux doit faire face en ce qui concerne ces clientèles. Pour ce faire, des recherches ont été effectuées dans la littérature spécialisée, sur internet et auprès des groupes militants travaillant avec toutes les clientèles visées¹⁶³. Nous avons également consulté des universitaires dont les recherches s'apparentent de près ou de loin aux problématiques rattachées aux clientèles LGBT. Et pendant les trois années consacrées à la réalisation de notre mandat, nous avons été à l'affût de toute information pertinente dans l'actualité en consultant tous les jours la revue de presse fournie par l'Agence, et en participant à l'occasion à des congrès¹⁶⁴ ou à des colloques pertinents¹⁶⁵.

¹⁶² Voir le *Prologue*.

¹⁶³ Il suffit de consulter la bibliographie en fin de texte pour s'en convaincre.

¹⁶⁴ Entre autres : La Conférence internationale sur les droits humains des LGBT, organisée dans le cadre des Outgames, Montréal, juillet 2006.

¹⁶⁵ Congrès de l'ACFAS, Colloque C-630 *Minorités sexuelles et constructions de genre*, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), mardi 8 mai 2007; Université féministe d'été, Université Laval, 7 juin 2007, *La santé des lesbiennes dans la région de Québec*, présentation de Ann Robinson et Lynda Benhadj; Colloque *Sexualité et Démocratie*, Université de Sherbrooke, 26 mai 2008, « Dualisme des sexes en droit civil. Paradoxe ou utopie? », présentation de Ann Robinson; Congrès de l'ACFAS, Colloque *Identités trans : enjeux intimes, sociaux, médicaux et scientifiques*, Université d'Ottawa, mai 2009, « Les trans et le droit civil », présentation de Ann Robinson.

Cependant, parmi les différentes démarches entreprises, nous avons tout de même privilégié les consultations publiques, auprès de représentants d'organismes syndicaux, communautaires, universitaires ou institutionnels et auprès de la population de la région de la Capitale-Nationale. Ces audiences ont été menées durant le mois de février 2007¹⁶⁶. Afin de bien remplir son mandat le comité consultatif a engagé des consultations sur la base d'enjeux spécifiques reflétant les préoccupations de ses membres. Ces audiences ont donc été organisées autour de thèmes précis, tels :

- l'homophobie dans les milieux d'éducation
- les clientèles LGBT et les syndicats
- les jeunes lesbiennes, gais et bisexuels
- le VIH/sida
- l'homoparentalité
- les travailleurs et travailleuses du sexe
- la communauté transsexuelle/transgenre/intersexuelle.

La consultation ouverte à la population portait sur l'ensemble des préoccupations de la clientèle quant aux services de santé et de services sociaux offerts aux communautés LGBT de la région de la Capitale-Nationale. Cette rencontre, d'une durée de trois heures, s'est déroulée à l'Agence de la Capitale-Nationale. Toutes les personnes présentes ont pu s'exprimer. Tout au long des consultations publiques, des notes ont été prises et des comptes rendus ont été rédigés.

Les membres du Comité consultatif sur la santé des lesbiennes, des gais, des bisexuels et transgenres de la région de la Capitale-Nationale ont été consultés tout au long de la démarche de recherche, de consultation et de rédaction du document que nous présentons aujourd'hui, afin d'être tenus au courant et de réagir en temps voulu pour que nous puissions tenir compte de leurs remarques dans la rédaction finale du rapport.

¹⁶⁶ Voir Annexe 3 pour un tableau complet de ces audiences publiques.

Chapitre 2

Une histoire des actions et un portrait des services offerts aux populations LGBT dans la région de la Capitale-Nationale

Mettre sur pied un Comité consultatif et lui donner le mandat de « fournir un avis aux autorités de l'Agence sur la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transsexuels et plus spécifiquement, sur l'adaptation des services sociosanitaires aux réalités de la diversité sexuelle dans [la] région », ne signifie pas qu'aucun effort n'ait jamais été fait dans cette région en regard de ces clientèles. Au contraire, lorsque l'on dresse un portrait de l'Agence, de ses services, des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des groupes communautaires de la région de la Capitale-Nationale, on constate que des initiatives sociosanitaires s'adressant spécifiquement à l'une ou l'autre des clientèles LGBT, ont vu le jour et ont existé au fil des ans. Et ces initiatives ont sans doute porté des fruits. Aussi, avant de faire l'analyse des propos rapportés lors des audiences publiques, est-il important de dresser le portrait le plus complet possible de l'Agence et de ses partenaires du réseau communautaire, afin d'en cerner les limites, puisque nous émettons l'hypothèse, d'entrée de jeu, que l'homophobie existe toujours dans le système sociosanitaire de la région.

2.1 Les structures de l'Agence

*La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*¹⁶⁷, sanctionnée le 18 décembre 2003, prévoit entre autres, le remplacement des anciennes régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) par des agences de la santé et des services

¹⁶⁷ Projet de loi n° 25 (2003, chapitre 21).

sociaux mises sur pied dans les diverses régions du Québec¹⁶⁸ et à qui le gouvernement québécois a confié le mandat d'agir à titre d'instance locale du réseau local de services de santé et de services sociaux¹⁶⁹. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale s'étend sur un territoire d'une superficie de 18 639 kilomètres carrés, soit la grande région de la Capitale-Nationale incluant les territoires de Charlevoix et de Portneuf. Ce territoire comprend 69 municipalités comptant en tout 667 876 citoyens et citoyennes. L'Agence couvre également tout l'est de la province pour les soins et les services hospitaliers surspécialisés. Alors, sa clientèle augmente à quelque 900 000 personnes¹⁷⁰. Responsable de l'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens vivant dans sa région, l'Agence doit coordonner :

[...] la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région et allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires. Elle doit s'assurer que les usagers reçoivent une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, [...].

L'Agence doit aussi mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes, évaluer l'état de santé et de bien-être de la population, déceler les besoins et définir l'offre de service sur le territoire, s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau, s'assurer du respect des droits des usagers, évaluer la performance du réseau de la Capitale-Nationale et rendre compte de l'incidence des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

De plus, elle doit soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès d'eux pour favoriser la conclusion

¹⁶⁸ Le territoire québécois est ainsi divisé en 18 régions, soit : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Montréal, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James.

¹⁶⁹ Notes explicatives de la loi, *supra*.

¹⁷⁰ Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, *Rapport annuel de gestion, 2006-2007*, p. 15.

d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population, concevoir des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter à leurs particularités, prévoir des moyens d'informer la population sur les services régionaux et connaître la satisfaction des usagers concernant ces services¹⁷¹.

Le réseau de la Capitale-Nationale comprend quatre centres de santé et de services sociaux, un centre jeunesse - Institut universitaire, trois centres de réadaptation, un établissement désigné de langue anglaise, trois centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, un centre hospitalier de soins psychiatriques, neuf établissements privés conventionnés, un établissement privé conventionné spécifique et deux cent trente-six organismes communautaires reconnus et financés par l'Agence. De plus, l'Agence coordonne six centres hospitaliers qui doivent offrir des services suprarégionaux; 31 235 personnes sont au service de tous ces établissements et on dénombrait, en 2006-2007, tout près de trois cents personnes employées à l'Agence¹⁷².

Toutes les agences de la santé et des services sociaux des 18 régions du Québec doivent, à titre d'organismes publics, respecter les normes de non-discrimination énumérées tant dans la *Charte canadienne des droits et libertés*¹⁷³ que dans la *Charte des droits et libertés de la personne*¹⁷⁴ du

¹⁷¹ *Ibid.*

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ L.R.C. (1985), App. II, n° 44, article 15 (1)

La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

¹⁷⁴ L.R.Q., c. C-12, article 10 (1)

Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine

Québec. Ainsi, les services offerts par l'Agence à toute la population de la région de la Capitale-Nationale doivent l'être sans discrimination quant à la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques, si l'on considère la *Charte canadienne*, et quant à la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil et l'âge si l'on considère plutôt la *Charte québécoise*.

Lorsque l'on fait le tour de tous les services sociosanitaires de la région de la Capitale-Nationale, nous constatons qu'il n'existe aucun service propre aux clientèles LGBT. Ces clientèles, domiciliées partout sur le territoire, à la ville comme à la campagne, consomment sans doute les différents services offerts à l'ensemble de ces citoyens. Y aurait-il lieu de faire autrement? Serait-il utile ou même nécessaire de réserver des services aux clientèles LGBT, comme on le fait déjà pour d'autres clientèles, les femmes, les handicapés physiques ou mentaux, les jeunes?

L'Agence s'est dotée d'une politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires de la région depuis plus de dix ans. On y retrouve les orientations et le cadre de référence pour les liens de partenariat entre l'Agence et le monde communautaire de même que les critères d'admissibilité et les modes de financement¹⁷⁵. Dans ce contexte, certains organismes voués aux clientèles LGBT reçoivent une part du gâteau depuis quelques années. À titre d'exemple, en 2006-2007, sur un total de 232 organismes qui ont été subventionnés pour une somme de 34 197 613 \$, un organisme directement impliqué dans la lutte pour contrer l'homophobie, GRIS-Québec a reçu une subvention de 43 859 \$ et deux organismes liés à la lutte au VIH/sida, c'est-à-dire le Regroupement des personnes vivant avec le VIH/sida de Québec et de la région (RPVVIH)¹⁷⁶, un montant de 83 468 \$

ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

¹⁷⁵ Résolution 45-CA-07, 12 mars 1998, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, *supra*, p. 82.

¹⁷⁶ Cet organisme est maintenant fusionné avec MIELS-Québec.

et le Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le sida (MIELS-Québec) a reçu pour sa part, 437 251 \$¹⁷⁷. Donc 564 578 \$ ont été consacrés presque entièrement pour soigner des personnes atteintes du VIH/sida et pour lutter contre les préjugés et l'homophobie qui existent toujours dans la région. À peine 1,6 % du montant global a été consacré au financement d'organismes communautaires dédiés aux gais et lesbiennes dans la région. Il ne faut pas jeter la pierre à l'Agence trop vite. Se pourrait-il qu'il n'existe pas vraiment dans la région de groupes de pression réunissant ces clientèles qui pourraient définir des problématiques d'actions ou de recherches en matière de santé et de services sociaux et demander du financement à l'Agence? Voilà ce que nous avons tenté de documenter lors des audiences publiques tenues à l'hiver 2007 et que nous aborderons dans le chapitre 3.

Malgré tout, plusieurs initiatives concernant les clientèles LGBT et la santé et les services sociaux de la région ont été mises sur pied et menées à bien, particulièrement par des intervenants et intervenantes de l'ex CLSC Haute-Ville-des-Rivières, de la Direction de santé publique de la Capitale Nationale, et d'organismes communautaires comme GRIS-Québec, MIELS-Québec ou des associations étudiantes telles que le Groupe Gai de l'Université Laval (GGUL) et d'autres, représentant les clientèles LGBT dans les cégeps et collèges de la région de la Capitale-Nationale.

¹⁷⁷ Notons qu'en date du 3 juillet 2008, le Conseil d'administration de l'Agence a alloué d'autres montants dans le cadre du programme spécifique de subventions en lien avec le Plan d'action régional de santé publique :

*63 000 \$ pour le projet « Promotion et prévention des ITSS auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes »,

*12 600 \$ pour le projet « Promotion et prévention dans les centres de formation professionnelle et d'éducation des adultes »,

*15 750 \$ pour le projet « Prévention promotion auprès des personnes vivant avec le VIH »,

*3 000 \$ à Miels pour la gestion d'un *pool*/régional de condoms.

2.2 Les réalisations et les missions du réseau sociosanitaire de l'Agence et de ses partenaires du milieu communautaire

Avant de considérer toutes ces actions réalisées par l'Agence et ses partenaires au fil des ans, il serait sans doute utile de rappeler quelques grands projets mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux surtout dans les années 1990, et menés dans tout le Québec. Rappelons que le ministère s'est intéressé à la question de la santé des clientèles LGBT d'abord à cause de l'épidémie du sida qui sévissait dans la population gaie. « Dans sa *Stratégie de lutte contre le sida et de prévention des MTS*, publiée en 1992, le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) réaffirmait que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes constituent un des groupes prioritaires relativement à l'action qui doit être entreprise¹⁷⁸. » Tout en recommandant des interventions tant collectives qu'individuelles auprès des hommes gais, le ministère souhaite que se développe à la fois un environnement favorable aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, un environnement exempt de discrimination, et que le milieu sociosanitaire québécois assure dorénavant une meilleure prise en charge de leur santé¹⁷⁹.

Et pour ce faire, le ministère offre depuis quelques années, dans le réseau de la santé et des services sociaux et de l'éducation, un programme de formation en trois volets, le premier s'intitule *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité* et les deux autres *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles* (volet Jeunes et volet Adultes)¹⁸⁰. Cette formation a pour

¹⁷⁸ Michel Clermont, *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*, supra, p. 15.

¹⁷⁹ Jonathan Mann, « Prochaine étape : le sida, les communautés et les droits de la personne », Deuxième conférence internationale sur la prise en charge extrahospitalière, Montréal, mai 1995, rapporté dans Michel Clermont, *ibid.*

¹⁸⁰ « Bien que ces formations provinciales aient vu le jour et soient financées dans le cadre de la prévention des ITSS auprès des hommes gais, cette question du lien entre les

objectifs principaux de démystifier l'homosexualité, le lesbianisme et la bisexualité, de sensibiliser les participants aux conséquences néfastes de la stigmatisation des personnes identifiées comme gais, lesbiennes ou bisexuels, ou présumées telles, de distinguer les concepts d'orientation et d'identité sexuelles, d'identité de genre, et de sensibiliser les participants à l'hétérosexisme et à l'homophobie. Cette formation a été offerte gratuitement à ce jour à près de 2 500 intervenants de la région de la Capitale-Nationale¹⁸¹.

Le ministère a également soutenu la publication d'un numéro spécial de la revue *Le médecin du Québec* en septembre 1993, portant sur la médecine gaie¹⁸². Il a également été partie prenante d'un colloque sur la santé gaie organisé par l'Association pour la santé publique du Québec. Enfin, rappelons que c'est grâce à une subvention récurrente du ministère accordée pour la première fois en 1996 que la ligne téléphonique Gai Écoute, mise en service en 1980 dans la région de Montréal, a pu être offerte dans toutes les régions du Québec¹⁸³. De plus, l'inclusion d'une question sur l'orientation sexuelle

ITSS et les homosexuels n'occupe qu'environ deux heures sur l'ensemble des vingt et une heures des trois volets de la formation. »

Propos recueillis auprès de Pierre Berthelot, principal formateur dans la région de la Capitale-Nationale.

¹⁸¹ Institut national de santé publique, *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité. Intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles. Les chiffres clé. Programmes nationaux de formation dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 2008.

Cette formation a été donnée à ce jour à plus de 15 000 intervenants et intervenantes depuis 1994 et plus de cent séances de ce Programme sont encore données chaque année à travers le Québec. (Propos recueillis auprès de Pierre Berthelot.)

¹⁸² *Le Médecin du Québec*, volume 28, n° 9, septembre 1993.

¹⁸³ Gai Écoute est un centre d'aide, d'écoute téléphonique et de renseignements à l'intention des personnes intéressées par les questions relatives à l'orientation sexuelle. Les services d'écoute téléphonique sont offerts gratuitement à l'échelle de tout le Québec, tous les jours, 19 heures par jour. Gai Écoute dispense aussi une foule d'autres services : référence et renseignements, aide par courrier électronique, aide par clavardage, aide à la navigation dans Internet. 1-888-505-1010.

dans l'Enquête Santé Québec 1998 a permis à ce moment d'améliorer grandement les connaissances sur la santé et le bien-être des clientèles homosexuelles¹⁸⁴. Enfin, le ministère, en 2003, a repris et enrichi grandement une brochure d'abord publiée en 1995 et portant sur le sécurisexe* pour jeunes hommes gais ou bisexuels¹⁸⁵.

Sur le plan régional, on ne peut passer outre aux activités de l'ex CLSC Haute-Ville-des-Rivières¹⁸⁶, pour la plupart exercées en partenariat avec la Direction régionale de santé publique¹⁸⁷. Dès 1990, ce CLSC a initié des rencontres de discussion pour jeunes gais et lesbiennes (14-17ans), coanimées par une infirmière et un bénévole, pour briser leur isolement. Et en 1999, on a mis sur pied un groupe de discussion pour les gais et les lesbiennes de 19-25 ans¹⁸⁸. De plus, des actions de mobilisation et de concertation ont été entreprises dès 2001, entre autres par la création d'un comité régional de concertation d'intervenants nommé : « Famille-Enfance-Jeunesse et Orientation sexuelle » et qui s'est réuni jusqu'en 2003. C'est dans le sillon de ce comité que les directeurs généraux des CLSC de la région ont adopté une trajectoire régionale de services pour la clientèle des jeunes LGBT de la région¹⁸⁹.

<http://www.gai-ecoute.qc.ca/>.

¹⁸⁴ On peut consulter les statistiques tirées de cette enquête sur le site.

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/e_soc-sante98_pdf.htm.

¹⁸⁵ Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Le sécurisexe pour jeunes hommes gais ou bisexuels*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-318-01.pdf>

¹⁸⁶ Cette structure est maintenant intégrée au CSSS de la Vieille-Capitale.

¹⁸⁷ Et ce, grâce à l'initiative de Pierre Berthelot travailleur social à l'emploi de la Direction régionale de santé publique, en prêt de service à ce CLSC, qui a permis que toutes ces activités aient pu être organisées et menées à bien.

¹⁸⁸ En 2004, ces groupes de discussion se sont transportés à GRIS-Québec.

¹⁸⁹ Ces groupes de discussion ont été transférés à GRIS-Québec, avec le soutien financier du CSSS.

L'organisme communautaire GRIS-Québec est une ressource œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux spécifiquement auprès des populations LGBT. Au-delà de sa mission première qui est la démythification de l'homosexualité dans les milieux scolaires et de jeunes en général, ce groupe communautaire offre aussi un milieu de vie et des groupes de discussion à des jeunes LGBT de 14 à 25 ans. De plus, le *Réseau des Alliés*, mis sur pied par GRIS-Québec est un réseau de référence, d'information, de soutien et d'accompagnement pour les professionnels et professionnelles des domaines de la santé, des services sociaux, de l'éducation et des organismes communautaires en général. Ce réseau regroupe des personnes, quelle que soit leur orientation sexuelle, qui veulent s'identifier comme étant des personnes-ressources pour l'accompagnement et le soutien des clientèles LGBT de la région. Le Réseau des Alliés a pour objectif principal de favoriser la participation des professionnels-les à l'amélioration de l'accès aux soins et services des populations LGBT¹⁹⁰.

Le Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH/sida à Québec (MIELS-Québec) est un organisme communautaire fondé en 1986 afin de répondre aux enjeux soulevés par le VIH/sida. C'est principalement à cause de l'épidémie d'infection au VIH que la Direction de santé publique s'est trouvée dès 1988, sur la ligne de front des interventions auprès des clientèles LGBT. Depuis, les besoins et les problématiques engendrés par le VIH/sida ont évolué de façon importante, de telle sorte que maintenant, MIELS-Québec est un organisme d'accueil, d'accompagnement, de référence, d'intervention psychosociale, d'activités liées au retour à la vie active, d'aide matérielle, de soutien infirmier pour les traitements et leurs effets secondaires, et au besoin d'hébergement communautaire de répit et de convalescence à l'Appartement Marc-Simon. MIELS-Québec s'est également donné la mission de faire de l'éducation-prévention auprès des populations à risque. Il a développé le programme *Sida en milieu de travail* et un programme d'interventions dans les milieux avec *l'Infirmier de rue*. Miels-

¹⁹⁰ <http://www.grisquebec.org/reseauallies/presentation.html>.

Québec a mis sur pied une ligne d'écoute téléphonique anonyme, SIDA-AIDE. L'organisme regroupe tout près de cent bénévoles qui consacrent au-delà de 15 000 heures par année dans la lutte contre le VIH/sida¹⁹¹.

MIELS-Québec a mis sur pied en 1996 le « Programme de référence, d'information et de soutien masculin entre pairs » (PRISME). Ce programme offre un service d'écoute, de référence et d'accompagnement individuel, pour les hommes de 25 ans ou plus domiciliés dans la grande région de Québec, qui ont des interrogations ou qui éprouvent des difficultés en lien avec leur orientation sexuelle ou leurs comportements sexuels. Le programme offre également des groupes de discussion pour les hommes gais, bisexuels ou en questionnement, leur permettant d'échanger sur des préoccupations liées à leur orientation sexuelle, à leur *sortie du placard*, à leur situation de famille, à la discrimination à laquelle ils se heurtent régulièrement, parfois à leur isolement ou au VIH/sida ou autres ITSS*¹⁹².

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis sur pied il y a quelques années un *Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang* (SLITSS) qui se préoccupe de ces problématiques en collaboration avec les directions régionales de santé publique. Plus concrètement, il existe dans la région de la Capitale-Nationale un SIDEP¹⁹³ qui, sous la supervision du CSSS de la Vieille Capitale, offre des services de soins infirmiers tels le dépistage, la vaccination, l'information et la prévention, avec l'aide de MIELS-Québec, dans les lieux de rencontres (sauna, bar, etc.) de la communauté gaie. De plus la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, assume financièrement depuis de

¹⁹¹ <http://www.alterheros.com/francais/reseau/details.cfm?InfoID=282>.

¹⁹² <http://www.miels.org/prisme/>.

¹⁹³ Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS.
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?lutte_contre_itss.

nombreuses années un poste d'infirmière à temps plein à l'Appartement Marc-Simon¹⁹⁴.

En 1998, la Direction régionale de santé publique a pris des ententes avec les autorités de la Faculté de médecine de l'Université Laval afin d'inclure la question de l'orientation sexuelle parmi les sujets abordés lors du stage des étudiants du programme de médecine sociale et préventive. Et depuis ce temps, quelques heures y sont consacrées chaque année.

Mentionnons enfin qu'il existe plusieurs groupes de pression dans le monde étudiant de niveau postsecondaire dans la région de la Capitale-Nationale. Ces regroupements qui existent parfois depuis plusieurs années ont une influence très importante pour contrer la discrimination dans le monde de l'éducation. Ce sont principalement le Groupe Gai de l'Université Laval (GGUL), et les groupes réunissant gais et lesbiennes des cégeps de Sainte-Foy, de Limoilou et du collège François-Xavier Garneau. Quoique ces groupes ne soient pas subventionnés par l'Agence et qu'ils œuvrent principalement dans le milieu de l'éducation, il est important de les mentionner car leur rayonnement et leur influence sont très grands et très variés. Il suffit de consulter le site internet du GGUL pour s'en convaincre¹⁹⁵. Fondé en 1978, il est en fait le plus ancien groupe gai universitaire toujours actif au Québec et la plus vieille organisation gaie toujours active à Québec. Le GGUL se veut une ressource par rapport à la diversité sexuelle partout à l'Université Laval. Créé par et pour les étudiants gais, lesbiennes et bisexuel(le)s de la communauté universitaire, il s'ouvre également aux membres du personnel, aux non-étudiants et aux hétérosexuels¹⁹⁶. Le GGUL a pour mission de

¹⁹⁴ L'Appartement Marc-Simon est une ressource d'hébergement communautaire qui offre des services de répit et de convalescence pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Ce lieu de quiétude offre cinq chambres meublées avec des services indispensables au bien-être des occupants.

http://www.miels.org/appartement_marc-simon.htm.

¹⁹⁵ <http://www.alqi.qc.ca/asso/ggul>.

¹⁹⁶ Daniel La Roche, coprésident du Comité consultatif, en a été un des membres fondateurs à l'époque de ses études universitaires.

favoriser le bien-être des personnes homosexuelles et bisexuelles sur le campus et d'encourager le respect et la connaissance par rapport à la diversité sexuelle au sein de la communauté universitaire. Au moment de son 25^e anniversaire de fondation, le GGUL a organisé une série de conférences, un concours littéraire, une exposition artistique, deux pièces de théâtre et une soirée de retrouvailles, le tout visant à enrayer l'homophobie ambiante à l'université par une visibilité de plus en plus grande des étudiants et étudiantes faisant partie des clientèles LGBT.

