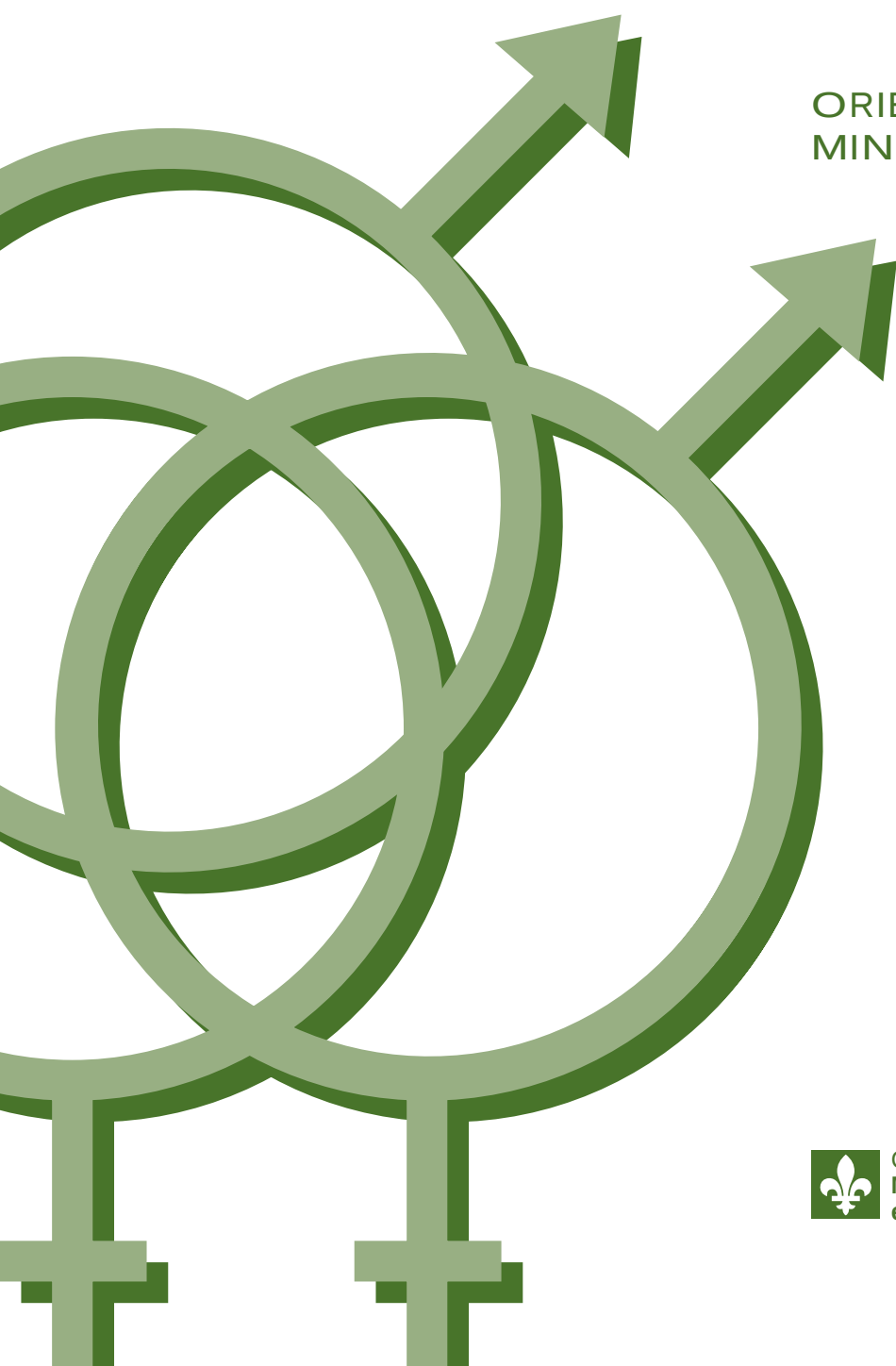


L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles



L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles

ORIENTATIONS
MINISTÉRIELLES



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Auteurs :

Michel CLERMONT

Guy SIOUI-DURAND

Direction générale de la planification et de l'évaluation

Avec la collaboration de :

Lisette BÉDARD

Louis BLANCHET

Jeanne A. GAGNON

Geneviève LAFLAMME

Nicole MAROIS

Denis ST-AMANT

Benoît VIGNEAU

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce document.