Mentionnons en terminant que la région de Charlevoix mène depuis quelques années, une lutte acharnée contre l'homophobie par le biais du comité *Respect et acceptation de la différence liée à l'orientation sexuelle* (R.A.D.O.S.). Ce comité est né grâce à l'initiative du comité Prévention suicide de Charlevoix en 2004. Son rôle est de mobiliser différents milieux de la région afin de les inviter à amorcer une réflexion et à se positionner contre l'homophobie. Ces milieux sont invités à signer une *Déclaration R.A.D.O.S.* s'engageant ainsi à respecter l'orientation sexuelle des membres du personnel et des usagers. De plus ce comité organise annuellement différentes activités dans les écoles secondaires de la région et dans les médias, autour de la Journée internationale de lutte à l'homophobie du 17 mai. Et en 2008, le CSSS de Charlevoix a signé la Déclaration R.A.D.O.S. Ainsi tous les employés et les médecins du CSSSC ont reçu une note de service du directeur général à cet effet et on leur a remis un dépliant de la Fondation Émergence.

Chapitre 3

La consultation au cœur de notre démarche

Au moment où la Commission des droits de la personne du Québec¹⁹⁷ commençait à réfléchir, à l'hiver 1993, à la possibilité de tenir des consultations publiques sur la situation des gais et des lesbiennes du Québec, la question de l'absence de services de santé et de services sociaux adaptés à ces clientèles faisait déjà l'objet d'une documentation bien étoffée, et ce depuis plus de dix ans¹⁹⁸. Voilà pourquoi la Commission a retenu un volet *santé et services sociaux* pour sa consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et les lesbiennes du Québec, tenue à l'automne 1993. Et elle en conclut que « [c]e sont l'absence ou la quasi-inexistence de services spécifiques pour les lesbiennes et les gais de même que les attitudes et comportements entachés de préjugés sinon de discrimination envers ceux-ci qui constituent la toile de fond de l'ensemble des mémoires qui nous ont été présentés sur cette question¹⁹⁹ ». En s'appuyant sur ces mémoires, la Commission affirme que les « problèmes sont d'ordre social : l'isolement, le rejet, la violence verbale et physique, les relations familiales et sociales difficiles; et d'ordre psychologique : la non-acceptation de soi, l'autocensure, la solitude, le stress, la peur, les idées suicidaires et les tentatives de suicide ». Autant de difficultés qui « se traduisent par des problèmes de santé : désespoir, alcoolisme et toxicomanie, dépression ».

¹⁹⁷ Cette Commission porte maintenant le nom de *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*.

¹⁹⁸ *Les services sociaux vs Les lesbiennes et les gais du Québec : un dossier noir*, mémoire présenté par le Rassemblement national des lesbiennes et gais du Québec au Comité sur les services sociaux, le 1^{er} décembre 1979, rapporté dans : Commission des droits de la personne du Québec, *De l'illégalité à l'égalité. Rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes*, Gouvernement du Québec, mai 1994, p. 21.

¹⁹⁹ *Ibid.*

À lire ces quelques lignes du rapport de la Commission, on croirait presque que ce sont les conclusions de nos audiences publiques, malgré le fait qu'elles aient été écrites en 1994 et que nos audiences se soient tenues en 2007, plus de dix ans plus tard. Ainsi, que ce soit dans le milieu de l'éducation ou dans le milieu syndical, chez les jeunes des clientèles LGBT ou parmi les parents, dans le contexte du VIH/sida ou chez les *trans*, toujours le même constat : les problèmes de santé des clientèles LGBT ne sont pas causés par leur réalité de vie en matière d'orientation ou d'identité sexuelle, mais plutôt par l'homophobie qui imprègne la société et qu'ils subissent depuis leur plus tendre enfance.

3.1 L'homophobie dans les milieux de vie des enfants et des adolescents

De tout temps, les enfants différents ont été discriminés, intimidés, bousculés, mis à l'écart dans leurs divers milieux de vie, telles les maisons de jeunes et les corporations de loisirs ainsi que dans notre système scolaire, surtout au niveau primaire et secondaire. Trop intelligente, trop studieux, trop grande, trop gros, pas assez viril, pas assez féminine, vivant dans une famille dysfonctionnelle ou monoparentale ou plus récemment dans une famille homoparentale, toutes les raisons sont bonnes pour ostraciser ceux et celles qui sortent du rang. Des études récentes ont démontré que « l'intimidation vise surtout les jeunes non conformes aux modèles classiques et populaires et se reconnaît souvent à l'étiquetage des gens par des expressions d'ordre sexuel comme "fif", "tapette" ou "gouine"²⁰⁰ ». Tous ces termes tournent autour de l'orientation sexuelle de chaque élève et placent ceux et celles qui pourraient avoir des vellétés de pratiques sexuelles non conformes à la majorité ou tout simplement avoir des comportements

²⁰⁰ Alain A. Grenier, *Jeunes, homosexualité et écoles. Enquête exploratoire sur l'homophobie dans les milieux jeunesse de Québec*, Rapport synthèse, *supra*; Gilbert Émond, *L'homophobie. Pas dans ma cour! Phase 1: Le diagnostic*, GRIS-Montréal, septembre 2007.

différents de cette majorité dans des situations d'humiliation, d'intimidation et d'ostracisme.

Il faut bien admettre que les adolescents et adolescentes de notre époque ne sont pas *contraints à l'hétérosexualité*²⁰¹ comme dans les années 1960-1970 ou même les années 1980. Cependant, ceux et celles qui affichent leur différence sexuelle ne sont pas pour autant exempts de sarcasmes et d'intolérance, notamment à l'école²⁰². Selon les divers témoignages recueillis, les écoles de la grande région de la Capitale-Nationale sont encore empreintes d'homophobie, de lesbophobie et de biphobie²⁰³.

Dès le primaire, les enfants se traitent de *fif* ou de *lesbi* à tout propos avant même de connaître la signification de ces mots. Les enseignants semble-t-il, ne prêtent pas, en général, toute l'attention souhaitable à ces expressions, soit par crainte de ne pas répondre de la bonne manière ou encore de se faire associer aux clientèles LGBT, quand ce n'est pas un manque d'intérêt total de leur part. Au secondaire, alors que les jeunes découvrent leur orientation sexuelle, les marginaux auraient plutôt tendance à la cacher. Ces élèves se sentent différents du groupe. Ne cadrant pas dans les représentations stéréotypées du genre masculin ou du genre féminin, ils semblent faire l'objet non seulement de sarcasmes répétés, mais parfois aussi de *bullying**, une forme d'intimidation nocive qui les effraie et les rend vulnérables. « Quand je suis à l'école, je suis comme en enfer », affirmait un jeune témoin devant le Conseil permanent de la jeunesse en 2006²⁰⁴. Parfois, cette homophobie devient violence. Il suffit de lire les témoignages

²⁰¹ Adrienne Rich (1981). « La contrainte à l'hétérosexualité et l'existence lesbienne », *Nouvelles questions féministes*, n° 1, p. 15-43.

²⁰² Conseil permanent de la jeunesse, *Sortons l'homophobie du placard... et de nos écoles secondaires*, Recherche-avis, 17 mai 2007.

²⁰³ Nous n'avons malheureusement pas discuté de transphobie avec les représentants du milieu de l'éducation qui ont participé à nos audiences.

²⁰⁴ Sophie Paquet, présidente du Conseil permanent de la jeunesse, « Gai à l'école : "Je suis comme en enfer" », *Le Soleil*, le mardi 16 mai, 2006.

rapportés dans l'Avis du Conseil permanent de la jeunesse pour se convaincre qu'il est urgent d'intervenir²⁰⁵. « L'école est, pour bien des jeunes, une véritable course où ils doivent éviter les pièges de la mesquinerie, la diffamation et les dangers physiques. Pour se protéger, ils contournent les personnes et les lieux à risque. Ultimement, ils peuvent décrocher de l'école et même de la vie.²⁰⁶ » D'où les problèmes de détresse psychologique, de santé mentale, de suicide ou de tentative de suicide²⁰⁷. À ce sujet, les statistiques démontrent que les jeunes gais et bisexuels présentent des risques de six à seize fois plus élevés que les jeunes hétérosexuels d'avoir des idées suicidaires ou de faire des tentatives de suicide²⁰⁸. Il semble que les garçons marginaux soient encore plus visés par les autres élèves, les filles arborant des caractéristiques de genre différentes de la norme étant mieux tolérées. Une étude réalisée en 2002 auprès d'intervenants de la Commission scolaire de Montréal a révélé que les jeunes des clientèles LGBT qui se font souvent mettre à l'écart, insultés ou menacés, perdent le goût d'aller à l'école, démontrent de forts taux d'absentéisme et de décrochage scolaire, comparativement au reste des jeunes du même âge²⁰⁹. Ce phénomène est renforcé lorsque les professionnels du milieu scolaire demeurent indifférents ou n'offrent pas de soutien²¹⁰. Un projet de recherche a d'ailleurs été mis sur pied au printemps 2006, à l'initiative de la Centrale des

²⁰⁵ Conseil permanent de la jeunesse, *supra*, p. 24 à 29.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 29.

²⁰⁷ Monik Audet, *De l'égalité juridique à l'égalité sociale. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, *supra*, p. 40.

²⁰⁸ Michel Dorais et Simon-Louis Lajeunesse, *Mort ou fif. La face cachée du suicide chez les garçons*, Montréal, VLB éditeur, 2000.

²⁰⁹ Daniel Martin et Alexandre Beaulieu, *Besoins des jeunes homosexuelles et homosexuels et interventions en milieu scolaire pour contrer l'homophobie*, Commission scolaire de Montréal, Services des ressources éducatives, mai 2002.

²¹⁰ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *De l'égalité juridique à l'égalité sociale. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, *supra*, p. 26 à 28.

syndicats du Québec (CSQ) pour étudier l'impact de l'homophobie sur la réussite scolaire tant au secondaire qu'au niveau collégial²¹¹.

Les intervenants et intervenantes en milieu scolaire réclament toujours plus de formation pour les enseignants et enseignantes, des rencontres de démythification de la diversité sexuelle pour les élèves, des services adaptés aux jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle. Plusieurs de ces activités existent déjà; il faudra non seulement les maintenir, mais aussi en augmenter la variété et le nombre et en faire la promotion dans tous les milieux. On nous a fait part également du manque de modèle à présenter principalement aux jeunes lesbiennes et bisexuelles pour leur permettre de s'accepter avec fierté. Du côté des filles, les seuls modèles existants demeurent encore ceux de la lesbienne célibataire, d'apparence légèrement hommasse, vivant seule et souvent pauvrement.

Même si le *bullying* tend à s'amenuiser dans les milieux de l'enseignement postsecondaire, la détresse psychologique n'en disparaît pas pour autant, d'où l'importance d'informer adéquatement les intervenants dans ces milieux pour que ces jeunes adultes ne s'isolent pas dans cet univers trop souvent anonyme. Dans la région de Québec, il existe plusieurs regroupements LGBT dans les cégeps et à l'Université Laval. Voilà un point positif nécessaire à tous ces jeunes qui vivent une orientation sexuelle marginale.

Quant à la bisexualité chez les jeunes, il est important de nuancer notre analyse, car il existe une différence entre l'orientation bisexuelle et un comportement bisexuel. « De plus en plus, on observe que des femmes et notamment des vedettes comme Madonna et Britney Spears, vont poser des gestes sexuels envers d'autres femmes parce que c'est *in* ou parce que cela plaît aux hommes²¹². » La bisexualité est tout à fait différente de ces

²¹¹ Jacques Pétrin, « L'impact de l'homophobie sur la réussite scolaire », dans *Nouvelles CSQ*, Hiver 2008, p. 41.

²¹² Conseil permanent de la jeunesse, *Compte rendu. Forum de discussion « Jeunes gais, lesbiennes et bisexuels »*, Synthèse et rédaction, Yannick Machabée, mars 2004, p. 22.

comportements exhibitionnistes : il s'agit plutôt de la capacité à devenir amoureux de personnes quel que soit leur sexe. Mais on constate que les préjugés envers la bisexualité, en milieu scolaire comme ailleurs, sont beaucoup plus tenaces que ceux envers l'homosexualité. Plusieurs intervenants considèrent souvent que les personnes s'affichant bisexuelles « ont une sexualité débridée, qu'ils sont volages et n'ont pas de relations exclusives²¹³ ». On nous a rapporté également qu'à l'école, la bisexualité féminine est mieux acceptée que celle des garçons; elle est parfois même glorifiée, surtout par les garçons hétérosexuels qui ne se sentent pas menacés dans leur propre orientation sexuelle. Cette réalité est d'ailleurs confirmée dans la recherche sur la bisexualité. « La bisexualité féminine serait socialement mieux acceptée aujourd'hui que la bisexualité masculine, [...]. D'abord, parce que les femmes revendiquent plus volontiers leur bisexualité que les hommes, davantage portés à la clandestinité. Ensuite, parce que les amours saphiques correspondent aux fantasmes des hommes hétérosexuels²¹⁴. »

Dans l'enquête exploratoire menée par GRIS-Québec en 2004, l'auteur conclut que l'homophobie est encore omniprésente à l'école. Les jeunes qui affichent une différence ou qui ne répondent pas aux modèles types de la masculinité ou de la féminité font toujours l'objet de moqueries et de pitreries de la part des autres élèves. Il conclut également que les jeunes, tout en étant plus réceptifs à la question de l'homosexualité, le sont de moins en moins lorsque « l'espace physique et affectif qui les sépare de la personne réputée homosexuelle diminue²¹⁵ ». Alors l'homophobie refait surface.

²¹³ *Ibid.*

²¹⁴ Catherine Deschamps. <http://femmes.fr.msn.com/>.

Rommel Mendès-Leite, Catherine Deschamps et Bruno-Marcel Proth, *Bisexualité, le dernier tabou*, *supra*; Catherine Deschamps, *Le miroir bisexuel*, *supra*.

²¹⁵ Alain A. Grenier, *supra*, p. 113.

3.2 Les lesbiennes, les gais, les bisexuels et les *trans** à l'âge adulte

À l'âge adulte, les membres des populations LGBT se retrouvent indifféremment du côté des ressources humaines en milieu de travail, du côté des clientèles des services de santé et de services sociaux dans la région de la Capitale-Nationale, ou tout simplement en marge du système de santé et de services sociaux. Nous tiendrons compte de cette variable importante dans cette partie du chapitre portant sur les gais, lesbiennes, bi ou *trans* qui évoluent dans leur vie adulte.

Les personnes que nous avons rencontrées lors des audiences publiques ont dénoncé dans un premier temps, l'*hétérosexisme** du système de santé et des services sociaux. Par exemple, dans les établissements de santé de la Capitale-Nationale, les intervenants de première ligne ne prennent souvent pas en compte la réalité des clientèles LGBT. Parfois, ils interpellent une transgenre par son prénom masculin, parfois ils questionnent les parents de même sexe sur l'absence d'un père ou d'une mère, au moment de l'émission d'une carte d'hôpital. Et encore maintenant, ces intervenants sourcilleront si une lesbienne donne le nom de sa compagne de vie lorsqu'on lui demande le nom de *son conjoint*. Malgré l'obtention du droit au mariage pour les couples de même sexe et l'obtention de droits parentaux pour les gais et les lesbiennes, la présomption d'hétérosexualité est encore omniprésente dans tout le système. Et les théories psychodynamiques du développement humain constituent toujours un cadre référentiel privilégié chez les intervenantes et intervenants, d'où leurs perceptions que la famille homoparentale par exemple ne leur semble pas la mieux indiquée pour l'équilibre psychique optimal de l'enfant²¹⁶.

²¹⁶ Propos recueillis par Pierre Berthelot lors des formations des intervenants.

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes a effectué une consultation en 1999 auprès de lesbiennes d'âge moyen et a produit en 2003 un rapport de recherche²¹⁷. Cette recherche démontre entre autres, qu'étant considérées comme peu à risque de contracter le VIH/sida, les lesbiennes ont été souvent laissées pour compte par le réseau des services de santé et des services sociaux du Québec.

Des lesbiennes nous ont raconté combien il leur était difficile de faire un *coming-out** avec leur médecin de famille ou avec un ou une spécialiste. Il semble que la majorité des médecins, ou même des intervenants en santé de première ou de seconde ligne ont spontanément une attitude hétérosexiste avec toute patiente ou cliente, présumant d'emblée de son hétérosexualité. Comme si l'hétérosexualité était le seul mode d'expression de la sexualité. Malaise ou ignorance²¹⁸? Les lesbiennes que nous avons rencontrées affirment, à l'instar de celles rencontrées par le Réseau de la santé des femmes à la fin des années 1990, qu'elles consultent très peu les services sociaux et les services de santé, en ce qui concerne leur santé sexuelle. Dans cette recherche, il a été démontré que plus du tiers des lesbiennes rencontrées à Montréal, disent consulter très peu les services sociaux et les services de santé²¹⁹. Et pour celles qui consultent, certaines nous ont

²¹⁷ Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, RQASF, mai 2003.
<http://www.rgasf.qc.ca>.

²¹⁸ Guillaume Bourgault-Côté, « Les Canadiens restent confus quant au caractère inné de l'homosexualité », *Le Devoir*, p. A-4, le 17 mai 2007.
Voir également, Santé Canada, Condition féminine Canada, *S'occuper de la santé des lesbiennes. Ressource à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des décideurs et des planificateurs du Canada*, 2001, « Héritage historique de l'homophobie dans les soins de santé », p. 9-10.

²¹⁹ « 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 médecin". Fait que oui, il y a un sérieux problème de manque de confiance par rapport aux docteurs. »
Témoignage recueilli dans le cadre de la recherche du Réseau d'action pour la santé des femmes, Résumé du rapport de recherche, *supra*, p. 12.

affirmé qu'on leur a parfois refusé le *test de Pap**, jugé inutile du fait qu'elles n'avaient aucune pénétration pendant l'acte sexuel. Ce sont les préjugés portant sur les comportements sexuels entre femmes et l'absence de recherche sur la transmission des ITSS entre elles qui influent généralement sur les pratiques dans le domaine de la santé²²⁰.

Une récente recherche menée par une équipe de l'Université McGill a démontré que les intervenants et intervenantes en médecine familiale ont une connaissance très limitée dans l'ensemble du bien-être et de la santé des gais et des lesbiennes et que le système est toujours imprégné des préjugés historiques voulant que ces derniers aient été considérés comme des malades mentaux, et que, de ce fait, leur accès aux soins est encore aussi minime et difficile²²¹. En conclusion, les auteurs affirment que les bénéfices de l'amélioration du système de la prise en charge des lesbiennes et des gais dans le réseau de la médecine familiale seraient énormes : « une meilleure santé, une plus grande satisfaction quant aux soins, davantage d'estime de soi, moins de stress²²² ».

La question du lien entre les clientèles LGBT et les problèmes de santé mentale a aussi été soulevée lors des consultations. Une étude québécoise menée par les chercheurs Clermont et Lacouture, datant de 1998, démontre

²²⁰ « L'absence de recherche historique sur la transmission des [ITSS] entre femmes a produit un "savoir" dans le domaine des soins de santé qui présume un taux de transmission faible ou inexistant chez ces populations. Ceci porte fausement à croire que les *queer* ne sont pas à risque en ce qui a trait au cancer de l'utérus et qu'elles n'ont pas besoin de tests de Pap. »

Jacqueline Luce, Réseau canadien pour la santé des femmes, revue *Le Réseau*, été 2001, volume 4, numéro 3. <http://www.cwhn.ca/netword-reseau/4-3f/4-3pg1.html>.

²²¹ Shari Brotman, Bill Ryan et Bill Rowe, *Des services de santé équitables pour les patients gais et les patientes lesbiennes dans le contexte de la médecine familiale*, ISBN 07717-0589-1, le 16 mars 2001.

Cette constatation ne tient pas compte des problèmes de VIH/sida que nous traiterons dans une partie distincte de ce chapitre.

²²² *Ibid.*, p. 41.

que la détresse psychologique est plus importante chez les clientèles LGBT que dans la population en général, notamment chez les personnes bisexuelles et les hommes gais²²³. Ce sont les seules données solides qui existent sur la santé mentale de ces populations. On y rapporte que :

- 41 % des femmes bisexuelles,
- 40 % des hommes bisexuels,
- 28,6 % des homosexuels,
- 16 % des hétérosexuels
- 21,4 % des femmes lesbiennes, et
- 22,6 % des femmes hétérosexuelles

vivent de la détresse psychologique.

Par ailleurs, en ce qui concerne le suicide et les idées suicidaires, les chercheurs ont découvert une prévalence chez les hommes et les femmes bisexuels de :

- 3,8 % chez les hétérosexuels,
- 6,6 % chez les homosexuels, et
- 10,8 % chez les personnes bisexuelles.

Enfin, des praticiens et des intervenants du milieu de la santé et des services sociaux nous ont rapporté que la consommation d'alcool et de tabac serait plus importante chez les clientèles LGBT que dans la population en général²²⁴. Toutefois, dans une recension des écrits sur la question

²²³ M. Clermont et Y. Lacouture, « Orientation sexuelle et santé », Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Enquête sociale et de santé 1998*. Gouvernement du Québec, 2000, p. 219-229. (Collection la santé et le bien-être).

²²⁴ Selon la professeure Myreille Saint-Onge, il y a même une prévalence chez les hommes homosexuels et les femmes bisexuelles. Voir également : Thierry Delessert, *Féminin - Masculin. Jeunes gays et lesbiennes : une homosexualité mieux acceptée?*, Solidarités, n° 53 (19/10/2004), p. 20-21.
<http://www.solidarites.ch/journal/print.php?id=1696>.

effectuée pour le Comité permanent de lutte à la toxicomanie²²⁵, l'auteur concluait, en 1998, « qu'il n'existe pas de problèmes généralisés et importants de toxicomanie chez les personnes homosexuelles ». Quelques lignes plus loin, il affirmait que « des auteurs défendent la nécessité de fournir des programmes d'intervention adaptés aux personnes homosexuelles ». En effet il semble bien « que plus les programmes de prévention sont élaborés en fonction de groupes cibles, plus ils rejoignent ces mêmes groupes²²⁶ ».

En ce qui concerne les hommes gais, on nous a affirmé qu'ils sont encore très souvent associés à la pédophilie et donc perçus comme dangereux dans l'environnement proche des enfants²²⁷. Par conséquent, les hommes travaillant en garderie préfèrent toujours cacher leur orientation sexuelle aux parents des enfants, ou même à leurs collègues. De plus, des homosexuels reçus en audience nous ont expliqué qu'ils s'empêchaient de s'impliquer dans certains milieux, par exemple, les Grands Frères/Grandes Sœurs, à cause de cette fausse perception. C'est pour les mêmes raisons qu'ils limitent leurs contacts avec des jeunes gais, de telle sorte que ces derniers manquent désespérément de repères ou de modèles dans leur cheminement de vie. D'autres homosexuels sont venus nous raconter comment ils étaient encore victimes ou témoins de blagues hétérosexistes offensantes et dégradantes, même si depuis quelques années, les grandes centrales syndicales québécoises, telles la CSN, la FTQ, la CSQ ou la CSD, ont élargi leurs actions initiales concernant la condition féminine pour y englober l'étude des conditions des populations LGBT. Comités consultatifs, tables de concertation, colloques, règlements pour contrer la discrimination

²²⁵ Yves Lacouture, *La toxicomanie chez les personnes homosexuelles : une recension des écrits*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1998.

²²⁶ *Ibid.*, p. 25.

²²⁷ Dossier homophobie, *La confusion entre homosexualité et pédophilie. Un amalgame dangereux*, vendredi 8 mars 2002. <http://www.monchoix.net/homophobie/la-confusion-entre-homosexualite-et-pedophilie-article273.html>.

et le harcèlement hétérosexiste se sont succédés pour tenter de contrer l'homophobie dans les divers milieux de travail. C'est ainsi qu'a été initiée et menée récemment une recherche à travers tout le Québec sur l'homophobie vécue en milieu de travail auprès de 786 gais et lesbiennes²²⁸, au cours de laquelle il a été démontré que « 80 % des personnes interrogées disent avoir été témoins de blagues offensantes concernant l'homosexualité ou les personnes homosexuelles et 16 % disent en avoir été elles-mêmes la cible²²⁹ ». Cette homophobie se manifeste surtout par l'expression de préjugés, comme « il est tellement doux, ce doit être un homosexuel », par des commentaires désobligeants, comme « elle a l'air d'une *butch* avec sa nouvelle coupe de cheveux », des imitations caricaturales ou des graffitis.