Pour plus de renseignements :

Téléphone : **(418) 643-3380**

1-800-707-3380 (sans frais)

Télécopieur : **(418) 644-4574**

Le présent document peut être consulté sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont l'adresse est : **<http://www.msss.gouv.qc.ca>**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1997

ISBN 2-550-31928-1

© Gouvernement du Québec

Le masculin est utilisé dans ce document uniquement dans le but d'alléger le texte et il désigne aussi bien le féminin.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction : De qui et de quoi s'agit-il ?.....	5
1 La santé et le bien-être de la population homosexuelle : les principaux problèmes vécus	7
La détresse psychologique	9
Le suicide	10
L'alcool et la drogue	11
La violence	12
Les MTS et le sida	13
2 La santé et le bien-être de la population homosexuelle : l'état des services de santé et des services sociaux	15
La place octroyée à la population gaie et lesbienne dans les services sociaux et de santé	15
<i>Au niveau central</i>	15
<i>Au niveau régional et local</i>	18
La place des organismes communautaires	19
L'accessibilité de la population homosexuelle aux soins et aux services	21
<i>Des services peu adaptés aux besoins particuliers de la population homosexuelle</i>	21
<i>Les attitudes du personnel intervenant vis-à-vis de la clientèle homosexuelle</i>	22
En guise de conclusion : la nécessité de changer la vision de l'homosexualité	24
3 L'adaptation des services aux réalités homosexuelles : vers des actions concertées	27
Les principes directeurs	27
Les axes d'intervention	28
<i>La lutte à la discrimination à l'endroit des personnes homosexuelles</i>	28
<i>L'adaptation des services aux besoins de la clientèle visée</i>	29
<i>La reconnaissance des communautés gaies et lesbiennes et le soutien de leur contribution</i>	29
<i>L'amélioration des connaissances et des interventions</i>	30
La mise en œuvre et le suivi des orientations	31
Conclusion	33

INTRODUCTION

De qui et de quoi s'agit-il ?

Les études scientifiques sur les orientations sexuelles en Amérique du Nord nous apprennent que près de 10 % de la population a une orientation homosexuelle ou bisexuelle¹ ; un pourcentage semblable de la population peut être homosexuelle à un moment ou l'autre de la vie adulte.

Sans refaire l'histoire, rappelons qu'en 1977, le Québec a été la première province canadienne à inclure l'orientation sexuelle comme motif de discrimination dans sa Charte des droits et libertés de la personne. Toutefois, les changements d'attitudes et de comportements dans le quotidien se font lentement, notamment envers les personnes marginales, minoritaires. Malgré une évolution rapide des sociétés occidentales, comme le Québec, le rejet et le silence, notamment dans les services sociaux et de santé, subsistent ; on ne reconnaît pas concrètement les besoins particuliers de la population homosexuelle.

C'est là le constat de la consultation publique tenue par la Commission des droits de la personne du Québec en novembre 1993. La Commission a produit en mai 1994 un rapport au titre éloquent : *De l'illégalité à l'égalité*. Trois thèmes ont retenu l'attention de la Commission, dont les services de santé et les services sociaux. Celle-ci a donc soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dix-huit recommandations touchant divers problèmes multisectoriels. Ces énoncés appelaient des changements de valeurs et de conduite pour l'ensemble des intervenants du milieu sociosanitaire.

Après la transmission de ce rapport par la Commission au ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministre a formé un comité de travail chargé de faire l'examen de l'état des services sociaux et de santé offerts aux personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles sur la base des recommandations destinées au réseau des services sociaux et de santé publiées dans ce rapport.

Les travaux de ce comité de travail ont servi de base à l'élaboration des présentes orientations pour l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles. Ce document propose donc, pour les prochaines années, d'enrayer les discriminations et de permettre l'accessibilité à de meilleurs services aux personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles partout au Québec.

1. Les connaissances sur la bisexualité étant encore très restreintes, nous ne nous attarderons pas précisément à cette réalité dans ce document.