Enfin, à l'instar de ce que peuvent subir les femmes, on nous a rapporté que dans certains milieux de travail, il apparaissait même impensable de tout juste considérer que des homosexuels puissent y travailler, par exemple dans les grands abattoirs, les manufactures ou les usines de métallurgie. « [O]n observe des milieux où les manifestations d'homophobie sont plus intenses, plus exacerbées, ce qui crée un climat de travail que l'on peut qualifier d'hostile, ou encore, où la présence affichée de personnes homosexuelles n'est pas tolérée²³⁰. »

Enfin, les audiences publiques nous ont permis d'aborder la question de la violence conjugale dans les couples de lesbiennes. Il faudrait rappeler dans un premier temps que la violence conjugale chez les homosexuels est un phénomène peu reconnu ni documenté et qu'aucune ressource n'existe pour aider les victimes²³¹. Elle doit sûrement exister, cependant aucun participant

²²⁸ Line Chamberland, *L'homophobie dans l'environnement de travail. Un portrait de la situation au Québec*, Syndicat des travailleuses et travailleurs du CSSS Hochelaga-Maisonneuve Olivier-Guimond et Rosemont-CSN.

<http://www.sttcssst.org/workerout/doc/Chamberland.pdf>.

²²⁹ Monik Audet, *supra*, p. 52.

²³⁰ Monik Audet, *supra*, p. 53.

²³¹ Monik Audet, *ibid.*, p. 18.

aux audiences publiques, intervenants ou militants n'a abordé cette épineuse question. Il est vrai que ces hommes ne veulent pas nécessairement parler de ce qu'ils vivent et craignent la stigmatisation à leur égard. Du côté des couples de lesbiennes, une chercheuse de la région de Montréal²³², rencontrée en entrevue lors des audiences publiques, affirme que cette forme de violence conjugale est un phénomène assez important pour que l'on s'y arrête. Mais aucune recherche n'a encore abouti, alors que dans la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, « les gais et les lesbiennes - de tous âges, de toutes les classes sociales et de toutes les origines ethniques - sont identifiés comme des "clientèles particulières" face au problème de violence conjugale », surtout pour les clientèles lesbiennes parce que « l'hétérosexisme peut entraîner un plus grand isolement et que l'homophobie réduit au silence la majorité des victimes²³³ ». Dans le *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*²³⁴, on considère les gais et les lesbiennes comme des clientèles vivant des réalités particulières²³⁵, sans élaborer davantage.

Comment lire et interpréter toutes ces données? Peut-on y trouver un début de solution pour aider les gais, les lesbiennes et les bisexuels à mieux être et à mieux vivre ? Les pistes déjà amorcées par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, de même que celles de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, semblent prometteuses.

²³² Karol O'Brian.

²³³ Gouvernement du Québec, 1995, rapporté dans : Monik Audet, *ibid.*, p. 18.

²³⁴ Gouvernement du Québec, 2004.

²³⁵ Monik Audet, *ibid.*, p. 18.

3.3 Les lesbiennes, les gais, les bisexuels et les *trans* vieillissants

En général, lorsque l'on songe aux clientèles LGBT, ce qui nous vient à l'esprit ce sont de jeunes hommes ou de jeunes femmes dans la force de l'âge, en pleine possession de leurs moyens, ne respectant pas toujours les normes sociétales de genres, tels les *trans*, ou de jeunes hommes malades et ravagés par le VIH/sida. Mais on ne voit pratiquement jamais des gais âgés et malades, des lesbiennes vieilles et seules, en détresse psychologique ou des transsexuelles vieillies et en perte d'autonomie. Pourtant toutes ces personnes existent et ont besoin d'aide. Mais avant d'entreprendre quoi que ce soit, il faudra faire disparaître le voile de l'invisibilité sociale. Cette mise à l'écart ne résulte pas uniquement d'une absence de représentation sociale, elle provient également du fait qu'on n'aborde habituellement pas le sujet de ces populations vieillissantes dans les recherches en gérontologie²³⁶, dans les informations et les programmes dispensés par le réseau gouvernemental à l'intention des personnes âgées²³⁷, les organisations de loisirs, les fédérations et les associations vouées aux personnes âgées, le réseau communautaire et même les communautés LGBT. En effet, même si les organismes Gai-Écoute et la Fondation Émergence ont déposé ensemble un

²³⁶ Dans tous les documents étudiés pour la rédaction de cette partie du plan d'action, nous n'avons recensé que deux recherches directement liées au sujet à travers tout le Canada: Shari Brotman, Bill Ryan et Elizabeth Meyer, *Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada*, recherche initiée par l'École de service social de l'Université McGill et Line Chamberland, *Plus on vieillit, moins ça paraît. Femmes âgées, lesbiennes invisibles*, recherche réalisée à l'initiative du Réseau des lesbiennes du Québec au cours de l'année 2001.

²³⁷ « À titre d'illustration, dans le cadre de l'enquête sur *L'exploitation des personnes âgées* menée par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse à la fin de l'an 2000, la situation des aînés gais et lesbiennes n'a été mentionnée dans aucun des 117 mémoires reçus lors des audiences publiques. On constate le même silence dans le rapport *Une pleine participation des aînés au développement du Québec* publié en 2005 par le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine. »
Monik Audet, *supra*, p. 43, notes 50 et 51.

mémoire lors des consultations publiques sur les conditions de vie des aînés tenues durant l'été et l'automne 2007²³⁸, il semble qu'aucun organisme communautaire voué aux intérêts des clientèles LGBT ne soit subventionné pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes de ces clientèles, en tout cas dans la région de la Capitale-Nationale²³⁹.

Les recherches récentes en Amérique du Nord démontrent que l'invisibilité sociale des lesbiennes, entre autres, résulte de plusieurs facteurs, tels que l'habitude fortement ancrée de dissimuler son orientation sexuelle afin de se protéger de la stigmatisation sociale, les pratiques institutionnelles hétérosexistes, où l'on tient pour acquis que toutes les femmes sont hétérosexuelles, la perception stéréotypée selon laquelle les femmes âgées n'ont aucune sexualité et l'absence de représentation des lesbiennes âgées dans les médias et dans la littérature féministe, lesbienne et gérontologique²⁴⁰.

C'est dans ce sens que le Réseau des lesbiennes du Québec a entrepris une recherche auprès de lesbiennes et d'intervenants et intervenantes de la région de Montréal afin de documenter cette question d'invisibilité. Cette recherche s'est déroulée en 2001-2002. Les chercheuses sont arrivées aux mêmes constats que dans les autres recherches. Les lesbiennes âgées sont invisibles dans le réseau d'aide aux personnes en perte d'autonomie et cette

²³⁸ Fondation Émergence et Gai Écoute, *Pour que vieillir soit gai*, août 2007.
<http://www.fondationemergence.org/>.

²³⁹ Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, *Rapport annuel de gestion*, 2006-2007.

On pourrait prendre exemple sur l'organisme français Homosexualité et Socialisme qui vient de mettre en place une commission Âge et solidarité qui réfléchit aux grandes questions liées au vieillissement des personnes homosexuelles.

Âge et homosexualité : Quel sont les grands défis du vieillissement de la communauté homosexuelle? <http://www.senioractu.com>.

²⁴⁰ Line Chamberland, « Plus on vieillit, moins ça paraît : Femmes âgées, lesbiennes invisibles », dans *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 22, n° 2, automne 2003, 85-103, p. 87.

invisibilité constitue un obstacle important lorsque l'on considère l'adaptation des services de soutien à domicile à leurs besoins. Certes les intervenants semblent ouverts à leur réalité, mais en sont totalement ignorants. D'ailleurs certains d'entre eux ont même spontanément affirmé qu'il n'y avait aucune lesbienne dans leur établissement. Les lesbiennes interrogées pour les besoins de cette recherche se sont empressées d'affirmer vouloir rester dans l'anonymat, considérant le système actuel trop peu ouvert et pas assez tolérant pour afficher leur lesbianisme²⁴¹.

Une équipe de recherche de l'École de service social de l'Université McGill est récemment arrivée aux mêmes résultats. Alors que cette équipe cherchait à découvrir les clientèles LGBT vieillissantes et à documenter leurs expériences d'accès aux soins de santé et de services sociaux, les chercheurs ont remarqué que l'absence d'information sur leur santé provient surtout du fait que les intervenants n'ont aucune idée, ne connaissent rien de cette réalité²⁴². Les aînés-es gais et lesbiennes rencontrés en entrevues ont confirmé que « la discrimination se manifeste sur un continuum allant du manque de visibilité et de l'ignorance jusqu'à des formes systémiques de préjugés, d'exclusion et de haine²⁴³ ».

Les personnes âgées LGBT déplorent donc que les services de santé et les services sociaux soient encore peu adaptés à leurs réalités et craignent de devoir retourner *dans le placard** une fois placées dans un établissement de santé²⁴⁴. D'ailleurs, les recherches montrent que de façon générale, par crainte d'affronter l'hétérosexisme, ces clientèles ont souvent tendance à retarder la demande de services de soutien à domicile ou encore leur entrée

²⁴¹ Line Chamberland, *ibid.*

²⁴² Shari Brotman, Bill Ryan et Elizabeth Meyer, *Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada*, Rapport synthèse, École de service social, Université McGill, mars 2006, p. 1.

²⁴³ *Ibid.*, p. 5.

²⁴⁴ Louise-Maude Rioux Soucy, « Retour forcé dans le placard? Les aînés homosexuels ne trouvent pas leur place dans le réseau de la santé », *Le Devoir*, 26 octobre 2007, p. A-1.

dans un établissement pour aînés, ce qui entraîne des conséquences sur leur santé physique et mentale²⁴⁵.

Cette situation d'invisibilité et de discrimination est tout de même appelée à changer, car les lesbiennes, les gais, les bisexuels et les *trans* qui seront bientôt pris en charge par le système, en hébergement privé ou public, ou par des services de maintien à domicile, voudront de plus en plus affirmer leur orientation sexuelle et continuer à vivre ouvertement, comme ils auront réussi à le faire précédemment. Contrairement à leurs prédécesseurs, ces personnes LGBT de la génération des *baby-boomers* refuseront de s'en laisser imposer, elles qui ont vécu toutes les luttes récentes pour contrer la discrimination faite aux gais et aux lesbiennes. Ces personnes existent, elles sont célibataires ou vivent en couple. Elles sont même parfois mariées. Elles sont pères, mères, grands-mères, grands-pères biologiquement ou par alliance. Elles ont 60, 70 ou même 80 ans et ont de plus en plus besoin de services et d'aide, en hébergement ou à domicile. Elles ne tiennent pas nécessairement à vivre dans un milieu réservé strictement à d'autres homosexuels et lesbiennes, cependant elles espèrent pouvoir côtoyer d'autres homosexuels et lesbiennes dans leur milieu d'hébergement. Ce qui leur fait le plus peur, c'est d'avoir à subir des comportements hétérosexistes de la part des intervenants en milieu d'hébergement, ou même des autres clients hétérosexuels. « Cependant, une aspiration commune traverse les propos : celle d'un environnement exempt d'hétérosexisme et d'homophobie où il est possible de vivre son lesbianisme et de rencontrer des semblables avec lesquelles on partage des affinités²⁴⁶. »

²⁴⁵ *Ibid.*, p. 3.

²⁴⁶ Line Chamberland, *supra*, p. 96.

3.4 Le sécurisexe pour freiner les ITSS chez les clientèles LGBT

« Je pratique le sexe sécuritaire²⁴⁷. » Voilà une affirmation que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec²⁴⁸ et les organismes communautaires voués à la sensibilisation des hommes gais et bisexuels et à l'importance d'une bonne santé sexuelle voudraient bien entendre partout et de la part de tous les homosexuels qui s'apprêtent à *passer au lit*. Ce n'est malheureusement pas le cas²⁴⁹. Encore trop d'homosexuels s'empêchent de parler du condom avec leur partenaire sexuel par peur du rejet ou par crainte que l'on pense qu'ils soient déjà porteurs du VIH ou d'une ITSS quelconque²⁵⁰. De plus, le *barebacking**, pratique sexuelle non protégée née en réaction aux campagnes de prévention du VIH/sida, préconisant l'utilisation du condom pour les pénétrations anales, a ses adeptes partout au Québec, surtout dans les grands centres comme Montréal ou Québec.

Lors des audiences publiques, les personnes rencontrées ont souligné l'importance de s'attarder à la question des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), en dehors de toute autre problématique. En effet, selon des études récentes, la contamination au

²⁴⁷ Action Séro-Zéro, *Mon livre de lit. Pour une sexualité plaisir en santé*, vol. 1, p. 43. <http://www.sero-zero.qc.ca>.

²⁴⁸ Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Le sécurisexe pour jeunes hommes gais ou bisexuels*, Gouvernement du Québec, 2003. <http://www.mss.gouv.qc.ca>.

²⁴⁹ Claudette Samson, « Les taux d'infections de nature sexuelle encore "trop hauts" », *Le Soleil*, le samedi 16 août 2008, p. 22.

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 43. Bien que cette question de sécurisexe interpelle l'ensemble de la population active sexuellement, notre propos se limitera aux clientèles LGBT, pour les fins de ce plan d'action. Il faut également mentionner que « les relations sexuelles entre femmes comportent peu de risque en ce qui a trait à la transmission du VIH et des MTS (ITS) ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Bien vivre son orientation sexuelle. Les femmes et l'homosexualité*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 42.

VIH/sida dans la communauté homosexuelle est en hausse en Amérique du Nord²⁵¹. En 2002, le Canada a recensé près de 50 000 Canadiens vivant avec le VIH/sida, alors que 15 000 d'entre eux ignorent leur état. Environ 40 % de ces personnes, sont des hommes gais²⁵² ou *des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes* (HARSAH), ce qui inclut les hommes bisexuels, une population très à risque²⁵³. Malheureusement, ces personnes sont celles que les campagnes pour contrer le VIH/sida atteignent le moins car la plupart de ces hommes ne se reconnaissent pas comme bisexuels. En plus d'être vecteurs de cette maladie dans la communauté gaie, ils peuvent aussi transmettre une ITSS à leur partenaire féminine. De telle sorte que les ITSS font sans doute autant de dégâts que le VIH/sida dans la population en général.

Sur fond de très forte prévalence de l'infection au VIH, les facteurs psychosociaux et contextuels relatifs à la prise de risques dans cette population sont nombreux, et plusieurs sont reliés aux difficultés de la condition homosexuelle dans notre société, telles que « le manque d'estime de soi, la non-acceptation de son orientation sexuelle, l'isolement, la quête de

²⁵¹ Yves Lafontaine, « Renverser la tendance ».

http://fugues.vortex.qc.ca/ARTICLE_PRINT.cfm?article_id=8256&1=Fr.

²⁵² Santé-Canada, *Statistiques sur le VIH/SIDA*, Bulletin 18, 6 décembre 2002, édité dans le Bloc Notes. <http://www.leblocnotes.ca>.

²⁵³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, année 2005 (et projections 2006)*, Collection Analyses et surveillance, disponible seulement sur internet. <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca>.

« Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH) sont au premier rang et restent les plus touchés avec 50,6 % des cas du premier semestre 2007. Cette proportion plus élevée (59,3 %) parmi les nouveaux diagnostics grimpe à 72,3 % dans les nouvelles découvertes de séropositivité au VIH rapportées pour les hommes. Ce sont les HARSAH qui contribuent le plus à l'augmentation des nouveaux diagnostics. »

Institut national de santé publique du Québec, *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Mise à jour des données au 30 juin 2007*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, décembre 2007.

sensations fortes, l'obsession-compulsion dans la sexualité, la banalisation du VIH liée au succès des multithérapies, la lassitude de maintenir des comportements sécuritaires; la consommation de drogues, la fréquentation des saunas ou des *sex-parties* privés, le choix de ses partenaires en fonction de sa propre sérologie, le jeune âge, etc. ²⁵⁴ ».

Il existe deux types d'ITSS, les infections virales, celles causées par un virus et les infections bactériennes, causées par une bactérie. Parmi les premières, on retrouve le VIH/sida. « *Le syndrome d'immunodéficience acquise* (sida) se caractérise par un ensemble de symptômes provoqués par un virus qui s'attaque au système immunitaire (système de défense naturelle du corps) et que l'on nomme virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ²⁵⁵. » Avec le temps, le système immunitaire deviendra tellement affaibli qu'il ne pourra plus se défendre contre de simples infections, telles que la pneumonie, la toxoplasmose, la méningite ou infection de l'enveloppe du cerveau, le cytomégalovirus, le *sarcome de Kaposi**, sorte de cancer de peau ²⁵⁶, le zona ou des problèmes neurologiques divers.

Par ailleurs, le *virus du papillome humain* (VPH)* est responsable des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes. Au Canada par exemple, on estime que 20 à 40 % de la population adulte sexuellement active serait porteuse de ce virus. Mais, seulement 1 à 2 % présenteront des lésions visibles et 85 % élimineront naturellement ce virus de leur organisme alors que 15 % en seront porteurs durant toute leur vie ²⁵⁷. La transmission de ce

²⁵⁴ Énumération fournie par Pierre Berthelot.

²⁵⁵ Action Séro-Zéro, *supra*, p. 50.

²⁵⁶ « Le sarcome de Kaposi (SK) est une maladie cancéreuse qui touche le plus souvent la peau. Le SK apparaît sous la forme de lésions ou de taches qui peuvent ressembler à des ecchymoses (bleus). Il peut également se déclarer au niveau des tissus muqueux, comme la muqueuse buccale, ainsi qu'au niveau des ganglions lymphatiques ou des organes internes comme les intestins, les poumons ou le foie. Les lésions peuvent résulter d'une surcroissance de vaisseaux sanguins. » Réseau canadien d'info-traitements sida.
<http://www.catie.ca/feuilletts.nsf>.

²⁵⁷ *Ibid.*, p. 54.

virus se fait généralement par un contact direct avec des condylomes, sortes de verrues génitales hautement contagieuses, présentes sur le pénis de celui qui pratiquera une pénétration anale. Mais le VPH peut aussi se transmettre par une pénétration anale avec un doigt infecté ou avec un godemiché* si l'objet a été en contact direct avec des condylomes. Enfin, la transmission peut aussi se faire par un contact avec des sécrétions génitales infectées (liquide prééjaculatoire, sperme, sécrétions vaginales), même sans pénétration. Certaines souches du papillomavirus entraînent un risque de cancer du col de l'utérus chez les femmes quelle que soit leur orientation sexuelle. Ces dernières peuvent prévenir le risque en subissant régulièrement des tests de Pap et des examens afin de déceler les cellules anormales et de les éliminer avant qu'elles ne se répandent ou ne deviennent cancéreuses²⁵⁸. De plus, on sait maintenant que certains types de virus du papillome humain sont liés au cancer de l'anus, et ce particulièrement chez les hommes séropositifs²⁵⁹. Il existe plus de 120 génotypes de papillomavirus mais seuls certains génotypes se transmettent par voie sexuelle²⁶⁰.

Viennent ensuite les diverses formes d'hépatites virales, les VHA, VHB, VHC, VHD et VHE²⁶¹. Ce sont toutes des infections provoquées par des virus se développant dans le tissu hépatique. Les virus, une fois bien implantés dans l'organisme, infectent de préférence les cellules du foie. Les trois premières formes d'hépatites, les A, B et C causent toutes les trois des dommages au foie malgré le fait que les virus soient bien différents. La transmission du virus de l'hépatite A se fait par l'ingestion d'eau ou d'aliments, habituellement contaminés par les selles de malades eux-mêmes touchés par ce virus. Le risque de transmission du virus de l'hépatite A est probablement très faible car la virémie (la présence du virus dans le sang) est très courte. La transmission peut se faire également par voie directe, par le contact

²⁵⁸ <http://www.femmesensante.ca/centres/sex/infections/papilloma.html>.

²⁵⁹ *Ibid.*, p. 55.

²⁶⁰ http://fr.wikipedia.org/wiki/Papillomavirus_humain.

²⁶¹ Rappelons tout de même que les hépatites A et E sont des maladies entériques et non des ITSS même si elles peuvent se transmettre lors d'activités sexuelles.

bouche-anus par exemple²⁶². L'hépatite B (VHB) par ailleurs, est une inflammation du foie causée par un virus. Les principaux symptômes sont une jaunisse, une fièvre et une fatigue prolongée. Comme c'est un virus très résistant, il est fortement contagieux, presque 100 fois plus que celui du sida. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OSM), il y aurait 350 millions de porteurs du virus dans le monde²⁶³. Environ 90 % des personnes infectées par le VHB finiront par l'éliminer naturellement, les 10 % restants seront considérés comme des porteurs chroniques, pouvant développer à long terme une cirrhose ou un cancer du foie. Ces porteurs chroniques transmettront le virus tout au long de leur vie, alors que les 90 % de porteurs ponctuels le transmettront seulement à partir du moment où ils sont infectés jusqu'à l'élimination naturelle de leur organisme, au bout de 6 mois généralement²⁶⁴. Ce virus se transmet par le sperme, les sécrétions vaginales, le sang et la salive. Il est maintenant possible de se faire vacciner simultanément contre les hépatites A et B par l'entremise d'un vaccin combiné.

La contamination à l'hépatite C se fait principalement par la voie sanguine. La majorité des personnes atteintes l'ont contractée par usage de drogue par injection, lors d'un échange de seringue par exemple ou au contact d'une plaie, lors d'un tatouage ou d'un perçage corporel avec un instrument infecté. En général, les personnes récemment infectées par le VHC ne le savent pas, l'incubation du virus prend en moyenne deux mois. Dans la plupart des cas, la maladie devient chronique. Les symptômes les plus courants sont la fatigue, la perte d'appétit, les nausées, la fièvre, une faiblesse générale et des douleurs abdominales²⁶⁵. Ce virus infecte environ 170 millions de personnes dans le monde, et la coinfection avec le VIH est très fréquente, d'où notre intérêt pour cette infection transmissible par le sang. Il existe des traitements contre le VHC basés sur l'interféron associé à d'autres antiviraux. Les résultats, pouvant aller jusqu'à 75 % de chances de

²⁶² <http://fr.answers.yahoo.com/question/index?qid=20061105090641AAFIUQQ>.

²⁶³ *Hépatite virale, ibid.*, p. 3.

²⁶⁴ *Action Séro-Zéro, supra*, p. 59.

²⁶⁵ *Hépatite virale*, p. 6. <http://fr.wikipedia.org>.

disparition du virus de l'organisme, varieront suivant le génotype du virus. Sur les six génotypes, les 2 et 3 sont ceux qui sont les plus guérissables. Ainsi, les génotypes 1 et 4 répondent moins bien au traitement standard, une bithérapie d'interféron et de ribavirine, que les génotypes 2 et 3²⁶⁶.

Quant au VHD, il est dépendant du virus B. On le considère comme une surinfection de l'hépatite B. L'agent D surviendra par coinfection avec le VHB ou par surinfection d'un porteur du VHB et s'acquiert par usage de drogues en Occident. Enfin, pour l'hépatite E, surtout présente dans les pays en voie de développement, la contamination se fait par voie oro-fécale (contact bouche-anus) comme pour l'hépatite A²⁶⁷. À ces diverses maladies virales, il faut ajouter le virus de l'herpès, qui se manifeste soit autour de la bouche et des lèvres, soit aux organes génitaux et à l'anus. Pendant le sexe oral, on peut transmettre le virus de l'herpès aux organes génitaux du partenaire si on a un herpès buccal, et l'inverse est aussi vrai. Les deux types de l'herpès sont des virus pernicioeux, ils ont en commun la capacité de récidiver ou de se réactiver. Le virus de l'herpès se transmet sexuellement par contact direct avec une lésion lors d'une pénétration anale ou par sexe oral. L'herpès est également transmissible si les doigts et la main, ayant effleurés une lésion, touchent ensuite les organes génitaux, l'anus ou la bouche²⁶⁸. Pour les personnes séropositives, l'herpès peut être considéré comme une infection opportuniste indiquant la phase sida.