1 LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION HOMOSEXUELLE : les principaux problèmes vécus

Si on veut saisir la spécificité et la complexité de certains problèmes de santé et de bien-être de la population homosexuelle², on ne peut ignorer le contexte historique et les attitudes sociales face à l'homosexualité. Comme c'est le cas pour la sexualité en général, la perception de l'homosexualité varie en fonction des cultures et des époques. Certaines constantes demeurent toutefois dans les attitudes que l'on a envers l'homosexualité, que l'on considère comme une faute, une forme de criminalité ou une maladie. Certains préjugés persistent également contre les personnes homosexuelles, qui rejoignent à plusieurs égards l'histoire des minorités. Mais malgré des changements significatifs depuis une vingtaine d'années, l'influence de ces théories religieuses, médicales et psychologiques a persisté dans l'imaginaire social, et la majorité des attitudes repose encore sur des mythes et des stéréotypes stigmatisants.

Historiquement, l'existence des lesbiennes est particulièrement occultée par rapport à celle des gais. Plusieurs théories médicales ont considéré l'homosexualité féminine comme un plus grand danger que l'homosexualité masculine parce que l'autonomie des femmes aurait toujours été perçue comme dangereuse. L'idéologie médicale a souvent « pathologisé » la sexualité non reproductive et les comportements non traditionnels des femmes. Malgré leur présence au sein du mouvement féministe, les lesbiennes ont peu sinon aucune existence sociologique ou historique dans les études féministes francophones au Québec³.

La médicalisation de la société et la perception de l'homosexualité comme maladie ont donné naissance à une variété de traitements. Ces visions ont profondément marqué la recherche scientifique, l'intervention thérapeutique et les croyances populaires les plus courantes au sujet de l'homosexualité. Aujourd'hui, deux grandes écoles de pensée occupent particulièrement l'avant-scène : la théorie essentialiste et la théorie constructiviste. La première s'intéresse aux causes de l'homosexualité et la seconde met l'accent sur le caractère arbitraire de la stigmatisation de l'homosexualité, identifiant les causes de sa marginalisation plutôt que de faire son étiologie.

2. La réalité homosexuelle est nommée de plusieurs façons : personne homosexuelle, personne bisexuelle, gai, lesbienne, homme ayant des relations sexuelles avec des hommes, femme ayant des relations sexuelles avec des femmes. Nous retenons principalement l'expression plus englobante « personnes homosexuelles », tout en recourant également aux termes « gais » et « lesbiennes », qui sont passés dans l'usage courant.

3. L. PEERS et I. DEMCZUK. « Lorsque le respect ne suffit pas : Pour une éthique sociale de l'intervention auprès des lesbiennes », in Irène Demczuk (dir.), *Les maux du silence. Hétérosexisme et discrimination à l'égard des lesbiennes*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 1997 (à paraître).

Dans la mesure où notre intérêt porte sur les principaux problèmes de santé et de bien-être de la population homosexuelle, sur leurs déterminants et sur l'adaptation des services qui sont adressés à cette population, les attitudes sociales occuperont la première place dans notre analyse. C'est donc en privilégiant l'approche constructiviste que nous présentons certains liens entre santé, bien-être et homosexualité.

Même si nous commençons à peine à explorer la diversité que recouvre cette population, comme on le fait depuis longtemps au sujet de la santé et du bien-être de la population hétérosexuelle, il est évident que le nombre et la diversité des personnes homosexuelles dans le réseau – jeunes, parents, adultes, personnes âgées, personnes handicapées, immigrants – sont des éléments qui doivent retenir notre attention dans les différents secteurs de la santé et du bien-être.

La marginalisation du groupe et l'isolement de ses membres rendent plus vulnérables plusieurs personnes homosexuelles. Elles ont un risque plus élevé d'éprouver des difficultés psychosociales liées aux réactions réelles ou appréhendées face à l'homosexualité, aux réactions anticipées ou à la peur que pourraient manifester la famille et le réseau de proches, au harcèlement ou aux agressions, de même qu'au risque d'infection par le VIH et par les MTS, pour les gais particulièrement.

Malgré les limites des résultats des recherches sur la santé et le bien-être d'une partie de cette population⁴, il est clair que la majorité des problèmes auxquels elle est spécifiquement confrontée ne proviennent pas de l'orientation sexuelle mais bien du rejet par la société de cette réalité, provoquant chez plusieurs une faille souvent profonde.

4. La petite taille des échantillons pose problème ; il y a également une sur-représentation des gens en contact avec la communauté homosexuelle, ayant une scolarité plus élevée que la moyenne et vivant en milieu urbain.

La détresse psychologique

Encore aujourd'hui, les jeunes et les adultes qui abordent ouvertement la question de leur orientation sexuelle craignent d'être confrontés à l'hostilité de leur famille et de leur entourage. Et peu importe leur âge, qu'ils assument ou non leur orientation, ils devront, pour une part d'entre eux, vivre de toute façon avec les sarcasmes des autres ; parfois, ils seront même victimes d'assauts et de crimes haineux⁵⁻⁶.

Quatre caractéristiques peuvent avoir des conséquences sur leur santé mentale : la possibilité d'avoir à « cacher » leur orientation sexuelle, la présomption des autres selon laquelle ils seraient « anormaux », la stigmatisation reliée à la supposée déviance dont ils seraient atteints et le préjugé voulant que les homosexuels soient tous pareils⁷.

En effet, pour assumer son identité sexuelle, toute personne recourt aux modèles présents dans son environnement ; suivra un processus de socialisation et de reconnaissance de son orientation sexuelle. Ce processus, pour les gais et les lesbiennes, pourra s'avérer plus difficile car il est imprégné de craintes réelles ou anticipées en ce qui a trait aux possibles réactions négatives de la part de l'entourage. En effet, les gens qui s'exposent risquent d'être reconnus publiquement et craignent les réactions de leur milieu de travail ou de leur voisinage.

Peu importe l'orientation sexuelle, l'adolescence est une période très intense du développement de la personnalité et de l'identité, mais pour plusieurs jeunes homosexuels, l'adolescence est souvent plus dramatique. Ils présentent un risque plus élevé de crises psychologiques, liées à l'affirmation de leur sexualité, au rejet par la famille ou par les autres élèves, qu'il soit réel ou appréhendé, au harcèlement ou aux agressions homophobes.

Le processus d'intégration homosexuelle est donc engendré le plus souvent dans l'isolement. Plusieurs personnes homosexuelles ne peuvent s'appuyer sur les milieux traditionnels comme l'école et la famille ; elles ont donc peu ou pas de soutien émotif des parents et du personnel scolaire et, bien souvent, de leurs proches. La crainte du rejet peut prendre une grande place dans leur vie quotidienne ; celle du rejet familial et de l'expulsion de la maison a une grande influence à l'adolescence, puisque l'on n'a à cette étape de la vie ni l'autonomie financière ni la maturité émotive pour faire face à la situation. Souvent, la crainte du rejet peut s'avérer plus grande que la réaction effective de la famille et des amis. Le peu ou l'absence de modèles pour le jeune,

5. B. RYAN et J.Y. FRAPPIER. « Les difficultés des adolescents gais et lesbiennes », *Le médecin du Québec*, 1993, vol. 28, n° 9, p. 71-76.

6. A. D'AUGELLI. « Preventing mental health problems among lesbians and gay college students », *The Journal of Primary Prevention*, 1993, vol. 13, n° 4, p. 245-261.

7. G. HERDT. « Gay and lesbian youth : emergent identities and cultural scenes at home and abroad », *The Journal of Homosexuality*, 1989, n° 17, p. 1-42.

particulièrement pour la lesbienne, peut apparaître très difficile à vivre, surtout en l'absence de soutien qui pourrait venir de la famille. Le rejet familial et scolaire pourrait expliquer que les fugues et le décrochage scolaire soient plus élevés chez les jeunes gais que chez l'ensemble des jeunes⁸.

L'absence de modèle positif conduit une partie d'entre eux à se cacher derrière la façade de l'hétérosexualité ; les jeunes ont tendance à nier leur orientation sexuelle, que ce soit par rapport à eux-mêmes ou par rapport aux autres, et, pour certains d'entre eux, jusqu'à un âge avancé. Ils sont aux prises avec les mythes et stéréotypes qui ont cours face à l'homosexualité et qu'ils ont eux-mêmes intégrés. La dépression devient alors une manifestation courante due au refus de la colère, à la négation de soi, à la fatigue émotionnelle⁹.