Quant aux infections bactériennes, on doit mentionner la syphilis, la gonorrhée, la chlamydia et la shigellose. La syphilis, maladie quasi disparue depuis la découverte de la pénicilline en 1943, effectue un retour en force surtout chez les HARSAH²⁶⁹. Au stade primaire, c'est-à-dire entre trois à

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 7.

²⁶⁸ *Action Séro-Zéro, supra*, p. 57.

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 61. Voir aussi, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, année 2005 (et projections 2006)*, Collection Analyses et surveillance, p. 7, disponible seulement sur internet. <http://www.publications.msss.gouv.qc.ca>.

quatre semaines après le moment d'infection, un ulcère superficiel, appelé chancre, apparaît à l'endroit où le microbe est entré dans l'organisme. Ce n'est pas douloureux et il disparaîtra sans traitement en 3 à 8 semaines. Mais la contagion est toujours présente. Ainsi, non traitée, la syphilis poursuit son évolution, et, de six semaines à six mois plus tard, des rougeurs apparaîtront sur tout le corps et finiront par disparaître même sans traitement. Surviendront alors de sérieuses complications qui peuvent affecter la peau, les os, les organes vitaux, le système nerveux et le système cardiovasculaire, et ce, jusqu'à 30 ans plus tard. Heureusement que le traitement à la pénicilline ou à d'autres antibiotiques demeure toujours un traitement efficace contre cette ITSS. La gonorrhée et la chlamydia, pour leur part, se transmettent de la même façon et présentent les mêmes symptômes. Ces deux ITSS se transmettent généralement lors d'une pénétration anale ou vaginale ou par sexe oral. La chlamydia est asymptomatique dans 40 à 70 % des cas, alors que pour la gonorrhée, elle l'est à 10 %. Lorsque les symptômes se manifestent, ils sont très douloureux, inconfortables et incommodants. On les traite par la prise d'antibiotiques. Enfin, la shigellose est une maladie infectieuse causée par un groupe de bactéries appelé *Shigella*. Ces bactéries vivent dans les intestins des personnes infectées et sont rejetées dans les selles. Un excès de cas de shigellose est observé actuellement à Montréal (et dans d'autres régions du Québec) parmi les hommes gais et bisexuels. Cette maladie cause principalement de la diarrhée. La shigellose se transmet très facilement lors des activités sexuelles comportant un contact avec la région anale (bouche, mains, pénis et jouets sexuels)²⁷⁰.

Les intervenants du milieu communautaire ou de la santé rencontrés lors des audiences publiques ont insisté sur le fait que les comportements sexuels non sécuritaires pratiqués par certaines personnes étaient la plupart du temps directement reliés à la non-acceptation de leur orientation sexuelle. Ils nous ont rappelé l'importance d'aborder dans les messages publicitaires, le VIH/sida et les autres ITSS en explorant l'idée de la santé globale, tout en

²⁷⁰ <http://www.sero-zero.qc.ca/info/santesexe/its/shigellose.html>.

mettant l'accent sur des sujets comme les ITSS asymptomatiques et l'importance de la protection lors de rapports sexuels. Les campagnes devraient aussi, selon eux, éviter de donner une image négative, mélangeant mort et sexualité par exemple. Car cette perception négative de la maladie entraîne les clientèles LGBT à faire fi de ces messages de prévention/promotion. On nous a également mis en garde contre la publicité sur les effets dégénératifs de certaines ITSS. Selon les intervenants, ce type de messages peut avoir des effets pervers et entraîner une invalidation des messages alors considérés comme une tentative de normalisation des homosexuels par l'État²⁷¹.

Les intervenants nous ont également indiqué que ces diverses campagnes pour contrer les ITSS devraient être ciblées pour tous les groupes d'âge. En effet, les préoccupations des jeunes LGBT ne sont pas les mêmes que celles des adultes qui ont commencé leur vie sexuelle avant l'apparition et le développement du VIH/sida et n'ont par conséquent, pas les mêmes rapports à cette maladie. Enfin, les personnes qui ont témoigné lors des audiences publiques nous ont signalé à quel point les intervenants du système de santé et des services sociaux semblent ne pas tenir compte du fait que les personnes atteintes du VIH/sida ou de toute autre ITSS ont les mêmes droits que toute personne cheminant dans le système de santé et qu'ils ont à leur égard les mêmes obligations.

²⁷¹ Arnaud Lerch, *Réécrire le script? Conjugalité et sexualité dans les couples gais non exclusifs*, dans Virginie Descoutures, Marie Digoix, Éric Fassin et Wilfried Rault, Paris, Éditions Autrement, Collection Mutations / Sexe en tous genres, n° 244, p. 177; Busscher Pierre-Olivier, Rommel Mendès-Leite et Bruno Proth, « Lieux de rencontre et backrooms », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 128, 1999, p. 24-28.

3.5 L'homoparentalité

En 2002, le gouvernement québécois en adoptant la loi sur l'union civile²⁷², a formellement inscrit l'*homoparenté** dans le *Code civil*, reconnaissant ainsi juridiquement l'homoparentalité* de fait des parents de certains enfants québécois par le biais de l'élargissement des règles de la procréation assistée et de l'adoption. Dorénavant, au Québec, la procréation assistée est le fait pour une personne ou un couple d'élaborer un projet parental d'avoir un enfant et de recourir pour ce faire aux forces génétiques d'un ou d'une tiers pour concrétiser ce projet. Le couple peut être hétérosexuel ou homosexuel, les conjoints peuvent être mariés, unis civilement ou conjoints de fait. Le projet parental peut se dérouler dans un contexte médicalement assisté pour contrer la stérilité d'un ou des deux conjoints, dans un contexte médicalement assisté²⁷³ ou simplement dans un contexte privé. Enfin, l'apport des forces génétiques de la tierce personne peut se concrétiser par un don de gamètes, de sperme ou d'ovule, par un don d'embryon, par une relation sexuelle ou par une gestation pour autrui.

Il est maintenant spécifié dans le *Code civil* qu'en matière de procréation assistée, des conjointes lesbiennes pourront recourir à l'insémination artificielle avec donneur anonyme ou à l'insémination par relation sexuelle, qu'elles soient mariées, unies civilement ou conjointes de fait.

²⁷² *Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation*, (L. Q. 2002, c. 6).

²⁷³ Michel T. Giroux, « Accès à l'insémination artificielle pour les femmes seules et les couples de lesbiennes. Les effets de la législation récente », dans *Le Médecin du Québec*, volume 37, numéro 11, novembre 2002, p. 95-101.

La filiation par procréation assistée Articles 538 à 542

Définition

C'est le fait pour une personne seule ou un couple de bâtir un projet parental d'avoir un enfant, et de recourir aux forces génétiques d'un ou d'une tiers pour concrétiser ce projet.

Donc, il y a

- une personne seule ou un couple
- un projet parental d'avoir un enfant
- une tierce personne qui contribue au projet par l'apport de ses forces génétiques.

Hypothèses

Le couple peut être

- hétérosexuel ou homosexuel
- marié, uni civilement ou uni de fait

Le projet parental peut se dérouler

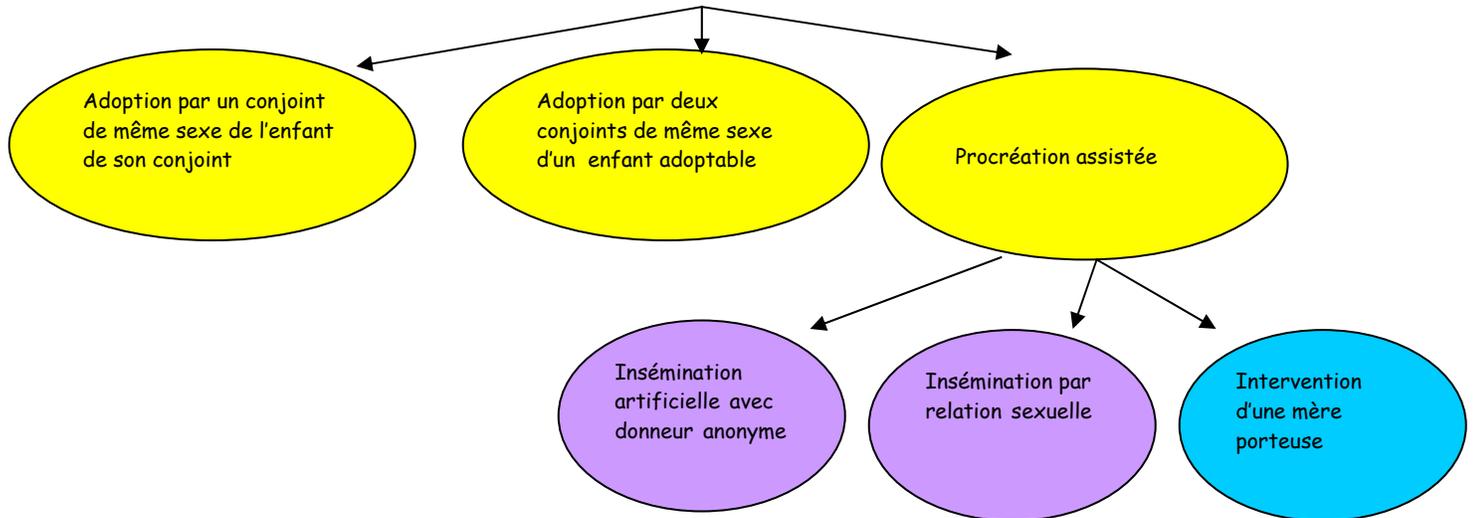
- dans un contexte de procréation médicalement assisté et de stérilité
- dans un contexte de procréation assistée
- dans un contexte privé

L'apport des forces génétiques de la tierce personne peut prendre les formes suivantes

- don de gamètes (sperme ou ovule)
- don d'embryon
- relation sexuelle
- gestation pour autrui

Quant à l'adoption, les règles de filiation sont les mêmes que les futurs parents soient un couple d'hommes ou un couple de femmes. La loi sur l'union civile a clarifié bien des situations et a confirmé que les gais et les lesbiennes, seuls ou en couple, peuvent dorénavant bénéficier des services publics québécois de l'adoption. Elle prévoit aussi que le père ou la mère d'un enfant peut donner un consentement à l'adoption en faveur de son conjoint ou de sa conjointe de même sexe, qu'ils soient mariés, unis civilement ou en union de fait. Ainsi est née la notion d'homoparenté en droit québécois.

L'homoparenté en droit québécois



Mais toutes ces nouvelles règles de filiation, si modernes et si ouvertes soient-elles, maintiennent tout de même le principe de la dualité de la parenté en droit québécois : UN ENFANT=DEUX PARENTS²⁷⁴. De telle sorte que, depuis l'adoption des amendements au *Code civil*, seuls les enfants qui n'auraient eu qu'un parent inscrit sur leur acte de naissance, communément désignés comme enfants de père inconnu, ou adoptés officiellement par une personne célibataire, se trouvent désormais munis légalement de deux mères ou deux pères.

²⁷⁴ On a vu récemment en Ontario, une cour de justice passer outre à cette règle de la dualité en matière de filiation en permettant à la conjointe de la mère biologique d'être reconnue comme parent de son enfant malgré l'inscription du père biologique dans l'acte de naissance de cet enfant.
A.A. v. B.B. and C.C., 2007 ONCA 2.

Mais que se passera-t-il lorsque tous ces enfants de parenté homosexuelle ou lesbienne, arriveront à l'adolescence et voudront à tout prix connaître la vérité et les circonstances de leur naissance? Pourquoi le législateur n'a-t-il pas su profiter des circonstances de l'adoption de la loi sur l'union civile pour intégrer dans le *Code civil* le principe du droit fondamental de l'enfant à connaître toutes les circonstances de sa naissance, non seulement à l'égard des enfants de filiation homoparentale²⁷⁵, mais aussi des enfants nés par procréation assistée dont le ou les parents sont hétérosexuels, ou des enfants adoptés par une personne ou un couple hétérosexuel ou homosexuel? Auraient dû surgir dès lors les notions de *pluriparenté** et de *pluriparentalité**.

- La pluriparenté se définirait donc comme un lien juridique qui unit un enfant à plus de deux parents.
- La pluriparentalité est le fait de la présence de plusieurs adultes auprès d'un même enfant.

On comprend ainsi que,

1. la pluriparenté crée une filiation plurielle qui permet à un enfant de connaître la vérité sur sa naissance,

²⁷⁵ « Nous pensons qu'une levée de l'anonymat devrait aussi être possible lorsque l'enfant souhaite connaître ses origines. Il s'agit de permettre aux enfants nés de dons de gamètes (sperme, ovocytes) et qui en éprouvent le besoin, de pouvoir accéder aux informations personnelles concernant le donneur ou la donneuse. Cette demande sera possible dès que l'enfant a atteint l'âge de 16 ans et avec l'accord de ses responsables légaux s'il est mineur. Il faudra recueillir l'accord préalable du donneur ou de la donneuse si la demande porte sur la transmission de données identifiantes à l'enfant. Dans ce contexte, la connaissance de l'identité des donneurs/donneuses ne doit pas entraîner de modification dans la filiation légale d'enfants. »

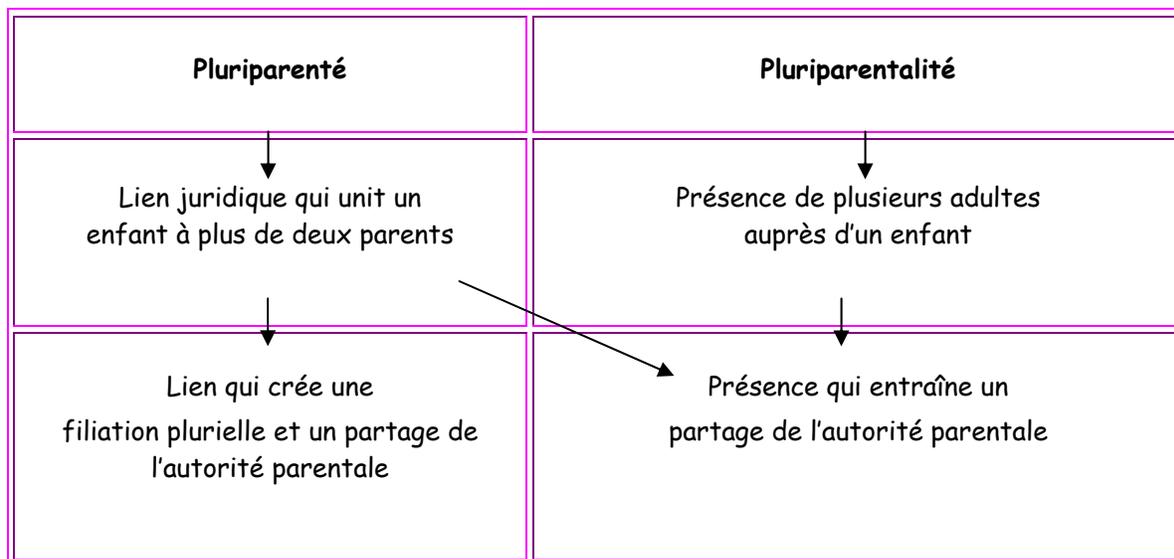
Association des parents et futurs parents gais et lesbiens (APGL), Positions de principe sur les lois de bioéthique, France, octobre 2007.

<http://www.apgl.asso.fr/> www.apgl.asso.fr/.

Geneviève Delaisi de Parseval, *Famille à tout prix*, Seuil, Paris, 2008, p. 281-285.

2. la pluriparentalité décrit plutôt la réalité du partage de la responsabilité des soins à apporter à un enfant et de la responsabilité de son éducation.

Pluriparenté et pluriparentalité



Ce sont les mères lesbiennes rencontrées lors des audiences qui ont soulevé elles-mêmes les questions de la pluriparenté et de la pluriparentalité. Que dire aux enfants qui questionneront au sujet de leur géniteur? Pourra-t-on un jour au Québec, comme en Ontario, reconnaître trois parents à un enfant²⁷⁶? Et alors, devra-t-on partager l'autorité parentale entre ces trois personnes? Ou au contraire, pourra-t-on moduler cette autorité parentale selon les circonstances de la naissance de chaque enfant? La *lesboparenté** ne devrait en aucun cas occulter la réalité biologique d'une naissance. Ainsi, tout adulte qui participe, directement ou indirectement, à un projet parental devrait avoir sa place dans les liens de filiation de l'enfant issu de ce projet. De telle sorte que l'enfant aurait accès à tous ses ascendants et à tous ses parents

²⁷⁶ *A.A. v. B.B. and C.C.*, 2007 ONCA 2.

sociaux. Il faut donc inciter le législateur à poursuivre les réformes des règles de filiation prévues au *Code civil*, afin de définir pour l'avenir diverses catégories de parenté, selon qu'elle soit biologique ou sociale.

Mais dès maintenant, comment se portent ces enfants qui vivent dans des familles homoparentales? Des recherches empiriques ont été menées depuis maintenant 30 ans et les résultats sont assez concluants. Il est d'ores et déjà prouvé qu'il n'existe aucune différence entre les enfants élevés dans un milieu homosexuel et ceux élevés dans un milieu hétérosexuel. Dans les familles homoparentales, des recherches démontrent que les filles développent moins de stéréotypes dans leur rôle féminin à l'adolescence et qu'elles auront plus tendance à expérimenter la bisexualité²⁷⁷.

Les pères et mères homosexuels, lesbiennes ou bisexuels-les que nous avons rencontrés lors des audiences publiques nous ont dit combien ils étaient isolés, combien ils manquaient de services, surtout ceux et celles qui, devenus parents dans une relation hétérosexuelle, viennent de se séparer et se questionnent encore quant à leur orientation sexuelle. Même si la loi reconnaît l'homoparentalité, les mères lesbiennes et les pères homosexuels sont constamment confrontés à l'ignorance de cette réalité dans les milieux de santé et de services sociaux. Les enfants issus de ces milieux se font souvent dire que c'est impossible d'avoir deux mères, qu'il y a forcément un père quelque part. Ces enfants sont également victimes de harcèlement. Chez ces derniers, tout comme chez les jeunes LGBT, certains, pour mieux s'intégrer à l'école et éviter ce harcèlement, vont jusqu'à adopter eux-mêmes des attitudes homophobes.

Enfin, les parents de même sexe déplorent qu'il n'y ait aucune représentation de familles homoparentales dans les publications gouvernementales et que les

²⁷⁷ Monique Dubé, et Danielle Julien, « Le développement des enfants de parents homosexuels : État des recherches et prospective », Marie Simard et Jacques Alary (dirs), *Comprendre la famille* V (p. 163-180), Les Presses de l'Université du Québec, Québec, 2000.

formulaire soient en général très hétérocentrés* dans les hôpitaux et les CLSC. On nous a rapporté également que les lesbiennes qui désirent procréer par insémination artificielle avec donneur anonyme, éprouvent encore quelques difficultés car plusieurs cliniques considèrent toujours la question de la procréation assistée sous l'angle de l'infertilité, ce qui, depuis les amendements au *Code civil* en 2002, est tout à fait contraire à l'esprit de la loi, tant du code²⁷⁸ que des règles pour contrer la discrimination de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec²⁷⁹. Cette affirmation a d'ailleurs été très bien documentée dans la revue médicale *Le Médecin du Québec*, dès novembre 2002²⁸⁰.

3.6 Les LGBT travailleurs et travailleuses du sexe

Les membres du comité consultatif ont voulu documenter la situation des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres, travailleurs et travailleuses du sexe, à la fois pour mieux la cerner et pour mieux la servir à l'avenir, dans le système de santé et de services sociaux. Et comme la mission du réseau sociosanitaire s'articule autour de l'ouverture, de la compassion et de l'empathie à l'égard de toutes les clientèles cheminant dans le réseau, les membres du comité ont choisi d'entrée de jeu, d'identifier cette clientèle particulière de façon très générale comme des travailleurs et travailleuses du sexe²⁸¹, et non comme des prostitués et prostituées. De cette façon, les

²⁷⁸ Code civil, Chapitre I.1 *De la filiation des enfants nés d'une procréation assistée*, Articles 538 à 542.

²⁷⁹ L.R.Q., c. C-12, article 10.

²⁸⁰ Michel T. Giroux, *supra*, p. 100-101.

²⁸¹ L'expression *travailleurs et travailleuses du sexe* désigne de façon générale :
« [...] les nombreux emplois que compte l'industrie du sexe. Les travailleurs du sexe peuvent aussi bien être danseurs érotiques, strip-teaseuses, modèles pornos, les femmes nues qui parlent à leur client par des systèmes téléphoniques et peuvent être vues mais pas touchées, les opératrices de téléphones roses et les autres employés comme les réceptionnistes, les vendeurs et les videurs. Bien sûr, il peut aussi s'agir des prostitués hommes et femmes, et des acteurs pornos. »

membres du comité considèrent qu'ils n'ont pas à se positionner dans un débat qui déchire les milieux intellectuels, communautaires et féministes du Canada ces dernières années, tenant pour acquis par contre, que cette façon de désigner cette clientèle ne peut s'appliquer aux garçons et filles mineurs qui pratiquent ce *métier*.

Nous avons reçu en audience des intervenants et intervenantes travaillant auprès de ces clientèles dans les régions de Montréal et de Québec. Selon leur expérience sur le terrain, ils évaluent qu'environ le tiers des travailleurs et travailleuses du sexe sont des lesbiennes, des gais, des bisexuels ou des transgenres. Cette donnée revêt une certaine importance puisqu'il semble que ces travailleurs et travailleuses n'aient pas tendance à se protéger lorsqu'ils sont au travail puisqu'il ne s'agit pas de relations amoureuses en lien avec leur orientation sexuelle, surtout pour les prostituées lesbiennes, qui sont alors convaincues qu'elles ne peuvent pas infecter leur conjointe ou amante, de retour à la maison.

Mais qui sont ces travailleurs et travailleuses? Dans une étude réalisée à la fin des années 1980 auprès de 175 personnes pratiquant la prostitution de rue à Montréal, tout près de 80 % étaient des femmes engagées dans la prostitution avec des hommes.²⁸² Le *Projet intervention prostitution de Québec* (PIPQ) considère quant à lui que les hommes et les femmes sont représentés également dans la profession.²⁸³ Par contre, les garçons représenteraient 35 % et les filles 65 % dans la prostitution juvénile²⁸⁴. De toute manière, on reconnaît généralement que ces travailleurs sont très

Gayle S. Rubin, « Penser le sexe. Pour une théorie de la politique de la sexualité », Gayle S. Rubin et Judith Butler, *Marché au sexe*, EPEL, 2001, p. 133-134.

²⁸² Robert Gemme, Nicole Payment et Lucie Malenfant, *La prostitution de rue : effets de la loi*. Montréal, Ottawa, ministère de la Justice du Canada, 1989, p. 167.

²⁸³ Conseil du statut de la femme, *La prostitution : Profession ou exploitation? Une réflexion à poursuivre*, Gouvernement du Québec, mai 2002, p. 68.

²⁸⁴ Michel Dorais et Denis Ménard, *Les enfants de la prostitution*, Montréal, VLB éditeur, 1987, p. 35.

jeunes, ils ont en moyenne 23 ou 24 ans, l'âge d'entrée dans le métier se situerait au Canada à 15 ou 16 ans. Quant à l'âge de sortie, il diffère pour les hommes et pour les femmes; les premiers se retireront au début de la vingtaine à cause des exigences de la clientèle et les femmes plus vieilles seront parfois forcées de se déplacer vers des quartiers plus pauvres et parfois plus dangereux²⁸⁵. Alors que les garçons trop vieux seront poussés vers la sortie du métier par l'absence de clients, les femmes, généralement, ne le quitteront que lorsqu'elles auront subi un grand choc, comme la mort d'une amie à la suite d'une maladie résultant du métier, l'annonce qu'elle est elle-même atteinte d'une maladie mortelle ou le placement de ses enfants.