Le suicide

Le suicide est l'une des premières causes de mortalité prématurée au Québec. L'Enquête Santé Québec de 1992-1993 rapporte que 4 % des Québécois avaient sérieusement pensé à se suicider au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. L'âge critique se situe entre 15 et 24 ans (huit individus sur cent ont des idées suicidaires). La présence d'idées suicidaires est, entre autres, associée à une détresse psychologique élevée et à un faible niveau de l'indice de soutien social.

Il est reconnu qu'il y a généralement une sous-estimation des suicides dans l'ensemble de la population ; l'« invisibilité » des gais et des lesbiennes augmente sans doute cette sous-estimation. On a vu que le suicide est une cause importante de décès chez les jeunes, mais les chercheurs ont porté très peu d'attention à l'homophobie réelle ou appréhendée comme cause du suicide.

Dans une étude américaine récente sur la santé mentale et le suicide auprès de jeunes gais et bisexuels, Hershberger et D'Augelli¹⁰ constatent que ceux-ci présentent des risques plus élevés d'avoir des idées suicidaires ou de faire des tentatives de suicide que les jeunes hétérosexuels.

Le suicide chez les jeunes homosexuels et bisexuels a aussi fait l'objet de recherches au Canada, mais à l'exception du gouvernement fédéral¹¹, qui reconnaît les gais et les lesbiennes comme un groupe présentant un haut risque de suicide, et du ministère québécois de la

8. G. REMAFEDI. « Male homosexuality : the adolescent perspective », *Pediatrics*, 1987, n° 79, p. 326-330.

9. C.L. DEMPSEY. « Health and social issues of gay, lesbian, and bisexual adolescents », *The Journal of Contemporary Human Services*, 1994, p. 160-167.

10. S. HERSHBERGER et A. D'AUGELLI. « The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay and bisexual youths », *Developmental Psychology*, 1995, vol. 31, n° 1, p. 65-74.

11. SANTÉ CANADA. *Suicide in Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1995.

Santé et des Services sociaux, dans sa proposition d'une stratégie d'actions face au suicide (1997), les résultats des études sur le sujet sont, selon Tremblay¹², ignorés par les spécialistes du suicide. Pourtant, toutes les études auprès des jeunes gais et bisexuels en Amérique du Nord révèlent un taux très élevé de tentatives de suicide : douze d'entre elles rapportent un taux de 20 à 50 %. Les jeunes gais et bisexuels sont aussi soumis aux facteurs habituellement associés au suicide (facteurs génétiques, biologiques, environnementaux), comme les autres jeunes hétérosexuels présentant un risque de comportements suicidaires ou de suicide. Malgré des taux aussi élevés, les chercheurs préoccupés du suicide chez les personnes homosexuelles semblent se buter au silence, surtout en ce qui a trait à l'influence des facteurs « orientation sexuelle » ou « abus sexuel » dans l'enfance de l'homme et de la femme comme prédictors de multiples problèmes, et particulièrement du suicide. Peu d'efforts sont consentis pour élucider les mécanismes par lesquels la victimisation vis-à-vis des gais et des lesbiennes peut conduire un jeune à développer des pensées ou des comportements autodestructeurs.

L'alcool et la drogue

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 permet d'estimer à 13,3 % d'hommes et 2,8 % de femmes la proportion de Québécois et de Québécoises qui boivent quatorze consommations et plus par semaine. La proportion de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique s'accroît considérablement avec les risques de problèmes d'alcool.

Selon la littérature répertoriée par Hall¹³, les chercheurs, les cliniciens et les lesbiennes elles-mêmes croient que les abus dans la consommation d'alcool et de drogues sont plus élevés et plus sévères dans la population lesbienne que dans la population en général. Dans la seule étude américaine basée sur un large échantillon de lesbiennes à un niveau national, 25 % d'entre celles-ci rapportent consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine et 6 % boivent tous les jours. Quatorze pour cent des femmes de l'échantillon estimaient, au moment de l'enquête, avoir des problèmes reliés à leur consommation d'alcool et 16 % ont cherché de l'aide dans le passé¹⁴.