Il n'est sans doute pas nécessaire de rappeler les conditions dans lesquelles les travailleurs et travailleuses du sexe exercent leur métier, surtout dans la rue. Et comme ils sont généralement adeptes des drogues de tout acabit, ils côtoient quotidiennement toutes les formes de ITSS, que ce soit le VIH/sida, les différentes formes d'hépatites et les autres formes d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang. Sans doute grâce aux organismes de défense des droits des travailleurs du sexe, ces derniers commencent tout doucement à prendre conscience des risques qu'ils courent à avoir des rapports sexuels non protégés. Aussi, l'usage du condom est de plus en plus répandu dans ce milieu²⁸⁶. Mais à cause de l'utilisation de drogues par injection, on retrouve malgré tout dans cette clientèle des personnes infectées, *coïnfectées**, *surinfectées** ou même *réinfectées**. Dans la coinfection, la personne est infectée avec au moins deux virus en même temps. Normalement, une coinfection décrit l'infection VIH-VHC, mais on se sert du même terme pour décrire l'infection avec une combinaison du VHC-VHB (hépatite B) ou du VIH-VHB ou, pire encore, VIH-VHB-VHC. Dans la surinfection au VIH ou au VHC, il s'agit plutôt d'une personne infectée à plus d'une reprise (deux, trois ou même plusieurs fois) avec une souche différente du VIH ou avec un génotype différent du VHC, ce qui peut nuire

²⁸⁵ Comité spécial d'étude de la pornographie et de la prostitution, *La pornographie et la prostitution au Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 1985, p. 402.

²⁸⁶ Conseil du statut de la femme, *supra*, p. 74.

sérieusement à la santé et aux options de traitements. Enfin, lorsqu'il s'agit plutôt d'une réinfection au VHC, il faut penser à une personne d'abord infectée par le VHC et qui, après avoir réussi à en guérir, attrape à nouveau une hépatite C, d'un génotype différent par exemple²⁸⁷.

Dans le cadre du réaménagement majeur de l'organisation des services insufflé par la nouvelle loi adoptée en 2002²⁸⁸ et a pour but, entre autres, de faciliter le cheminement de la personne et d'adapter les services de santé et services sociaux à ses besoins, les professionnels du milieu de la santé et des services sociaux se doivent d'être accueillants, ouverts et sans préjugés envers ces personnes travailleuses du sexe. Les intervenants rencontrés lors des audiences nous ont longuement entretenus sur l'absence de recherches statistiques ou qualitatives sur les différents milieux de travail des travailleurs et travailleuses du sexe et sur les dangers auxquels ils doivent faire face. Les intervenants et intervenantes nous ont également fait part des tracasseries administratives et financières auxquelles ils et elles doivent faire face pour maintenir à bout de bras les services communautaires voués au support et à la protection des droits humains de ces personnes, et des difficultés financières résultant des diminutions de subventions fédérales causées parfois par une vision morale du travail du sexe. Voilà bien une attitude qui pourrait se justifier sans problème dans un monde idéal, où tous les hommes seraient égaux, toutes les femmes égales aux hommes à tous égards, où personne ne subirait plus jamais de violence; violence en milieu conjugal, agression sexuelle, harcèlement sexuel, violence économique, etc.

Parfois, ces travailleurs sont des parents, surtout des mères. Elles craignent alors de se dire lesbiennes ou bisexuelles, travailleuses du sexe et séropositives, de peur évidemment de perdre leurs enfants. Voilà pourquoi

²⁸⁷ Michael Hendricks, *Des ailes pour notre avenir. Guide d'intervention auprès des femmes détenues dans les prisons québécoises et atteintes du VIH et/ou du VHC*, Stella, l'amie de Maimie, mars 2008, document inédit.

²⁸⁸ *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, supra.*

les travailleurs communautaires nous demandent instamment de créer et d'offrir à ces femmes des environnements réceptifs, ouverts, tolérants, exempts de préjugés. Bien sûr, les représentants de la société qui côtoient ces femmes doivent être attentifs à l'intérêt des enfants. Mais faut-il à tout prix séparer les enfants de leur mère pour y arriver? Il n'y a sans doute pas de solution unique, mais il y a place pour l'ouverture et la tolérance.

3.7 Les *trans* dans leur vie quotidienne

Il faut bien admettre que les enjeux des personnes transsexuelles, transgenres ou intersexuées, quant aux services de santé et de services sociaux, ne sont pas toujours les mêmes que ceux des gais, des lesbiennes et des personnes bisexuelles. Aussi, la communauté des *trans* ne forment pas un bloc monolithique dans lequel des hommes, pas bien dans leur peau, voudraient se transformer et vivre en femmes, comme on l'a trop souvent laissé entrevoir²⁸⁹, dans la recherche et l'imagerie populaire, même si cette catégorie de *trans*, les *MtF*^x, représente la grande majorité des personnes transsexuées²⁹⁰.

Le terme de *psychopathia transsexualis* a été mentionné pour la première fois en 1949 aux États-Unis par un chercheur²⁹¹ qui l'utilisait pour identifier « les individus qui appartiennent physiquement à un sexe et, apparemment, psychologiquement à l'autre, et qui désirent modifier chirurgicalement leurs caractéristiques physiques pour ressembler à celles de l'autre sexe ²⁹²». Mais c'est à Harry Benjamin²⁹³, psychologue d'origine allemande, que l'on doit

²⁸⁹ Marie-Hélène Bourcier, *Queer zones. Politiques des identités sexuelles, des représentations et des savoirs*, supra, p. 154-155.

²⁹⁰ Incidence: 1/30 000 mâles; 1/100 000 femelles.
<http://www.aapel.org/bdp/BLgender.html>; Patricia Mercader, *L'illusion transsexuelle*, L'Harmattan, 1994, p. 9.

²⁹¹ D. Cauldwell, « Psychopathia transsexualis », *Sexology*, 1949, p. 16.

²⁹² Patricia Mercader, supra, p. 43.

²⁹³ Né en 1885, mort en 1986.

l'avancement des recherches sur cette question d'identité de genre. Convaincu que refuser un changement de sexe à un transsexuel est une atteinte à sa liberté, il prend rapidement l'habitude de remettre à ses patients des certificats médicaux justifiant leur travestissement au cas où ils seraient arrêtés. Pour lui, le transsexualisme est un *hermaphrodisme psychique*. Il spécifie également que : « [l]e travesti a un problème de société. Le transsexuel a un problème de genre. L'homosexuel a un problème de sexualité²⁹⁴ ». Selon lui, genre et sexe sont étroitement liés dans l'identification de la normalité. Il parle du *genre normal* pour définir la personne qui se sent bien dans son corps, a une sexualité hétérosexuelle, et veut avoir des enfants. Les transsexuels sont donc des personnes déviantes, dysfonctionnelles. Même si ses recherches sont maintenant contestées, elles auront permis de faire évoluer cette réalité. Encore aujourd'hui, il arrive que l'on nomme *syndrome de Benjamin* cette dysphorie de genre. D'ailleurs, on retrouve encore un peu partout des références médicales à l'*échelle de Benjamin*, espèce de tableau décrivant un continuum entre l'état normal d'hétérosexualité et d'acceptation de son genre et l'état dysphorique de l'individu qui est tout à fait malheureux dans son corps.

²⁹⁴ Harry Benjamin, *The Transsexual Phenomenon*, Julian Press, New York, 1966, cité dans Patricia Mercader, *supra*, p. 51.

L'échelle transgenre selon Harry Benjamin²⁹⁵

<u>Type 0</u> Normal		<u>Type I</u> Pseudo Travesti	<u>Type II</u> Travesti fétichiste	<u>Type III</u> Vrai Travesti	<u>Type IV</u> Transsexuel Entre III et V	<u>Type V</u> Transsexuel Intensité modérée	<u>Type VI</u> Transsexuel Haute intensité
Orientation sexuelle; hétéro ou homo N'éprouve jamais le besoin de s'habiller en femme Ne conçoit pas l'idée du changement de sexe	Genre psychique	Masculin	Masculin	Masculin moins convaincu	Indécis entre TV et TS	Féminin	Féminin se sent 100% femme
	Habitude vestimentaire	Vit en homme. S'habille de temps en temps en femme	Vit en homme. Éonisme périodique. Porte de la lingerie féminine sous habits masculins. Fétichisme	S'habille très souvent en femme. Peut vivre en femme. Revêt dessous féminins sous habits masculins si impossible de faire autrement	S'habille en femme aussi souvent que possible. Éprouve grande détente! Peut vivre en femme	Vit et travaille en femme si possible. Ne se sent bien qu'en femme	Vit et travaille en femme. Si impossible éprouve grand désarroi
	Choix de vie sexuelle	Hétéro, homo ou bisexuel. S'habiller mène à la masturbation	Hétéro, rarement bi. Masturbation avec fétiche, se sent coupable	Hétéro, sauf habillé en femme. S'habiller procure une satisfaction sexuelle. Peut avoir un complexe de culpabilité	Désir sexuel souvent faible, asexué ou autoérotique. Peut se marier et avoir des enfants	Désir sexuel souvent faible, asexué ou autoérotique ou homosexuel passif. Peut avoir été marié	Désire intensément relations sexuelles avec mâle. Se sent réellement femme. Peut avoir été marié
	Changement de sexe (opération)	Non	Rejeté. Rarement intéressé	Rejeté, mais y pense	Très attiré. Demandé	Opération demandée et indiquée	Opération indispensable
	Traitement hormonal	Pas intéressé. Pas indiqué. Pas demandé	Peut être indiqué pour réduire le désir sexuel	Attiré comme expérience	Pour confort moral et psychique. Très souvent refusé	Premier stade avant l'opération	Indispensable
	Psychothérapie	Pas indiqué	Peut être utilisé	Souvent sans succès	Peut être tenté mais sans succès	Refusé, peut être indiqué en cas de traitement psychique	
	Remarques	S'intéresse sporadiquement au travestisme	Peut imiter les 2 genres avec noms de femmes ou d'hommes	Peut avoir la double personnalité	Vie sociale suivant les circonstances	Opération souhaitable et souvent obtenue	Renie ses organes mâles. Danger d'automutilation ou de suicide si l'opération n'est pas obtenue

²⁹⁵ <http://forum.doctissimo.fr>.

Ce tableau est infidèle aux théories de Benjamin sur le transsexualisme puisque ce dernier considérait que seul un homosexuel pouvait avoir des problèmes de genre et que ces problèmes ne pouvaient être résolus que par le changement chirurgical de sexe. Et ce tableau comporte également son lot d'éléments négatifs, comme la culpabilité, la maladie mentale, le dysfonctionnement social ou l'absolue nécessité de se transformer. Voilà qui permet de cerner l'ampleur de la transphobie entourant toutes ces personnes qui éprouvent le besoin de vivre ce qu'elles nomment *un défi de genre*.

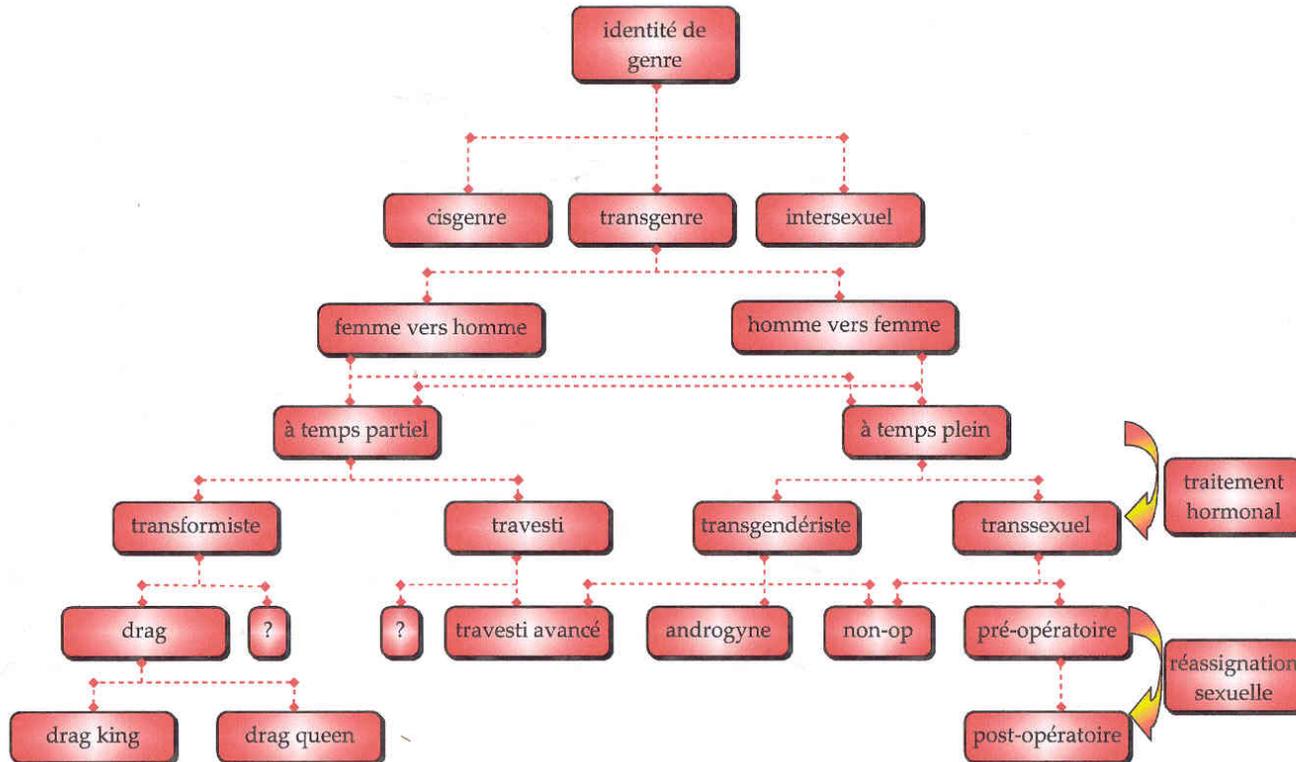
Cette échelle de Benjamin était la première tentative scientifique de classement des identités de genre. Elle est aujourd'hui totalement désuète car il a été démontré que la transsexualité, l'homosexualité et le travestisme sont trois phénomènes tout à fait distincts, tant au point de vue des causes psychologiques et biologiques que des répercussions sur l'individu. Ainsi, les théories scientifiques modernes prônent une approche plus fluide du concept de l'identité de genre, délaissant les classifications rigides et réductrices au profit d'une évaluation globale du phénomène des *transidentités**²⁹⁶.

Deux chercheuses, en collaboration avec le Centre d'aide, de recherche et d'information sur la transsexualité et l'identité de genre (CARIG), ont développé une arborescence de l'identité de genre qui tente de respecter cette fluidité²⁹⁷. Elles sont parties de l'identité sexuelle qu'elles ont divisée en deux, le sexe d'une part et le genre d'autre part.

²⁹⁶ Échange de courriel avec Élise Bourbeau, responsable des communications, Coalition des transsexuelles et transsexuels du Québec (CTTQ), mars 2008.

²⁹⁷ Clothilde Perriard et Mélanie Tonke, *Identité de genre*.
<http://www.caritig.org/recherches/publications>.

L'arbre de l'identité de genre



Elles ont divisé le concept *sexe* en trois éléments, psychologique, anatomique et chromosomique. Les deux derniers sont reliés à l'intersexualité. Elles divisent également le concept de genre en trois parties, l'orientation sexuelle, l'expression du genre et l'identité de genre qui s'avère être le point de départ réel de leur recherche. Chaque personne est soit cisgenre*, transgenre ou intersexuelle. La personne transgenre est une personne dont le sexe biologique et le genre ne sont pas en accord. La personne intersexuée est celle qui est née avec des organes génitaux masculins et féminins, ou avec des organes génitaux ambigus. Une personne transgenre peut être soit transgenre femme vers homme (*FtM**) soit transgenre homme vers femme (*MtF**), à plein temps ou à temps partiel. On trouve parmi les transgenres à temps partiel les transformistes, *drag queens* ou *drag kings*, et les travestis. Les travestis peuvent être des travestis avancés, et alors, il devient difficile de dire s'ils sont transgenres à temps partiel ou à temps plein. Les transgendéristes sont donc androgynes, transsexuels non opérés (non ops), ou travestis avancés. Mais les transgendéristes non opérés peuvent également souhaiter être considérés comme transsexuels. Puis, il y a les transsexuels, préopérés (préops) ou postopérés (postops).

Certes, ce travail d'élaboration d'un schéma de concepts est sans doute incomplet, et pourrait être contredit par des recherches scientifiques en psychologie, psychiatrie ou psychanalyse. Mais il a le mérite de faire connaître les diverses réalités des *trans* avec toute la fluidité que requièrent les études comportementales, de démystifier leur vie et surtout de faire avancer la réflexion sur le passage de la pseudo déviance sexuelle qu'on leur attribue encore parfois vers le *défi de genre** comme le définissent plutôt ces personnes qui ont choisi de s'accorder ouvertement et officiellement à leur moi intérieur profond.

Lors des audiences, nous avons rencontré des intervenants du milieu de la santé et des militants et militantes représentant les milieux *trans*. Tous nous ont rapporté le manque flagrant de ressources humaines et matérielles pour accompagner les personnes aux prises avec ce *trouble de l'identité sexuelle* ou ce *défi de genre*. Par exemple, dans la grande région de Québec, il n'y a qu'un seul psychiatre qui reçoive ces personnes²⁹⁸, de même qu'un seul endocrinologue. De telle sorte que ces deux médecins ne traitent que les transsexuels dits *primaires*, c'est-à-dire ceux et celles qui ont la conviction très profonde de posséder un sexe anatomique différent de leur sexe psychologique depuis leur plus tendre enfance. Les transsexuels *secondaires* sont laissés pour compte dans le système de santé québécois²⁹⁹, alors qu'ils ont peut-être eu cette même conviction dans leur enfance mais l'ont refoulée à l'adolescence ou pendant quelques temps à l'âge adulte³⁰⁰.

Les suivis psychiatriques durent en moyenne de trois à cinq ans avant d'avoir accès aux diverses opérations de transformation. Et lorsque les psychiatres et les endocrinologues considèrent que leurs patients sont prêts pour les transformations finales, ces derniers doivent se rendre à Montréal puisqu'il n'y a aucun chirurgien dans la région qui soit en mesure de les opérer. À Montréal, c'est dans une clinique privée au coût d'environ 15 000 à 20 000 \$ pour une opération MtF et 60 000 \$ pour une opération FtM, que deux médecins opèrent³⁰¹.

²⁹⁸ Et au moment de la rédaction de ce plan d'action, on nous rapporte que ce médecin est parti à la retraite et n'a pas été remplacé.

²⁹⁹ Rencontre avec un psychiatre lors des audiences publiques. Également, témoignage d'un homme dans la cinquantaine.

³⁰⁰ <http://www.dianeetlesexedesanges.ch/3colset008/transsexualite-2.htm>.

³⁰¹ « Le Dr Ménard et son collègue le Dr Brassard, effectuent en moyenne chaque année 200 à 250 interventions de changement de sexe d'homme à femme (H-F) et une vingtaine seulement de femme à homme (F-H). Leur clientèle est à 2 % québécoise, 20 % canadienne (hors Québec), 70 % américaine et 8 % européenne. »

Sylvie Poulin, *L'ignorance nourrit le préjugé*, mars 2003.

http://www.amlfc.org/articles/2003_03_01.html.

La situation est si problématique et si contraignante que la plupart des transsexuels et des transgenres s'approvisionnent en hormones sur le marché noir³⁰², et ceux et celles qui veulent une transformation complète quittent le Québec et vont se faire opérer en Thaïlande, en Inde ou au Brésil. À leur retour, certains médecins refusent d'offrir le suivi, pourtant si important, puisqu'ils et elles devront, entre autres, prendre des hormones toute leur vie. Les *trans* qui ont participé aux audiences publiques nous ont également fait part des difficultés rencontrées par les plus jeunes d'entre eux. En effet, les médecins refusent généralement de suivre un ou une *trans* avant la majorité, ce qui occasionne des situations de détresse psychologique pour certains adolescents qui éprouvent des troubles d'identité de genre. Et les *trans* rencontrés nous ont également entretenus du manque flagrant d'aide psychologique pour les membres de leurs familles. Comment gère-t-on la crise familiale lorsqu'un *trans* décide d'entreprendre le long cheminement de sa transformation MtF ou FtM ?

Quant aux personnes intersexuées, nos données sont assez rudimentaires puisqu'une seule personne nous a parlé de cette réalité durant les audiences³⁰³. Rappelons que l'intersexualité ou l'hermaphrodisme, est cette « ambiguïté sexuelle morphologique dans laquelle on note la coexistence de tissu testiculaire et de tissu ovarien chez un même sujet »³⁰⁴. Dans le monde des regroupements de défense des droits des personnes intersexuées, on déplore surtout la façon dont les médecins s'empressent d'inciter les parents à les laisser normaliser ces enfants dès la naissance³⁰⁵. On rapporte que les cas d'intersexualité sont relativement fréquents, allant de 2 pour 1 000 dans

³⁰² Témoignage de *trans* rencontrés lors des audiences publiques.

³⁰³ Il s'agit d'une étudiante en anthropologie de l'Université Laval dont l'intersexualité constitue le domaine de recherche à la maîtrise.

³⁰⁴ <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/554.html>

³⁰⁵ Ann Fausto-Sterling, *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality* New York, Basic Books, 2000.
<http://www.vrais-visages.net/spit.php?article70>.

certaines populations à 1 pour 5 000 dans d'autres³⁰⁶. Cette intersexualité se manifeste très souvent par une hypertrophie clitoridienne et des caractères sexuels secondaires qui donnent majoritairement des femmes androïdes³⁰⁷. C'est pourquoi les médecins s'empressent de proposer aux parents, dès la naissance de l'enfant, une génitoplastie*. Ils procèdent ainsi à l'ablation du clitoris ou à sa réduction par diverses techniques, avec une prise d'hormones au moins jusqu'à la puberté. Ne serait-il pas plus équitable et plus approprié de laisser ces petites filles grandir comme elles sont nées et prendre leur propre décision le moment venu? Certes, ces situations sont rares mais il n'en demeure pas moins que les services de santé et de services sociaux doivent être informés de ces réalités afin d'aider adéquatement les familles lorsqu'elles vivent cette expérience.

Les personnes transsexuelles sont souvent stigmatisées et ont de la difficulté à trouver un médecin de famille qui acceptera de répondre à leurs besoins généraux et spécifiques. La situation peut devenir très anxiogène pour ces personnes. Malheureusement, elles ont peu accès au réseau sociosanitaire, notamment à cause de la méconnaissance du personnel des questions de transsexualité, transgenre ou intersexualité. Le coût élevé des soins spécifiques comme l'hormonothérapie, la chirurgie de transformation et la thérapie d'accompagnement, rend la situation encore plus difficile. On peut déplorer aussi l'absence d'information qui leur est destinée et la méfiance des personnes transsexuelles à l'égard du personnel hospitalier. Compte tenu de la rareté des services, les *trans* se tournent souvent vers le secteur privé, le marché noir ou le tourisme médical. Il s'avère donc urgent que les services de santé et de services sociaux puissent les prendre en charge.

³⁰⁶ <http://www.webglaz.ch/intersexualité/pseudo-hermaphrodisme.html>.

³⁰⁷ <http://www.sexologie-magazine.com/corps/identiteSexuelle.html>.

Bibliographie

Action Séro-Zéro, *Mon livre de lit. Pour une sexualité plaisir en santé.*
<http://www.sero-zero.qc.ca>.

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, *Rapport annuel de gestion, 2006-2007.*

Aldrich, Robert (dir.), *Une histoire de l'homosexualité*, Paris, Seuil, 2006.

Association des parents et futurs parents gais et lesbiens (APGL), *Positions de principe sur les lois de bioéthique*, France, octobre 2007.
<http://www.apgl.asso.fr/>.

Audet, Monik, *De l'égalité juridique à l'égalité sociale. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie. Rapport de consultation du Groupe de travail mixte contre l'homophobie*, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Gouvernement du Québec, 2007.

Beaudin, Anouk, « Identités et orientations sexuelles », *Vies-à-vies*, Bulletin d'orientation et de consultation psychologique, Université de Montréal, vol. 13, n° 13, janvier 2001.
<http://www.scp.umontreal.ca/visavies/v12n1.pdf> .

Benjamin, Harry, *The Transsexual Phenomenon*, Julian Press, New York, 1966.

Boehringer, Sandra, *L'homosexualité féminine dans l'antiquité grecque et romaine*, Belles Lettres, collection Études anciennes, 2007.

Bonnet, Marie-Jo, *Les relations amoureuses entre les femmes*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1995.

Borrillo, Daniel, *L'homophobie*, PUF, collection « Que sais-je? », Paris, 2000.

Borrillo, Daniel et Colas, Dominique, *L'homosexualité de Platon à Foucault*, Plon, Paris, 2005.

Boswell, John, *Les unions du même sexe dans l'Europe antique et médiévale*, Fayard, 1996.

Bourcier, Marie-Hélène, *Queer zones. Politiques des identités sexuelles, des représentations et des savoirs*, Éditions Balland, Paris, 2001.

Marie-Hélène Bourcier, *Sexpolitiques. Queer Zones 2*, La fabrique, éditions, Paris, 2005.

Bourgeault-Côté, Guillaume « Les Canadiens restent confus quant au caractère inné de l'homosexualité », *Le Devoir*, p. A-4, 17 mai 2007.

Brotman, Shari, Ryan, Bill, et Rowe, Bill, *Des services de santé équitables pour les patients gais et les patientes lesbiennes dans le contexte de la médecine familiale*, ISBN 07717-0589-1, 16 mars 2001.

Brotman, Shari, Ryan, Bill et Meyer, Elizabeth, *Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada*, École de service social, Université McGill, mars 2006.

Busscher, Pierre-Olivier, Mendès-Leite, Rommel, et Proth, Bruno, « Lieux de rencontre et backrooms », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 128, 1999, p. 24-28.

Butler, Judith, « Imitation et insubordination du genre », Rubin, Gayle S. et Butler, Judith, *Marché au sexe*, Epel, Paris, 2001.

Califia, Pat, *L'avenir du genre et du transgenre*, Mouvement transgenre, Epel, 2003. http://nopasaran.samizdat.net/article.php3?id_article=1183.

Cantarella, Eva, *Selon la nature, l'usage et la loi. La bisexualité dans le monde antique*, éditions La découverte, 1991.

Cauldwell, D., « Psychopathia transsexualis », *Sexology*, 1949.
<http://pierrehenri.castel.free.fr/Articles/bibliotrans1.htm>.

Chamberland, Line, *L'homophobie dans l'environnement de travail. Un portrait de la situation au Québec*, Syndicat des travailleuses et travailleurs du CSSS Hochelaga Maisonneuve Olivier-Guimond et Rosemont-CSN.
<http://www.sttcssst.org/workerout/doc/Chamberland.pdf>.

Chamberland, Line, « Plus on vieillit, moins ça paraît. Femmes âgées, lesbiennes invisibles », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 22, n° 2, automne 2003.

Clermont, Michel, *Santé, bien-être et homosexualité : Éléments de problématique et pistes d'intervention*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, février 1996.

Clermont, Michel et Lacouture, Yves, « Orientation sexuelle et santé », Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Enquête sociale et de santé 1998*, Gouvernement du Québec, 2000. (Collection la santé et le bien-être).

Clermont, Michel et Sioui-Durand, Guy, *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles. Orientations ministérielles*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1997.

Comité spécial d'étude de la pornographie et de la prostitution, *La pornographie et la prostitution au Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 1985.

Commission des droits de la personne du Québec, *De l'illégalité à l'égalité. Rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gays et lesbiennes*, Gouvernement du Québec, mai 1994.

Crémazie, J., *Les lois criminelles anglaises... telles que suivies en Canada*, Québec, Imprimerie de Fréchette et Cie, 1842.

Conseil du statut de la femme, *La prostitution : Profession ou exploitation? Une réflexion à poursuivre*, Gouvernement du Québec, mai 2002.

Conseil permanent de la jeunesse, *Sortons l'homophobie du placard... et de nos écoles secondaires*, Recherche-avis, 17 mai 2007.

Corriveau, Patrice, *La répression des homosexuels au Québec et en France. Du bûcher à la mairie*, Septentrion, Sillery, 2006.

De Cecco, John P. et Shively, Michael G., « From Sexual Identity to Sexual Relationship : A Contextual Shift », *Journal of Homosexuality*, vol. 9, n° 2-3, New York, 1983-1984.
<http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?ID=14918>.

Delaisi de Parseval, Geneviève, *Famille à tout prix*, Seuil, Paris, 2008.

Delessert, Thierry, « Féminin - Masculin. Jeunes gays et lesbiennes : une homosexualité mieux acceptée? », *Solidarités*, n° 53 (19/10/2004).
<http://www.solidarites.ch/journal/print.php?id=1696>.

Demers, Robert, « De la *lex scantinia* aux récents amendements du Code criminel : homosexualité et droit dans une perspective historique », (1984) 25 *C.deD.* 777-800.

Deschamps, Catherine, *Le Miroir bisexuel*, Balland, 2002.

Descoutures, Virginie, Digoix, Marie, Fassin, Éric, et Rault, Wilfried, *Mariages et homosexualités dans le monde. L'arrangement des normes familiales*, Paris, Éditions Autrement, Collection Mutations/Sexe en tous genres, n° 244, 2008.

Dorais, Michel, « La recherche des causes de l'homosexualité : une science-fiction? », *La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie*, Welzer-Lang, Daniel, Dutey, Pierre et Dorais, Michel (dirs), VLB éditeur, 1994.

Dorais, Michel et Lajeunesse, Simon-Louis, *Mort ou fif. La face cachée du suicide chez les garçons*, Montréal, VLB éditeur, 2000.

Dorais, Michel et Ménard, Denis, *Les enfants de la prostitution*, Montréal, VLB éditeur, 1987.

Dubé, Monique, et Julien, Danielle, « Le développement des enfants de parents homosexuels : État des recherches et prospective », Simard, Marie et Alary, Jacques, (dirs), *Comprendre la famille V*, Les Presses de l'Université du Québec, Québec, 2000.

Église catholique, *Catéchisme de l'Église catholique*, Mame/Plon, Édition du Vatican, Paris, 1992.

Émond, Gilbert, *L'homophobie. Pas dans ma cour! Phase 1: Le diagnostic*, GRIS-Montréal, septembre 2007.

Encyclopédie de l'Agora.

<http://agora.qc.ca/mot.nsf/Dossiers/Homosexualite>.

Eribon, Didier (dir.), *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, Larousse, Paris, 2003.

Eribon, Didier, « Transgenres », *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*, Larousse, Paris, 2003.

Eugenides, Jeffrey, *Middlesex*, Éditions de l'Olivier, Paris, 2003.

Fassin, Éric, *L'inversion de la question homosexuelle*, Paris, Éditions Amsterdam, 2008.

Fausto-Sterling, Ann, *Sexing the body. Gender Politics and the Construction of Sexuality* New York, Basic Books, 2000.

Fondation Émergence et Gai Écoute, *Pour que vieillir soit gai*, Août 2007, <http://www.fondationemergence.org/default.aspx?scheme=13&idzone=3436&idPrint=3454>.

Gemme, Robert, Payment, Nicole et Malenfant, Lucie, *La prostitution de rue: effets de la loi*. Montréal, Ottawa, ministère de la Justice du Canada, 1989.

Giroux, Michel T., « Accès à l'insémination artificielle pour les femmes seules et les couples de lesbiennes. Les effets de la législation récente », *Le Médecin du Québec*, volume 37, numéro 11, novembre 2002.

Grenier, Alain-A., *Jeunes, homosexualité et écoles. Enquête exploratoire sur l'homophobie dans les milieux jeunesse de Québec*, Rapport synthèse, GRIS-Québec, 2005.

Guyon, Louise, Simard, Roxane et Nadeau, Louise, *Va te faire soigner, t'es malade*, Stanké, Montréal, 1981.

Halperin, David M., « Homosexualité », *Dictionnaire des cultures Gays et lesbiennes*, Didier Eribon (dir.), Larousse, Paris, 2003.

Harry, Joseph et Lovely, R., « Gay Marriages and Communities of Sexual Orientation », *Alternative Lifestyles*, n° 2, 1979.
<http://www.springerlink.com/content/g041707004604305/>.

Hendricks, Michael, *Des ailes pour notre avenir. Guide d'intervention auprès des femmes détenues dans les prisons québécoises et atteintes du VIH et/ou du VHC*, Stella, l'amie de Maimie, Montréal, mars 2008, document inédit.

Hite, Shere, *Le rapport Hite*, Laffont, Paris, 1977.

Hite, Shere, *Le rapport Hite sur les hommes*, Laffont, Paris, 1983.

Homosexualité et Socialisme, *Âge et homosexualité : Quel sont les grands défis du vieillissement de la communauté homosexuelle?*
<http://www.senioractu.com>.

Hudspith, Maria, *S'occuper de la santé des lesbiennes. Ressource à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des décideurs et des planificateurs du Canada*, Santé Canada et Condition féminine Canada, Ottawa, 2001.

Institut national de santé publique du Québec, *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Mise à jour des données au 30 juin 2007*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, décembre 2007.

Institut national de santé publique du Québec, *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité. Intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles. Les chiffres clé. Programmes nationaux de formation dans le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, avril 2008.

Jandon, Elisa, *Regards croisés sur la « Queer theory »*.
http://www.feministes.net/queer_theory.htm.

Janus, Samuel S., et Janus, Cynthia L., *The Janus Report on Sexual Behavior*, John Wiley and Sons, 1993.

Kinsey, Alfred C., *Le comportement sexuel de l'homme*, Pavois, Paris, 1948.

Kinsey, Alfred C., *Le comportement sexuel de la femme*, Amiot-Dumont, Paris, 1954.

Klein, Fritz, *The Bisexual Option*, New York, The Haworth Press, 1993.

Lacouture, Yves, *La toxicomanie chez les personnes homosexuelles : une recension des écrits*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, mars 1998.

Lafontaine, Yves, *Renverser la tendance*, fugues.com, Montréal, 20 novembre 2006. <http://fugues.vortex.qc.ca/>.

La Roche, Daniel, *Prise en considération du Rapport de consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes de la Commission des droits de la personne du Québec. De l'illégalité à l'égalité*, Régie de la santé et des services sociaux de Québec, Adopté par le Conseil d'administration du 14 mars 1996.

Leduc, Guyonne (dir.), *Travestissement féminin et liberté(s)*, L'Harmattan, Paris, 2006.

Lemoine, Laurence, « Sommes-nous tous bisexuels? », *Psychologies*, octobre 2002.

Lerch, Arnaud, *Réécrire le script? Conjugalité et sexualité dans les couples gais non exclusifs*, Virginie Descoutures, Marie Digoix, Éric Fassin et Wilfried Rault, Paris, Éditions Autrement, Collection Mutations /Sexe en tous genres, n° 244, p.177.

Leroy-Forgeot, Flora, *Histoire juridique de l'homosexualité en Europe*, PUF, Paris, 1997.

Lessard, Denis, « Le Québec passera dans le peloton de tête en Occident pour la reconnaissance des droits des homosexuels avec la mise en place de « l'union civile » qui confèrera aux conjoints de même sexe les mêmes droits qu'aux couples hétérosexuels », *La Presse*, samedi 8 décembre 2001. <http://www.cyberpresse.ca>.

Lever, Maurice, *Les bûchers de Sodome*, Fayard, Paris, 1985.

Luce, Jacqueline, « Papalooza et les oubliées du test de Pap : une campagne de sensibilisation pour célébrer et promouvoir la santé des lesbiennes et des transsexuel(le)s », Réseau canadien pour la santé des femmes, *Le Réseau*, été 2001, volume 4, numéro 3.
<http://www.cwhn.ca/network-reseau/4-3f/4-3pg1.html>.

Machabée, Yannick, *Compte rendu. Forum de discussion*, « Jeunes gais, lesbiennes et bisexuels », Synthèse et rédaction, Conseil permanent de la jeunesse, Montréal, mars 2004.

MacDonald, Alexander Jr., « Bisexuality : Some Comments on Research and Theory », *Journal of Homosexuality*, vol. 6, n° 3, New York, 1981.

<http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?ID=14837>.

Mann, Jonathan, *Prochaine étape : le sida, les communautés et les droits de la personne*, Deuxième conférence internationale sur la prise en charge extrahospitalière, Montréal, mai 1995.

Martin, Daniel et Beaulieu, Alexandre, *Besoins des jeunes homosexuelles et homosexuels et interventions en milieu scolaire pour contrer l'homophobie*, Commission scolaire de Montréal, Services des ressources éducatives, mai 2002.

Mendès-Leite, Romel, Deschamps, Catherine et Proth, Bruno, *Bisexualité, le dernier tabou*, Calman-Lévy, 1996.

Mendès-Leite, Romel, Deschamps, Catherine et Proth, Bruno, « Bisexualité », *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, Didier Eribon (dir.), Larousse, Paris, 2003.

Mercader, Patricia, *L'illusion transsexuelle*, L'Harmattan, Paris, 1994.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Le sécurisexe pour jeunes hommes gais ou bisexuels*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, Gouvernement du Québec, 2003.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-318-01.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, année 2005 (et projections 2006)*, Collection Analyses et surveillance. <http://publications.msss.gouv.qc.ca>.

Ministère du Conseil exécutif, *Pour une jeunesse engagée dans sa réussite, Stratégie d'action jeunesse, 2006-2009.*

Monchoix.net, *La confusion entre homosexualité et pédophilie. Un amalgame dangereux*, vendredi 8 mars 2002.

<http://www.monchoix.net/homophobie/la-confusion-entre-homosexualite-et-pedophilie-article273.html>.

Murat, Laure, *La loi du genre. Une histoire culturelle du « troisième sexe »*, Fayard, Paris, 2006.

Perriard, Clothilde et Tonke, Mélanie, *Identité de genre.*

<http://www.caritig.org/recherches/publications>.

Pétrin, Jacques, « L'impact de l'homophobie sur la réussite scolaire », *Nouvelles CSQ*, hiver 2008.

Poulin, Sylvie, *L'ignorance nourrit le préjugé*, mars 2003.

http://www.amlfc.org/articles/2003_03_01.html.

Rassemblement national des lesbiennes et gais du Québec, *Les services sociaux vs Les lesbiennes et les gais du Québec : un dossier noir*, mémoire présenté au Comité sur les services sociaux, le 1^{er} décembre 1979, rapporté dans : Commission des droits de la personne du Québec, *De l'illégalité à l'égalité. Rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes*, Gouvernement du Québec, mai 1994.

Ratzinger, Cardinal Joseph, *Lettre aux évêques de l'Église catholique sur la pastorale à l'égard des personnes homosexuelles*, Congrégation pour la doctrine de la foi.

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc19861001_homosexual-persons_fr.html.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*, RQASF, mai 2003. <http://www.rqasf.qc.ca>.

Rey, Alain, *Dictionnaire historique de la langue française*, Dictionnaires Le Robert, Paris, 1992.

Rich, Adrienne, « La contrainte à l'hétérosexualité et l'existence lesbienne », *Nouvelles questions féministes*, n° 1, 1981, p. 15-43.

Rioux-Soucy, Louise-Maude, « Retour forcé dans le placard? Les aînés homosexuels ne trouvent pas leur place dans le réseau de la santé », *Le Devoir*, 26 octobre 2007, p. A-1.

Robinson, Ann, « Lesbiennes, conjointes et mères », *Des droits à reconnaître. Les lesbiennes face à la discrimination*, Irène Demczuk (dir.), les éditions du remue-ménage, Montréal, 1998.

Robinson, Ann et Benhadj, Lynda, *La santé des lesbiennes dans la région de Québec*, Université féministe d'été, Université Laval, 7 juin 2007, document inédit.

Robinson, Ann, « De la sorcellerie à la maternité. Réflexion d'une juriste lesbienne féministe », *Homosexualités et politique*, BHP, vol. 16, n° 3, printemps 2008, p. 79-88.

Robinson, Ann, « La longue marche vers l'égalité pour les gais et lesbiennes du Québec ». <http://www.sisyphe.org/>, mis en ligne le 20 février 2009.

Rubin, Gayle S., « Penser le sexe. Pour une théorie de la politique de la sexualité », dans Gayle S. Rubin et Judith Butler, *Marché au sexe*, EPEL, 2001.

Saladin d'Anglure, Bernard, « Réflexions anthropologiques à propos d'un "3^e sexe social" chez les Inuit », revue *Conjonctures*, n° 41-42, hiver-printemps 2006.

Samson, Claudette, « Les taux d'infections de nature sexuelle encore "trop hauts" », *Le Soleil*, samedi le 16 août 2008, p. 22.

Santé-Canada, *Statistiques sur le VIH/SIDA*, Bulletin 18, 6 décembre 2002, Le Bloc-Notes. <http://www.leblocnotes.ca>.

Spencer, Colin, *Histoire de l'homosexualité, de l'antiquité à nos jours*, Le Pré aux Clercs, Paris, 1998.

Tahon, Marie-Blanche, « Sexe, mariage et indifférence : le coup de grâce à la parternité », *Argument*, volume 6, n° 1, Presses de l'Université Laval, Québec, 2004.

Tahon, Marie-Blanche, *Vers l'indifférence des sexes? Union civile et filiation au Québec*, Boréal, Montréal, 2004.

Tin, Louis-Georges (dir.), *Dictionnaire de l'homophobie*, Paris, PUF, 2003.

Welzer-Lang, Daniel, « L'homophobie : la face cachée du masculin », *La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie*, Welzer-Lang, Daniel, Dutez, Pierre, et Dorais, Michel (dirs), VLB éditeur, Montréal, 1994.

Zucker-Rouvillois, Elizabeth, « Hermaphrodisme », *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, Eribon, Didier (dir.), Larousse, Paris, 2003.

Lexique

Amours saphiques

Expression qui réfère à l'amour entre femmes. Voir : **Lesbienne**.

Androgynie

« Si le mythe de l'androgynie remonte à l'Antiquité et en particulier à Platon, qui en proposa un récit fondateur dans *Le Banquet*, la figure, en engendrant des avatars homosexuels, tend, vers la fin du XIX^e siècle, à supplanter l'hermaphrodite qui, lui, tombe aux mains de la clinique et bascule dans la tératologie. L'androgynie devient, pour sa part, un sexe duel et surnuméraire : le troisième, qui cristallise les peurs suscitées par la faille du dimorphisme, voire *La Mort des sexes* (titre d'un roman de Nonce Casanova paru en 1904). En effet, l'androgynie désigne l'amalgame du féminin et du masculin porté à son paroxysme par l'homosexuel, créature hybride qui, refusant les lois de la reproduction, se voit qualifier de "fin de sexe". »

Nicole Albert, « Androgynie », Didier Eribon (dir.), Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes, Larousse, Paris, 2003.

Asexuel

Voir **Bisexualité**

Barebacking

« Choix délibéré et assumé par des hommes qui pratiquent la pénétration anale active ou passive, sans condom, avec un partenaire séropositif ou de statut sérologique inconnu, en toute connaissance des risques auxquels ils s'exposent. Il est pratiqué par des hommes séropositifs ou des hommes qui assument entièrement le risque de le devenir. »

Action Séro Zéro. <http://www.sero-zero.qc.ca/sante/partsexe.html>.

Berdaches

« On appelle berdaches des hommes qui ne se conforment pas, ni dans leur comportement, ni dans leur habillement, aux règles qu'une "société bien-pensante" serait en droit d'imposer à ses membres masculins. Nombre de tribus indiennes acceptent que certains individus qui ne se sentent ni homme ni femme, au sens strict, puissent choisir une voie différente; leur "esprit" ou leur caractère moral étant davantage pris en considération que leur identité sexuelle. »

<http://culture-et-debats.over-blog.com/article-3396853.html>.

Bisexualité

« État d'une personne qui éprouve une attirance sexuelle ou/et sentimentale pour des personnes des deux sexes, soit simultanément soit alternativement. »

« Pansexuel, omnisexuel et pomosexuel ("post-moderne" - sexuel) sont des néologismes qui se réfèrent également aux gens qui sont attirés par plus d'un sexe. Au lieu d'attraction sexuelle "des deux" ou "bi", ils se réfèrent à l'attraction à "tout" ou "omni" et sont souvent utilisés par ceux qui souhaitent exprimer leur compréhension et leur acceptation de toutes possibilités de genre y compris transgenre et intersexe. Pansexualisme inclut parfois une attraction pour les activités sexuelles moins courantes, telles que le BDSM. *Trysexual* (parfois "trisexuel") est un néologisme et un jeu de mots sur "bisexuel" et l'anglais *to try* "essayer". Il est utilisé comme un terme amusant pour quelqu'un qui essaiera toute expérience sexuelle au moins une fois. Les gens qui ne sont pas bisexuels sont soit "monosexuels" (attirés par seulement un sexe), soit asexuels (attirés par aucun sexe). »

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Bisexualite>.

Biphobie

Voir **Homophobie**.

Bullying

« Néologisme anglo-saxon forgé à partir du substantif *bully* ("voyou"), et qui désigne une violence à long terme, physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs agresseurs (*bully*) à l'encontre d'une victime (*bullied*) dans une relation de domination. Il est caractérisé par l'usage répétés [sic] non seulement de la violence physique, mais également des moqueries et autres humiliations, est avant tout utilisé pour décrire des comportements de harcèlement en milieu scolaire.

Le terme "*bullying*" est parfois traduit en français par "harcèlement scolaire", ou encore "harcèlement et brimades". Le concept de "*bullying*" a été forgé au début des années 70 par le psychologue Dan Olweus à l'occasion d'études réalisées dans des établissements scolaires scandinaves, à l'issue desquelles il a établi trois caractères permettant de définir le *bullying* :

1. Le ou les agresseurs agissent dans une volonté délibérée de nuire.
2. Les agressions sont répétées et s'inscrivent dans la durée.
3. La relation entre l'agresseur ou les agresseurs et la victime est asymétrique. »

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Bullying>.

Butch

« Lesbienne adoptant une attitude d'homme. Souvent utilisé dans l'expression *Butch/fem* pour désigner les identités, expériences, érotismes, relations sociales de certaines lesbiennes, l'une adoptant souvent une apparence dite "masculine", l'autre plutôt une apparence dite "féminine". Certaines lesbiennes afro-américaines utilisent plutôt l'expression *stud/fish*, comme équivalent à *butch/fem*. »

Christine Lemoine, *Butch/fem*, Didier Eribon (dir.), *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, Larousse, 2003, p. 85.

Cisgenre

« Ce terme qualifie une personne dont l'identité sexuelle est la même que son sexe biologique tel qu'enregistré par l'état civil. »

<http://fr.wiktionary.org/wiki/cisgenre>.

Coinfection

« Il est possible d'être infecté par le VIH et le VHC en même temps. Chacune de ces infections influence négativement l'autre. Par exemple, le VIH peut augmenter la charge virale du VHC et peut augmenter les problèmes de fonctionnement du foie. Le traitement pour l'hépatite C peut aussi aggraver la toxicité des médicaments anti-VIH.

Dans la coinfection, la personne est infectée avec au moins deux virus en même temps. Normalement, coinfection décrit l'infection VIH-VHC, mais on se sert du même terme pour décrire l'infection avec une combinaison du VHC-VHB (hépatite B) ou du VIH-VHB ou, pire encore, VIH-VHB-VHC.

Mais lorsqu'il est question de la **réinfection** au VHC il s'agit d'une personne d'abord infectée par le VHC et qui après avoir réussi à en guérir, attrape de nouveau l'hépatite C. Dans le cas d'une **surinfection** au VIH ou au VHC, il s'agit d'une personne infectée à plus d'une reprise (deux, trois ou même plusieurs fois) avec une souche différente du VIH ou avec un génotype différent du VHC. Qu'il s'agisse d'une surinfection au VIH ou au VHC, elle peut nuire sérieusement à la santé et aux options de traitements. Le VIH dans son état naturel (appelé "type sauvage" ou "*wild type*"), est composé d'une certaine séquence de particules. Pendant le traitement antirétroviral, le VIH peut effectuer une ou plusieurs mutations, changeant la forme ou l'ordre de ses particules. Le virus peut alors devenir "résistant" à un ou plusieurs antirétroviraux. Le risque lié à la surinfection au VIH se résume au fait que le nouveau virus transmis est différent de celui qui infecte déjà la personne. Ce nouveau virus pourrait être résistant à certains médicaments qui auraient été efficaces s'il n'y avait pas eu de surinfection. De plus, au moment d'une surinfection au VIH, la "charge virale" c'est-à-dire la quantité du VIH dans le sang, augmentera. La surinfection a donc un effet immédiat sur la santé de la personne en plus de limiter le potentiel du traitement. Dans le pire des scénarios, une surinfection au VIH peut limiter l'espérance de vie.