Les difficultés psychologiques reliées au développement de l'identité homosexuelle dans une société où la norme instituée est hétérosexuelle,

12. P.J. TREMBLAY. « The homosexuality factor in the youth suicide problem », texte présenté à la Sixième conférence annuelle de la Canadian Association for Suicide Prevention, Banff, Alberta, 11-14 octobre 1995.

13. J.M. HALL. « An exploration of lesbian images of recovery from alcohol problems », *Health Care of Women International*, 1992, n° 13, p. 181-198.

14. K. ERWIN. « Interpreting the evidence : completing paradigms and the emergence of lesbian and gay suicide as a "social fact" », *International Journal of Health Services*, 1993, vol. 23, n° 3, p. 437-453.

ainsi que l'établissement d'un mode de vie comme membre d'une minorité stigmatisée, ont été identifiés comme des facteurs contribuant à une plus grande prévalence de l'alcoolisme chez les adultes homosexuels¹⁵.

La violence

On connaît peu l'ampleur du phénomène de la violence chez les gais et les lesbiennes. Cependant, la plupart des recherches vont dans le même sens : plus de la moitié de la population adulte gaie et lesbienne estime avoir subi, au moins une fois dans sa vie, une forme de violence verbale ou physique.

Une étude de Martin et Hetrick¹⁶ a estimé que 40 % de la population gaie subit de la violence à cause de son orientation sexuelle. Les membres de la famille seraient responsables de 49 % de cette violence. Une étude plus récente auprès d'adolescents gais indique que les trois quarts d'entre eux rapportent être l'objet de réactions négatives à l'école, incluant des commentaires grossiers, du harcèlement et de la violence physique de la part des autres élèves.

La Politique d'intervention en matière de violence conjugale traite du problème de la violence conjugale chez les lesbiennes en le distinguant de celui qui est vécu par les gais. La Politique fait le constat suivant :

« Les femmes qui vivent de la violence conjugale de la part de leur conjointe se trouvent confrontées à de graves difficultés d'accès aux ressources. L'hétérosexisme peut contribuer à un plus grand isolement social des couples lesbiens. De plus, l'homophobie limite leur possibilité de révéler la violence et réduit au silence la majorité des victimes¹⁷. »

Quant à la violence dans les couples gais, elle est aussi un phénomène méconnu, peu documenté et même nié :

« Considérant le fait que les hommes occupent plus souvent une position de pouvoir dans la société, il peut être difficile pour les hommes gais violentés de reconnaître qu'ils subissent de la violence conjugale. Les préjugés à l'endroit des gais ne rendent pas compte du fait qu'ils peuvent aussi avoir des comportements violents à l'endroit de leur partenaire¹⁸. »

15. S. SCHNEIDER *et al.* « Suicide behavior in adolescent and young adult gay men », *Suicide & Life, Threatening Behavior*, 1989, vol. 19, n° 4, p. 381-394.

16. A. MARTIN et E. HETRICK. « The stigmatisation of the gay and lesbian adolescent », *The Journal of Homosexuality*, 1988, vol. 15, n°s 1-2, p. 163-183.

17. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1995, p. 48.

18. *Ibid.*, p. 48.

Le plan d'action pour la mise en œuvre de cette politique permet d'espérer une meilleure connaissance de ce phénomène et des moyens de prévention à préconiser.

Les MTS et le sida

Les études démontrent que les gais présentent des risques élevés de contracter des MTS ou le VIH. On estime qu'une image de soi positive contribuerait à l'adoption de comportements sécuritaires. Or, la discrimination à l'égard des hommes gais, qui s'accompagne généralement d'un manque de soutien social et d'une image négative de soi, constitue un facteur de risque important. Au Québec, on estime qu'entre 10 et 20 % des hommes homosexuels et bisexuels vivent avec le VIH ou le sida¹⁹. Selon le bilan établi par le Centre québécois de coordination sur le sida, au cours des dix dernières années, il y aurait eu une diminution de la proportion d'hommes ayant des relations sexuelles non protégées ainsi qu'une certaine progression dans la fréquence d'utilisation du condom. Toutefois, un homme sur cinq aurait encore, à l'occasion ou de façon régulière, des rapports sexuels non protégés. Dans les enquêtes, on a montré que l'engagement dans la communauté gaie avait un effet certain sur l'adoption de comportements sécuritaires. D'autres enquêtes québécoises révèlent que l'usage du condom croît avec le niveau de scolarité et de revenus, la taille de la ville où l'on habite, l'abstinence en matière de consommation de drogues et l'engagement dans la communauté gaie.