Par ailleurs, le virus à l'origine de l'hépatite C (le VHC) a six différents "génotypes" ou structures génétiques. Les génotypes 5 et 6 ne sont pas communs en Amérique du Nord. Mais on les traitera de la même façon que les

génotypes 1 à 4. Les génotypes 1 et 4 répondent moins bien au traitement standard, une bithérapie d'interféron et ribavirine, que les génotypes 2 et 3. Pour la personne déjà infectée d'un génotype du VHC, une surinfection avec un autre génotype peut compliquer sérieusement le traitement si l'on considère quel génotype devient dominant. Par exemple, si l'infection originale est un VHC de génotype 2, et qu'il survient une nouvelle infection avec le VHC de génotype 1 et que ce dernier devient dominant, il sera plus difficile de trouver un traitement efficace. Dans le pire des scénarios, une surinfection du VHC peut aussi limiter l'espérance de vie. »

Michael Hendricks, *Des ailes pour notre avenir. Guide d'intervention auprès des femmes détenues dans les prisons québécoises et atteintes du VIH et/ou du VHC*, Stella, l'amie de Maimie, février 2008, document inédit.

Coming out

Ou sortie du placard. « Ces expressions font référence au processus de reconnaître tout d'abord son orientation sexuelle, puis de la révéler aux autres. Cela peut se produire par étape [sic] et il s'agit d'un processus non linéaire et qui dure toute la vie. Une personne peut être sortie du placard dans certaines situations ou face à certaines personnes mais pas devant d'autres. Certaines personnes peuvent ne jamais révéler leur orientation aux autres, seulement à elles-mêmes et à leurs partenaires intimes. »

Santé Canada, Condition féminine Canada, *S'occuper de la santé des lesbiennes. Ressource à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des décideurs et des planificateurs du Canada*, édition révisée, 2001.

« Le *coming out*, contraction de l'expression *coming out of the closet* (littéralement : "sortir du placard") désigne principalement l'annonce volontaire d'une orientation sexuelle ou d'une identité de genre. Ce fait de "rester dans le placard" tend à diminuer au regard d'une acceptation grandissante de l'homosexualité comme une caractéristique privée. Le *coming out* peut se faire dans un ou plusieurs milieux : la famille (proche/éloignée), les amis, le travail, les voisins, etc.

Être "*in*" désigne des personnes qui s'autodéfinissent gay, lesbiennes, bisexuels ou trans (genre/sexuel), mais qui ne l'annoncent pas par peur du

rejet ou de la discrimination que cela peut engendrer. Être "out", à l'inverse, signifie ne pas dissimuler son orientation sexuelle ou son identité de genre. Être "outé", c'est voir ces caractéristiques rendues publiques sans son consentement, voire contre sa volonté. »

http://fr.wikipedia.org/wiki/Coming_out.

Dans le placard

Voir *Coming out*

Défi de genre

Façon moderne de nommer ce que les psychiatres ont désigné comme la **dysphorie de genre**.

« La dysphorie de genre est la dénomination scientifique qui se réfère à des problèmes psychologiques au niveau de la façon dont on vit son propre sexe. Le mot "*gender*" signifie genre ou sexe. Le mot "identité de genre" se réfère à la façon dont on expérimente psychologiquement son propre sexe. Tout le monde a une identité de genre : c'est l'expérience d'être un homme ou une femme. Seulement si le sexe physique ne correspond au sexe expérimenté psychologiquement, nous parlons de dysphorie de genre. Celle-ci peut se présenter sous des formes différentes. Le travestissement est considéré comme la forme la plus légère de dysphorie de genre, le transsexualisme est la forme la plus extrême, le transgénéderisme est une forme entre les deux. Nous parlons donc de transsexualisme lorsqu'un homme ou une femme, dont les corps sont normaux, est au fond convaincu d'appartenir à l'autre sexe. Ce conflit intérieur est ressenti comme une souffrance très grave qui empêche l'individu de se développer, provoquant un étouffant sentiment d'aliénation au cours des années. À cause de cette expérience, beaucoup de transsexuels prononcent le désir d'adapter leur sexe physique à leur expérience psychologique. »

<http://natamauve.free.fr/Article2.html>.

Drag king

« Personne de sexe féminin qui se transforme et décline son genre au masculin, pour le plaisir ou le spectacle. »

Elizabeth Lebovici, « Drag King », Didier Eribon (dir.), *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, Larousse, 2003.

Drags queens

« Personnages travestis créés et joués par des hommes, les *drags queens* réalisent une spectaculaire traversée des genres, soit en s'appropriant de manière ludique et parodique les codes d'une "sur-féminité" irréaliste, soit en inventant des créatures fantastiques défiant toutes les tentatives de catégorisation. »

Pascal Le Brun-Cordier, « Drag queen », Didier Eribon (dir.), *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, Larousse, 2003.

Drapeau arc-en-ciel

Emblème de la communauté gaie, lesbienne, bisexuelle et transgenre, le drapeau arc-en-ciel a été conçu originellement par le graphiste et militant politique américain Gilbert Baker, lors de la Gay and Lesbian Freedom Day Parade de San Francisco en 1978. Les couleurs différentes symbolisent, de haut en bas : « le rose pour le sexe, le rouge pour la vie, l'orange pour la santé, le jaune pour le soleil, le vert pour la sérénité, le turquoise pour l'art, l'indigo pour l'harmonie, le violet pour l'esprit ».

« Lors de la marche organisée en novembre 1979 pour protester contre l'assassinat de Harvey Milk, le premier élu ouvertement gay de San Francisco, la Paramount Flag Company produisit des versions à sept bandes car le rose n'était pas disponible industriellement. Par la suite, Baker fit également supprimer le turquoise, pour maintenir un nombre pair de couleurs (une décoration de la rue devait comporter trois couleurs de chaque côté), et remplacer l'indigo par le bleu royal, formant le drapeau à six bandes (rouge, orange, jaune, vert, bleu, violet) qui est devenu définitif. »

http://fr.wikipedia.org/wiki/Drapeau_arc-en-ciel.

Dysphorie de genre

Voir **Défi de genre**.

Famille homoparentale

« Une famille dont les parents sont de même sexe. Ce terme englobe néanmoins des situations différentes où procréation, parentalité et relation de couple ne sont pas nécessairement associées. »

Didier Le Gall, « Familles à beau-parent homosexuel. Les recompositions homoparentales féminines », Martine Gross (dir.), *Homoparentalités, état des lieux*, Érès, Ramonville Saint-Agne, 2005.

« Un ensemble de personnes constitué de deux groupes : d'une part, une structure parentale formée d'un parent unique ou d'un couple de parents dont l'orientation sexuelle est individuellement claire et collectivement reconnue; d'autre part, un ou plusieurs enfants, légalement considérés comme issus d'un des parents au moins. »

Flora Leroy-Forgeot, « "Nature" et "contre nature" en matière d'homoparentalité », Martine Gross (dir.), *Homoparentalités, état des lieux*, Érès, Ramonville Saint-Agne, 2005.

FtM

« Abréviation de l'anglais "*female-to-male*", c'est-à-dire littéralement "femelle-vers-mâle" (ce qui est exact), ou, en usage français courant "femme-vers-homme". Personne transgenre de sexe féminin faisant des démarches pour acquérir des caractéristiques physiques mâles. »

http://www.sts67.org/html/gloss/fr_glossaire.html.

Gaiphobie

Voir **Homophobie**.

Génitoplastie

« Processus de réassignation de sexe. La réassignation de sexe est un processus hormono-chirurgical dans lequel s'intègrent la **phalloplastie** et la génitoplastie masculinisante avec restauration d'une triple fonction esthétique, urinaire et érectile. »

<http://www.urofrance.org>.

Godemiché

« Phallus artificiel destiné au plaisir sexuel ».

Nouveau Petit Robert, 1995, p. 1927.

Dans le langage populaire **Dildo** ou **Vibrateur**.

GRIS-Québec

Groupe régional d'intervention sociale de Québec.

<http://www.alqi.qc.ca/asso/gris-quebec/index.html>.

Hermaphrodisme

« Présence chez un même individu d'appareil génital féminin et masculin (ovaires et testicules) correspondant à une ambiguïté sexuelle. Ce développement des organes sexuels où l'on voit coexister à la fois des esquisses, des germes plus ou moins complets et différenciés de tissu (regroupement de cellules) masculin ou féminin survient très rarement.

Les pseudohermaphrodismes se distinguent des hermaphrodismes car ceux-ci portent des glandes génitales ou gonades (testicules et ovaires) bien distinctes c'est-à-dire masculines pour l'homme et féminines par la femme, alors que les organes génitaux quant à eux sont totalement ou en partie seulement développés dans le sens opposé à celui des gonades. On distingue deux types de pseudo-hermaphrodisme : le pseudo-hermaphrodisme féminin et le pseudo-hermaphrodisme masculin. Pour résumer les individus atteints de pseudo-hermaphrodisme possèdent soit des cellules ovariennes soit des cellules testiculaires mais jamais les deux. »

<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/hermaphrodisme>.

Hétérocentrisme

« L'hétérocentrisme est l'occultation des relations non hétérosexuelles, la conception de l'hétérosexualité comme "norme" et la définition de toutes les autres comme "perverses" ou "anormales".

Ainsi, les institutions de la plupart des pays reconnaissent l'union hétérosexuelle, mais encore rares sont ceux dans lesquels l'homosexualité a

acquis une reconnaissance égale (mariage homosexuel, adoption d'enfants par un couple homosexuel). De même, la publicité et les médias en général transmettent presque exclusivement des images de couples hétérosexuels, car elle se [sic] veut toucher la grande majorité des personnes. Il est difficile d'afficher une identité qui ne corresponde pas à ce modèle dominant, sous peine de subir des discriminations.

Lorsque les homosexuels sont représentés, c'est en général d'une manière caricaturale — et bien plus souvent des gais que des lesbiennes. La représentation des homosexuels dans les séries télévisées est récente. Elle est encore rarissime dans les médias destinés aux enfants.

Le fait qu'il semble "normal" de pouvoir afficher son hétérosexualité en public, alors qu'afficher une relation homosexuelle choque encore beaucoup de gens au point d'engendrer violences verbales et physiques, est surtout due [sic] à l'occultation quasi-totale [sic] de ceux qui sont désignés comme ne représentant que le dixième de la population, n'étant en rien représentative de ce qui est, mais seulement de ce qui est admis, à l'instar de tout comportement ou appartenance à un groupe mis hors-la-loi durant suffisamment longtemps pour créer un atavisme.

Ainsi dans une société où l'affichage d'un comportement hétérosexuel entraînerait les mêmes conséquences que celles encourues par les homosexuels dans une société homophobe, aussi rares seraient ceux acceptant de prendre le risque d'afficher leur hétérosexualité, justifiant du même coup leur absence de représentation et la négation de leur existence.

D'autres modèles de relations ou d'affirmations, tels que polyamour, asexualité, pansexualité, transsexualité... n'ont quasiment aucune représentation dans la société actuelle pour les mêmes raisons. »

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Heterocentrisme>.

Hétérosexisme

« C'est la discrimination et l'oppression basées sur une distinction faite à propos de l'orientation sexuelle. L'hétérosexisme est donc aussi la promotion incessante, par les institutions ou les individus, de la supériorité de l'hétérosexualité et de la subordination simultanée de l'homosexualité.

L'hétérosexisme tient pour acquis que tout le monde est hétérosexuel, sauf avis contraire. »

Daniel Welzer-Lang, « L'homophobie : la face cachée du masculin », Daniel Welzer-Lang, Pierre Dutey et Michel Dorais (dirs), *La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie*, VLB éditeur, Montréal, 1994.

Hétérosexualité

« Sexualité de celui qui éprouve une attirance sexuelle pour les individus du sexe opposé. »

Nouveau Petit Robert, 1995, p. 1087

« Le mot "hétérosexualité" semble être apparu à la fin du XIX^e siècle, sans doute pour contrebalancer le mot "homosexualité". »

Alain Rey, *Dictionnaire historique de la langue française*, Dictionnaires Le Robert, Paris, 1992.

Homoparenté

« Lien juridique de filiation entre un enfant et ses deux parents de même sexe. Reconnaissance juridique d'une filiation doublement masculine ou doublement féminine. Et lorsque les deux parents sont lesbiennes, on la nomme parfois lesboparenté. »

Ann Robison, « L'homoparenté en droit québécois ou la filiation réinventée », Martine Gross (dir.), *Homoparentalités, État des lieux*, Érès, Ramonville Saint-Agne, 2005.

Homoparentalité

« Situation familiale où un parent au moins s'assume comme homosexuel. »

Martine Gross, *Homoparentalités, état des lieux*, « Lexique », Éditions Érès, Ramonville Saint-Agne, 2005.

Homophobie

« Toute manifestation, avouée ou non, de discrimination, d'exclusion ou de violence à l'encontre d'individus, de groupes ou de pratiques homosexuels ou perçus comme tels au motif de l'homosexualité.

Un acte homophobe, c'est refuser, dans les actes quotidiens, un droit, un bien, un service à une personne, homme ou femme, en raison de son homosexualité avérée ou supposée.

Un acte homophobe c'est aussi l'agression physique, écrite ou verbale, la diffamation, à l'égard de personnes, hommes ou femmes, au seul motif d'une homosexualité vraie ou supposée. C'est également l'incitation à la haine, à la violence ou à la discrimination. »

<http://www.sos-homophobie.org/>.

L'homophobie se nommera lesbophobie, gaiphobie, biphobie ou transphobie, selon qu'elle est dirigée contre les lesbiennes, les gais, les bisexuels ou les *trans*.

Homosexualité

« L'homosexualité, qu'elle soit masculine ou féminine, correspond à l'attirance émotionnelle et sexuelle entre deux personnes du même sexe.

Le mot "homosexualité" a été utilisé pour la première fois à la fin du siècle dernier (1891) par Charles Gilbert Chaddock, dans sa traduction du *Psychopathia Sexualis* de R. von Krafft-Ebing. »

<http://www.sexoconseil.com/sexualite/homosexualite.html>.

Homosexuel

« Un homosexuel est une personne qui se livre de façon répétée à des rapports orgasmiques avec des individus du même sexe. Mais l'homosexualité ne se résume pas à un simple comportement sexuel, manifeste ou non, mais à un ensemble d'attitudes, de sentiments, de préférences, de valorisations affectives qui engagent profondément l'individu. »

<http://www.monchoix.net/premier-pas/une-definition-de-l-homosexualite-article62.html>.

Identité de genre

« L'identité de genre, c'est se savoir mâle ou femelle, c'est se savoir appartenir à un sexe précis. Il s'agit d'un sentiment profond, de différenciation et d'appartenance à l'un ou à l'autre sexe qui s'élabore très tôt, vers la seconde année. C'est l'identité de genre qui permet à l'enfant de se dire garçon ou fille. L'enfant prend conscience de la différence des sexes par la connaissance de sa propre structure anatomique et par celle de l'autre sexe. L'identité de genre est à la source même de l'identité de soi. Elle peut

la renforcer ou l'affaiblir et revêt par conséquent une importance déterminante en ce qui concerne la santé physique et psychique. L'incertitude d'un être quant à son genre risque de susciter en lui des états d'angoisse aiguë, voire des phénomènes d'aliénation. Le transsexualisme illustre de manière spectaculaire la différence entre identité sexuelle et identité de genre. Il démontre que l'identité de genre est indépendante du sexe biologique, puisque le transsexuel a la conviction d'être enfermé dans un corps dont l'anatomie ne correspond pas à son identité de genre. »

Anouk Beaudin, « Identités et orientations sexuelles », *Vies à Vies*, Bulletin du Service d'orientation et de consultation psychologique, Volume 13, numéro 3, janvier 2001, Université de Montréal.

<http://www.scp.umontreal.ca/visavies/v13n3-1.pdf>.

Identité sexuelle

« L'identité sexuelle, à tort confondue avec l'orientation sexuelle, est la reconnaissance par l'individu lui-même de la possession d'attributs physiques, psychologiques ou symboliques mâles ou femelles. L'identité sexuelle peut être non conforme avec le sexe anatomique : tel est le cas des transsexuels, qui désirent transformer leur anatomie pour passer d'une identité à l'autre. »

Michel Dorais. <http://www.personnalitelimite.org/homosexualite.html>.

« L'identité sexuelle est liée au fait de se sentir profondément homme ou femme. L'identité sexuelle d'une personne est fondamentalement différente de son orientation sexuelle et elle ne la détermine pas. L'identité sexuelle d'une personne peut ne pas être conforme au sexe qui lui a été assigné à la naissance. »

Commission ontarienne des droits de la personne,

http://www.ohrc.on.ca/fr/issues/gender_identity.

Intersexuation

- « L'intersexuation n'est pas une condition médicale : les intersexués sont nés de sexe intermédiaire - entre ce qui est dit standard pour homme ou femme dans nos sociétés.

- Contrairement à ce qui est affirmé, les différents degrés d'intersexuation et les "ambiguïtés" du sexe ne sont pas en général des maladies congénitales ou des malformations. Ce ne sont que des aspects de la variabilité du corps humain comme la longueur du nez, la couleur des yeux, etc.
- Nous réfutons les classements des diagnostics [sic] médicaux des différents degrés d'intersexuation qui ne sont en fait que des points de repère d'un continuum naturel des variabilités anatomiques des organes sexuels et génitaux.
- Nous mettons en avant la personne humaine dans son ensemble sans nous focaliser exclusivement sur les aspects des organes sexuels.
- Les personnes intersexuées en réalité posent un problème socioculturel à la société qui relègue ceux-ci [sic] au domaine médical pour ne pas remettre en question le principe dogmatique de la dichotomie des sexes. Différentes catégories d'intersexués subissent par des mutilations génitales, dès l'enfance, l'oppression totalitaire de cette société sexiste. C'est pourquoi nous agissons contre toutes les formes de sexisme dont sont victimes essentiellement les femmes et les personnes intersexuées ainsi que d'autres communautés qui ne se conforment pas aux normes sexistes de notre société.
- Promouvoir une visibilité, une reconnaissance de l'existence, de la normalité des intersexués est profitable à toutes ces catégories de personnes opprimées par le sexisme latent, ou direct et violent de la société.
- Notre action fondamentale est de faire appliquer les droits humains pour les personnes intersexuées dans l'intérêt général.

Sur un troisième sexe

- La création d'une nouvelle catégorie qu'on désigne comme intersexuée pose plusieurs problèmes. D'abord, comment définir l'intersexualité? OII croit qu'il n'y aura jamais une définition claire et en même temps que ce n'est pas nécessaire d'avoir une définition juridique pour l'intersexualité. Nous n'avons pas de

définitions claires pour ce qu'est une femme ou un homme. Nous supposons seulement que c'est le cas.

- Le but de l'OII est de travailler en faveur des droits humains pour les intersexué-e-s en aidant les gens à comprendre qu'il n'y a pas seulement deux sexes préexistants. Il y a une combinaison infinie de possibilités sur le spectre du sexe et du genre.
- La création d'une catégorie spécifique pour les intersexué-e-s risque de marginaliser encore plus une catégorie déjà mal comprise. Nous fondons nos arguments juridiques sur le droit de chaque personne de déterminer sa propre identité dans le système binaire actuel dans l'espoir de pouvoir éventuellement mettre fin au fait d'imposer un sexe juridique aux individus. »

Déclaration de principe de l'Organisation internationale des intersexués (OII).

<http://www.intersexualite.org/French-Index.html>.

Intersexués

« Personnes qui sont nées avec des organes génitaux masculins et féminins, ou avec des organes génitaux ambigus. Le terme remplace dorénavant le mot hermaphrodite. »

Commission ontarienne des droits de la personne.

http://www.ohrc.on.ca/fr/issues/gender_identity.

ITSS

« Infections transmises sexuellement et par le sang. Certaines sont d'étiologie virale : l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, le VIH, l'infection par le virus de l'hépatite C, le VHC, l'infection par le virus de l'hépatite B, le VHB, l'infection génitale au virus de l'herpès simplex, le VHS et l'infection par le virus du papillome humain, le VPH. D'autres sont d'étiologie bactérienne, comme l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, ou chlamydie génitale, la gonorrhée et la syphilis. Il en est de même de ces infections plus rares : le lympho-granulome vénérien, le chancre mou et le granulome inguinal. »

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-320-01.pdf>.

Lesbienne

« Désigne une femme qui ressent de l'affection et de l'attirance, tant émotionnelle que physique, pour d'autres femmes. L'homosexualité féminine est appelée **saphisme**, ou plus communément lesbianisme; les deux termes faisant référence à la légendaire (car il n'est parvenu jusqu'à nous que très peu de choses de son œuvre littéraire et de façon fragmentaire) poétesse grecque Sappho, de l'île de Lesbos, qui tenait un collège de jeunes filles, et dont les poèmes passionnés dédiés à ses amies, et la vie entourée d'autres femmes lui ont valu la réputation d'homosexuelle. D'où le mot *saphisme* pour désigner l'amour entre femmes. On disait autrefois **tribadisme** (du grec τριβειν *tríbein*, "frotter"); ce mot, surtout employé à la Belle époque, est vieilli et n'est plus guère utilisé. Dans certaines langues (anglais *tribadism*, allemand *Tribadie*), ce terme désigne désormais une pratique sexuelle lesbienne : le fait, pour deux femmes, de frotter leurs sexes l'un contre l'autre. »

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Saphisme>.

Lesboparenté

Voir **Homoparenté**.

Lesbophobie

Voir **Homophobie**.

LGBT

« Sigle de "Lesbian, Gay, Bisexual and Transgendered people" et adapté en français en « Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres ». Il permet par un terme plus inclusif qu'homosexuel, de désigner une communauté, tout en gardant les spécificités de chacune de ses composantes. »

<http://fr.wikipedia.org/wiki/LGBT>.

Monosexuel

Voir **Bisexualité**.

MtF

« Abréviation de l'anglais "*male-to-female*", c'est-à-dire littéralement "mâle-vers-femelle" (ce qui est exact), ou, en usage français courant "homme-vers-femme". Personne transgenre de sexe mâle faisant des démarches pour acquérir des caractéristiques physiques femelles. »

http://www.sts67.org/html/gloss/fr_glossaire.html.

Omnisexuel

Voir **Bisexualité**.

Orientation sexuelle

« Attrait érotique ressenti envers des personnes de l'un ou de l'autre sexe. Elle est hétérosexuelle lorsqu'elle est dirigée vers des personnes de l'autre sexe, homosexuelle lorsqu'elle est dirigée vers des personnes du même sexe et bisexuelle lorsqu'elle est mixte. La bisexualité peut tout aussi bien signifier la coexistence d'attirances hétérosexuelles et homosexuelles que le passage, plus ou moins transitoire, d'une orientation à une autre. »

Michel Dorais. <http://www.personnalitelimite.org/homosexualite.html>.

Pansexuel

Voir **Bisexualité**.

Phalloplastie

« Une phalloplastie est une opération de chirurgie plastique visant la fabrication d'un phallus. Cette opération [est] le plus souvent requise afin de compléter un changement de sexe, à la suite d'une hystéro-ovariectomie. »

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Phalloplastie>.

Pluriparenté

« Lien juridique qui unit un enfant à plus de deux parents. Lien qui crée une filiation plurielle et un partage de l'autorité parentale. La pluriparenté crée une filiation plurielle qui permet à un enfant de connaître la vérité sur sa naissance. »

Ann Robinson, 2008.

Pluriparentalité

« Présence de plusieurs adultes auprès d'un enfant. Présence pouvant entraîner un partage de l'autorité parentale. La pluriparentalité décrit plutôt la réalité du partage de la responsabilité des soins à apporter à un enfant et de la responsabilité de son éducation. »

Ann Robinson, 2008.

Pomosexuel

Voir **Bisexualité**.

Queer

« Le mot "*queer*" signifie bizarre, étrange, malade, anormal. Il a longtemps voulu dire, de manière assez anodine, que quelque chose était "un peu bizarre", qu'un comportement était "excentrique"... On trouve le terme partout avec cette valeur, par exemple dans les romans de Henry James, Virginia Woolf et leurs contemporains. En anglais du Royaume-Uni, *queer* a longtemps eu - et a toujours - le sens quotidien de "malade". Les expressions "*I'm feeling queerly*", "*I feel queer*" ou "*I've come over all queer*" sont, aujourd'hui encore, les façons de dire : "Je ne me sens pas bien", "j'ai l'impression que je tombe malade" ou "je tombe dans les pommes".

Cependant, à la fin du XIX^e siècle, *queer* commence à prendre parallèlement (au Royaume-Uni aussi bien qu'aux États-Unis) une connotation sexuelle. Dans cette acception, il correspond à tout ce qui n'est pas conforme à la norme sexuelle, tout ce qui n'est pas "normal". Pour cette raison, il a, depuis lors, été de plus en plus employé (et l'est toujours) pour désigner, de manière

injurieuse, les gays et les lesbiennes. Si ce terme est une insulte, il a également été utilisé par ceux qu'il désignait, qui se définissaient souvent eux-mêmes comme *queers*, c'est-à-dire spéciaux, différents des autres. »

Didier Eribon, « *Queer* », Didier Eribon (dir.), *Dictionnaire des cultures Gays et lesbiennes*, Larousse, Paris, 2003.

Réinfection

Voir **Coinfection**.

Sarcome de Kaposi

« Le sarcome de Kaposi (SK) est une maladie cancéreuse qui touche le plus souvent la peau. Le SK apparaît sous la forme de lésions ou de taches qui peuvent ressembler à des ecchymoses (bleus). Il peut également se déclarer au niveau des tissus muqueux, comme la muqueuse buccale, ainsi qu'au niveau des ganglions lymphatiques ou des organes internes comme les intestins, les poumons ou le foie. Les lésions peuvent résulter d'une surcroissance de vaisseaux sanguins. »

Réseau canadien d'info-traitements sida. <http://www.catie.ca/feuilletnsf>.

Sécurisexe

« Pratique sexuelle sécuritaire. Utilisation du condom dans les pratiques sexuelles à risque. »

Action Séro Zéro. <http://www.sero-zero.qc.ca/sante/partsexe.html>.

Shudo

« Le *shudō* est la tradition japonaise d'une homosexualité de type pédérastique pratiquée au sein des samourais de l'époque médiévale jusqu'à la fin du XIX^e siècle. Le terme est en fait l'abréviation de *wakashudō*, "la voie des jeunes hommes" (*waka*, jeune, et *shū*, homme). Le terme *dō* (voie, chemin) est apparenté au mot chinois *tao*, chemin menant à l'éveil. »

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Shudo>.

Sortie du placard

Voir **Coming out**.

Surinfection

Voir **Coinfection**.

Test de Pap

« Le test de Pap (cytologie) est une technique utilisée pour détecter des changements qui peuvent se produire dans les cellules du col. Le col constitue l'entrée de l'utérus et est situé au fond du vagin. Ce test est habituellement exécuté dans le cadre d'un examen pelvien de routine. »

http://www.cwhn.ca/ressources/faq/papTest_f.html.

Trans

Raccourci pour désigner indifféremment les travestis, les transgenres, les transsexuelles ou les personnes intersexuées. Dans certains documents, on retrouve parfois l'expression : les *T*.

Ann Robinson, 2008.

Transgenre

« Les termes "transgenderism" et "transgender" ont été forgés pour désigner tous ceux et toutes celles qui transgressent les normes sociales et culturelles du genre, sans que soit rigoureusement défini en quoi consiste cette transgression. Ainsi, peuvent se revendiquer de la notion de transgenre les travestis, les transsexuels (hommes vers femmes et femmes vers hommes), les *drag kings* et les *drag queens*, mais aussi les gays "folles" et efféminés ou les lesbiennes *butch* et masculines, et même tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ne se sentent pas à l'aise dans leur genre. »

Didier Eribon, « Transgenres », Didier Éribon (dir.), *Dictionnaire des cultures Gays et Lesbiennes*, Larousse, Paris, 2003.

Transphobie

Voir **Homophobie**.

Transsexué-ée

« Personne ayant complété le processus de changement de sexe, et désirant vivre dans le sexe correspondant à cette transformation. »

http://www.sts67.org/html/gloss/fr_glossaire.html.

Transsexuel-le

« Personne exprimant le sentiment profond et persistant d'être un homme ou une femme contrairement à l'identité associée à leurs organes génitaux. Les personnes qui ont ou veulent avoir recours à un traitement chirurgical de changement de sexe peuvent s'identifier comme des transsexuels. »

Commission ontarienne des droits de la personne.

http://www.ohrc.on.ca/fr/issues/gender_identity.

Transidentités

Voir **Transgenre**.

Tribadisme

Voir **Lesbienne**.

Trisexuel ou *Trysexual*

Voir **Bisexualité**.

Annexe 1
Composition du Comité consultatif sur la santé
des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT)
de la région de la Capitale-Nationale

Nom	Prénom	Titre	Établissement ou organisme
Beaulieu	André	Directeur	Autonhommie
Benhadj *	Lynda	Agente de planification, de programmation et de recherche	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Bergeron	Lucie	Membre de l'exécutif régional	Réseau des maisons de jeunes de Québec
Berthelot *	Pierre	Agent de planification, de programmation et de recherche	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Boily	Isabelle	Représentante	Regroupement des groupes de femmes de la Capitale-Nationale
Boivin	Manon	Organisatrice communautaire	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Bourque	Louis-David	Intervenant communautaire	MIELS-Québec
Brassard	Odile	Travailleuse sociale en milieu scolaire 12-17 ans	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
Chenel	Johanne	Agente de relations humaines	Centre de santé et de services sociaux de Portneuf
Chouinard *	Vincent	Intervenant communautaire	MIELS-Québec
De Montigny	Marie-Josée	Agente de planification, de programmation et de recherche	Agence de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Desbiens	France	Intervenante communautaire	Collège François-Xavier Garneau
Fournier	Jacques	Travailleur social	Centre jeunesse de Québec

Nom	Prénom	Titre	Établissement ou organisme
Garneau *	Daniel	Adjoint à la direction des programmes clientèles	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Grisé	Line	Adjointe au VRE et coordonnatrice des sciences de la santé, Vice-rectorat aux études	Université Laval
La Roche	Daniel	Adjoint à la directrice des affaires médicales, universitaires et hospitalières	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Lecours	Carole	Agente de planification, de programmation et de recherche	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Lefebvre	Guy	Coordonnateur	G.R.I.S. Québec
Maranda-Aubut	Renée	Coordonnatrice en maladies infectieuses	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Parisé *	Dominique	Agent de formation	Centre de prévention suicide
Petit *	Valérie	Présidente	Groupe Gai de l'Université Laval
Piché	Émile	Président	Groupe Gai de l'Université Laval
Pothier	Chantal	Psychologue	Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix
Robinson	Ann	Professeure à la retraite	Université Laval
Saint-Pierre *	Monique	Médecin conseil	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Simard	Audrey	Agente de formation	Centre de prévention du suicide
Sinclair *	Suzie	Infirmière clinicienne en maladies infectieuses	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Tardif *	Josette	Agente de planification, de programmation et de recherche	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

*L'astérisque à la suite de certains noms, désigne des personnes qui ont participé à un moment ou à un autre aux travaux du comité

Annexe 2

Tableau des audiences publiques

Date	Thème	Personnes rencontrées	Membres du comité consultatif présents
12 février	Recherche	Line Chamberland UQAM Michel Dorais Université Laval Gilbert Émond Université Concordia Irène Demczuk UQAM Mireille Saint-Onge Université Laval	Daniel La Roche Ann Robinson Lynda Benhadj Josette Tardif Manon Boivin Chantal Poithier Line Grisé
13 février	Grand public	15 personnes ont participé à cette rencontre	Daniel La Roche Ann Robinson Guy Lefebvre Josette Tardif Anne Maheu France Desbiens
14 février	Violence dans les couples de même sexe (visioconférence)	Karol O'Brien	Daniel La Roche Lynda Benhadj Josette Tardif
15 février	Milieu de l'éducation	Michel Levert François Jobidon Marilyn Lessard Mathieu Boisclair	Daniel La Roche France Desbiens Josette Tardif Guy Lefebvre Lynda Benhadj Line Grisé Jacinthe Adams Daniel Garneau Francine Michaud Odile Lessard

Date	Thème	Personnes rencontrées	Membres du comité consultatif présents
20 février matinée	Monde du travail	Caroline Tremblay Benôit Lapointe Sophie Rousseau	Josette Tardif Daniel La Roche Ann Robinson Johanne Chanel Lynda Benhadj Pierre Racine André Beaulieu Guy Lefebvre
20 février après-midi	Sujets généraux	Yvan Lapointe Hugo Valiquette Christian Tanguay Karen Duboy	Daniel La Roche Josette Tardif Daniel Garneau Lucie Bergeron Guy Lefebvre Jacques Fournier Pierre Racine Ann Robinson Lynda Benhadj Manon Boivin Line Grisé Vincent Chouinard Johanne Chenel
23 février matinée	ITSS VIH/sida	André Bilodeau France Langevin Jeannette Beaupré Jean-Clermont Drolet Gilbert Émond Robert Rousseau Mario Gagnon	Daniel La Roche Josette Tardif Vincent Chouinard Lucie Bergeron Ann Robinson Lynda Benhadj Anne Maheu
23 février après-midi	Travail du sexe	Claire Thiboutot Sandra Philippe Johanne Harter Mario Gagnon	Ann Robinson Josette Tardif Lucie Bergeron Jacques Fournier Lynda Benhadj Isabelle Boily Anne Maheu

Date	Thème	Personnes rencontrées	Membres du comité consultatif présents
26 février	<i>Trans</i> (visioconférence)	Françoise Susset	Daniel La Roche Ann Robinson Josette Tardif Lynda Benhadj
27 février matinée	<i>Trans</i>	Dr Jean-Pierre Bernatchez Chantal Lavoie Micheline Montreuil Jacynthe Adam Bernard Johnson Élyse Létourneau Marie-Claude Allard	Ann Robinson Josette Tardif Manon Boivin Vincent Chouinard Guy Lefebvre Lynda Benhadj Jacques Fournier
27 février après-midi	Homoparentalité	Lorraine Gagnon Mona Greenbaum Danielle Julien Caroline Tremblay Marc Bouchard	Daniel La Roche Ann Robinson Josette Tardif Chantal Poithier Isabelle Boily Francine Michaud Lynda Benhadj Manon Boivin Jacques Fournier

Annexe 3

Contexte entourant la consultation publique engagée par le Comité consultatif

Date	Réalizations
mai 1994	<p><i>De l'illégalité à l'égalité : Rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes.</i></p> <p>Ce rapport a été produit par la Commission des droits de la personne du Québec à la suite des consultations faites auprès de divers représentants de la communauté LGBT (sécurité publique, santé et services sociaux, éducation, etc.). Ce document a été déposé dans les régies de la santé et des services sociaux (RRSSS) de chaque région.</p>
mars 1996	<p><i>Prise en considération du rapport de consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes de la commission des droits de la personne du Québec.</i></p> <p>La régie de la santé et des services sociaux de Québec (ancienne Agence de la santé et des services sociaux) produit ce document en réponse au document de la Commission des droits de la personne. Ce document est soumis et accepté par le CA de la régie de la santé et des services sociaux de Québec.</p>

Date	Réalizations
1997	<p><i>L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles - orientations ministérielles</i></p> <p>Ce document est rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>En avril 2000, ce ministère créera le Comité de suivi aux orientations ministérielles, composé de quatre personnes. Après trois rencontres, le mandat du comité prendra fin en raison de roulement de personnel.</p>
avril 2000	<p>Première subvention de la Régie de la santé et des services sociaux de Québec à l'organisme communautaire GRIS-Québec (PSOC).</p>
octobre 2004	<p>Création du Comité interministériel de lutte contre l'homophobie, sous l'autorité du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI).</p>
mars 2005	<p>Le mandat du Comité interministériel de lutte contre l'homophobie est confié au ministère de la Justice. Ce dernier assigne alors la coordination des travaux du comité à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.</p>
printemps 2005	<p>GRIS-Québec et d'autres organismes communautaires travaillant auprès des clientèles LGBT demandent à l'Agence, lors d'un conseil d'administration, quelles actions ont été mises en œuvre dans la région de Québec en accord avec le document de mars 1996, entériné par le conseil d'administration de la Régie de la santé et des services sociaux de Québec.</p>

Date	Réalisations
avril 2006	Création du Comité consultatif sur la santé physique, psychologique et sociale des gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres par l'Agence qui s'engage à faire l'état de la situation et à rendre compte de ce qui est fait dans la région de la Capitale-Nationale. Le dossier est transféré à la Direction régionale de la coordination des réseaux locaux, des secteurs social et santé mentale. Deux coprésidents sont nommés.
26 avril 2006	Première rencontre du Comité. Le mandat, la composition et le plan de travail du comité y sont discutés et adoptés.
12 juin 2006	Deuxième rencontre du Comité. Des présentations sont faites sur les réalités vécues par les LGBT et des discussions sont menées afin de préciser les enjeux à approfondir lors de la consultation.
5 décembre 2006	Troisième réunion du Comité. Les thèmes et dates sont fixés par les membres pour la consultation publique portant sur l'accessibilité aux services de santé et services sociaux par les populations LGBT.
février 2007	Déroulement de la consultation publique sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et services sociaux aux lesbiennes, gais, bisexuels, et transgenres, dans la région de la Capitale-Nationale.
5 avril 2007	Quatrième rencontre du Comité. Présentation d'une synthèse des audiences publiques.
3 mai 2007	Cinquième rencontre du Comité. Présentation d'une synthèse des communications des chercheurs.

Date	Réalisations
14 juin 2007	Sixième rencontre du Comité. Lynda Benadj et Ann Robinson présentent les grandes lignes de leur communication à l'Université féministe d'été : <i>La santé des lesbiennes dans la région de Québec : État d'une enquête.</i>
20 novembre 2007	Septième rencontre du Comité. Présentation d'une première version du plan d'action. Réaction des membres du Comité. Nouveau mandat de rédaction confié à Ann Robinson, coprésidente du Comité.

Annexe 4

Points saillants des progrès en matière d'égalité juridique pour les gais et lesbiennes du Québec

- 1841** Première codification du droit criminel canadien et maintien de la peine de mort pour le crime de sodomie ou de bestialité.
- 1861** Abolition de la peine de mort pour sodomie et remplacement par une peine de travaux forcés en Angleterre et au pays de Galles.
- 1869** Remplacement de la peine de mort pour sodomie au Canada par la prison à vie.
- 1886** Maintien de la sentence de prison à vie dans la refonte du *Code criminel* et ajout au crime de sodomie, le crime de tentative de commettre la sodomie assorti d'une peine de 10 ans d'emprisonnement.
- 1890** Nouveaux amendements au *Code criminel* canadien visant à punir tout acte de grossière indécence commis en public ou en privé entre adultes consentants de sexe masculin. Emprisonnement de 5 ans pour le coupable, et possibilité de lui administrer le fouet.
- 1953-1954** Reconnaissance du saphisme comme crime dans le *Code criminel canadien*.
- 1967** Décriminalisation de l'homosexualité entre adultes consentants dans le droit criminel anglais.

- 1969** Adoption du Bill omnibus, visant entre autres, la décriminalisation de l'homosexualité entre adultes consentants au Canada.
- 1973** Retrait de l'homosexualité comme maladie mentale du *Diagnostic Statistical Manual* (DSM), manuel nord-américain de référence en santé mentale pour les professionnels de la santé et des services sociaux.
- 1977** Inclusion de l'orientation sexuelle comme motif de discrimination dans la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*. Le Québec devient le premier gouvernement en Amérique du Nord à interdire la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle.
- 1993** Jugement de la Cour suprême dans l'affaire Mossop. La majorité des juges maintient qu'il est impossible de considérer que l'expression « situation de famille » apparaissant dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, puisse inclure une relation homosexuelle. Mais, une dissidence fort bien documentée et argumentée de la juge L'Heureux-Dubé aura des conséquences intéressantes dans d'autres jugements plus tard.
- 1993** Tenue d'une consultation publique organisée par la Commission des droits de la personne du Québec sur la discrimination et la violence vécues par les gais et lesbiennes au Québec.
- 1994** Dépôt du rapport de la Commission *De l'illégalité à l'égalité* à l'Assemblée nationale du Québec.

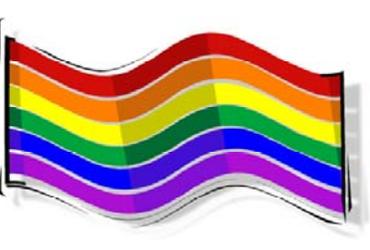
- 1995** Inclusion de l'homosexualité dans la politique québécoise en matière de violence conjugale. Première politique sociale au Québec tenant compte de l'orientation sexuelle comme une des caractéristiques de la population visée.
- 1995** Jugement de la Cour suprême dans l'affaire Egan. Les neuf juges à l'unanimité établissent pour la première fois que l'orientation sexuelle est un motif de discrimination analogue à ceux déjà prévus dans l'article 15 (1) de la *Charte canadienne*. Mais alors qu'une majorité de cinq juges considère que la définition de « conjoint » prévue dans l'article 2 de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* va à l'encontre de cet article 15 (1), une autre majorité de cinq juges conclut que cette atteinte est justifiée dans le cadre d'une société libre et démocratique, conformément à l'article premier de cette même *Charte*.
- 1996** Inclusion de l'orientation sexuelle comme motif de discrimination dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne*.
- 1996** Modification du *Code criminel canadien* afin d'inclure l'orientation sexuelle comme motif de crime à caractère haineux.
- 1996** Amendement de l'article 137 de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec afin d'inclure, dans sa définition de couple, les couples de même sexe en matière de régimes d'assurances, de retraites, et de tout autre régime d'avantages sociaux.
- 1997** Adoption par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec d'orientations favorisant l'adaptation des services aux réalités et besoins des personnes homosexuelles.

- 1998** Jugement de la Cour suprême dans l'affaire Vriend, forçant l'Alberta à intégrer dans sa loi qui protège les droits de la personne, l'orientation sexuelle comme motif de discrimination illicite.
- 1999** Affirmation de l'American Psychological Association (APA) dans son code de déontologie que le fait de considérer l'homosexualité comme un trouble psychologique, une déviance sexuelle ou une forme de psychopathologie est une faute éthique.
- 1999** Adoption par le gouvernement québécois de la *Loi 32* reconnaissant aux couples de même sexe les mêmes droits et les mêmes responsabilités qu'aux conjoints de sexe différents vivant en union de fait.
- 1999** Modification de la définition de conjoint dans toutes les conventions collectives du secteur public afin d'inclure les conjoints de même sexe et de leur accorder les mêmes bénéfices sociaux qu'aux conjoints de sexe différents vivant en union de fait.
- 1999** Jugement de la Cour suprême dans l'affaire *M. c. H.* Des neuf juges de la Cour suprême, huit reconnaissent que la définition de « conjoint » prévue dans la loi ontarienne est bel et bien discriminatoire, contraire à l'article 15 (1) de la *Charte canadienne*, et ne peut se justifier en vertu de l'article 1 de cette même *Charte*. De plus, les juges donnent 6 mois au gouvernement ontarien pour modifier sa loi.

- 1999** Présentation à la Chambre des communes d'une proposition du *Reform Party*, en réaction à la décision de la Cour suprême dans l'affaire *M. c. H.*, visant à évacuer définitivement la question du mariage entre deux personnes de même sexe.
- Cette proposition est adoptée à l'unanimité par la quarantaine de parlementaires toujours présents à la Chambre à la fin de la journée.
- La ministre de la Justice de l'époque, l'honorable Anne McLellan du parti libéral aura les mots les plus fermes pour affirmer la position des parlementaires.
- 2000** Adoption de la *Loi C-23 (Loi sur la modernisation de certains avantages et obligations)* par le gouvernement fédéral reconnaissant aux couples de même sexe les mêmes droits et les mêmes responsabilités qu'aux conjoints de sexe différent vivant en union de fait.
- 2000** Action intentée devant la Cour supérieure du Québec par le couple montréalais Hendricks/Lebœuf, visant à obtenir un permis de mariage.
- 2002** Adoption de la loi sur l'union civile par le gouvernement du Québec. (*Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation*).
- 2004** Jugement de la Cour d'appel du Québec dans l'affaire Hendricks/Lebœuf. La Cour rejette, pour des motifs de discrimination, l'identité de sexe comme empêchement au mariage pour les conjoints de même sexe.

- 2004** Célébration du premier mariage civil au Québec. Le premier avril, Michael Hendricks et René Leboëuf ont convolé en justes noces au palais de justice de Montréal, devant une foule de militants, de sympathisants et de journalistes.
- 2004** Renvoi du gouvernement fédéral à la Cour suprême, concernant la constitutionnalité du mariage entre personnes du même sexe.
- 2005** Adoption par le gouvernement fédéral de la *Loi concernant certaines conditions de fond du mariage civil* (L.C. 2005, e. 33).
- 2006** Vote à la Chambre des communes sur une proposition des conservateurs visant à reprendre le débat sur la définition du mariage dans le but d'en restreindre l'accès aux seuls couples hétérosexuels. Les députés se sont prononcés par 175 voix contre 123 contre la motion des conservateurs.

Annexe 5 Diapositives de la consultation publique

	<p>CONSULTATION PUBLIQUE: DÉROULEMENT</p> <ul style="list-style-type: none">• Présentation des participantes et des participants• Présentation générale de la démarche• Audition des invités/es• Période de questions des membres• Suites à donner• Remerciements	<p>Consultation publique 2007</p> <p>Présentation des participantes et des participants</p>
<p>Consultation publique 2007</p> <p>Présentation générale de la démarche</p>	<p>COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ DES LESBIENNES, GAIS, BISEXUELS ET TRANSGENRES</p> <p>MANDAT DU COMITÉ</p> <ul style="list-style-type: none">• Sous l'autorité du directeur régional de la coordination des réseaux locaux, des secteurs social et santé mentale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le mandat du comité est de fournir un avis aux autorités de l'Agence sur la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres et, plus spécifiquement, sur l'adaptation des services socio-santaires aux réalités de la diversité sexuelle dans notre région.	<p>COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ DES LESBIENNES, GAIS, BISEXUELS ET TRANSGENRES</p> <p>MANDAT DU COMITÉ</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour ce faire, le comité obtient des avis, fait des consultations, organise des discussions autour de l'ensemble des thèmes influençant la santé des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres.• Le comité émet un rapport incluant un plan d'action présentant les principales pistes d'action qui devraient préoccuper le réseau de la santé et des services sociaux dans une perspective de trois ans. Ce rapport est déposé aux autorités de l'Agence qui en disposent.
<p>COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SANTÉ DES LESBIENNES, GAIS, BISEXUELS ET TRANSGENRES</p> <ul style="list-style-type: none">• Cette consultation a été élaborée de façon à recueillir les commentaires et les suggestions des participantes et des participants sur les services de santé et les services sociaux aux LGBT.• Les principaux thèmes de la consultation sont les suivants:<ul style="list-style-type: none">- Le milieu universitaire- L'éducation- La violence- Les syndicats- Un volet général- Le VIH / Sida- Le travail du sexe- Les transgenres- L'homoparentalité <p>La liste des membres du comité est fournie dans votre pochette.</p>	<p>Auditions des invité(e)s</p> <ul style="list-style-type: none">• En fonction de la période de temps qui vous est impartie (45 minutes), veuillez nous indiquer si vous désirez :<ul style="list-style-type: none">- que les membres du comité vous questionnent au cours de votre exposé;- que les questions soient réservées pour la fin de la rencontre (en quel cas, il vous faudra réserver 15 minutes à la fin de votre présentation).	<p>Consultation publique 2007</p> <p>Période de questions des membres</p>
<p>Les suites à donner</p> <ul style="list-style-type: none">• Travail d'analyse à faire à la suite des consultations.• Les membres du comité proposeront un Plan d'action aux autorités de l'Agence.• Comité mis en place pour assurer la mise en œuvre du Plan d'action.	<p>Merci de votre participation!</p> <p>Les membres du comité consultatif vous remercient d'avoir accepté de participer à cette consultation</p>	

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 