On a cependant peu étudié l'effet psychologique des deuils répétés sur la communauté gaie décimée par l'infection au VIH.

19. R. RÉMIS. *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1994*, Montréal, Centre québécois de coordination sur le sida, 2 février 1996, p. 97.

2 LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION HOMOSEXUELLE : l'état des services de santé et des services sociaux

Dans cette seconde partie, nous présentons un portrait de la place octroyée à la réalité homosexuelle au sein du système de santé et de services sociaux et un portrait des organismes communautaires gais et lesbiens dans leur réponse aux besoins de la population homosexuelle. Nous ferons un examen de l'accessibilité des services à l'intérieur de ce groupe avant de dégager, en conclusion, les barrières culturelles qui limitent la réponse fournie à ses besoins.

La place octroyée à la population gaie et lesbienne dans les services sociaux et de santé

Comme l'ensemble de la population, les gais, les lesbiennes et les bisexuels ont accès aux services sociaux et de santé ; cependant, il ne suffit pas que les services soient gratuits ou géographiquement accessibles, ils doivent aussi être socialement et culturellement appropriés. La question de l'adaptation est cruciale pour les groupes marginalisés, que ce soit les personnes pauvres, les minorités ethniques ou la population gaie et lesbienne.

Au niveau central

Au départ, c'est essentiellement en réponse à l'épidémie du sida que le Ministère en est venu à accorder un intérêt à 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 entreprise.

Le cadre de référence pour la prévention de la transmission de l'infection au VIH du CQCS en appelle à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu communautaire, de même qu'à

tous les autres partenaires en cause, afin de prioriser les interventions auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans toutes les régions sociosanitaires du Québec. Il recommande des interventions tant sur le plan collectif qu'individuel, que le Ministère souhaite voir se réaliser pour contribuer à un environnement favorable aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et à une meilleure prise en charge de leur santé.

Selon Jonathan Mann²⁰, l'évolution du VIH démontre clairement que la transmission de l'infection au VIH dans une population est intimement liée aux caractéristiques propres à un milieu donné et que certaines conditions sociales, notamment la discrimination, augmentent la vulnérabilité des individus à l'infection au VIH.

Depuis plusieurs années, le Ministère cherche, avec les régies régionales de la santé et des services sociaux, à mieux rejoindre les hommes homosexuels dans toutes les régions sociosanitaires. Ainsi, il soutient de nombreux projets sur le terrain, principalement réalisés par des organismes communautaires sur le sida. De plus, afin de contrer la méconnaissance de l'homosexualité dans le réseau de la santé et des services sociaux, un programme de formation, intitulé *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité*, a été mis sur pied. Ce programme a été offert jusqu'à maintenant à 1 800 intervenants.

Le Ministère a apporté son soutien à la production d'un numéro spécial de la revue *Le médecin du Québec*, intitulé «La médecine gaie» ; il a également participé en novembre 1994 au Colloque sur la santé gaie organisé par l'Association pour la santé publique du Québec, en plus d'apporter un soutien financier à l'événement. Enfin, le Conseil québécois de la recherche sociale, en concertation avec le Centre de santé publique de Québec, a parrainé, en 1996, une recension d'écrits sur les jeunes homosexuels masculins.

Au printemps 1996, le Ministère publiait, dans sa collection *Études et Analyses*, un document intitulé *Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention*. Il en assura une diffusion dans l'ensemble du réseau sociosanitaire et auprès des organismes communautaires.

20. J.M. MANN. « Prochaine étape : le sida, les communautés et les droits de la personne », Deuxième conférence internationale sur la prise en charge extra-hospitalière, Montréal, mai 1995.

Une ligne téléphonique, Gai Écoute, a également été mise en service en 1980 dans la région de Montréal. Cette ligne d'écoute spécialisée dans les questions relatives à l'homosexualité vise à donner aux personnes homosexuelles et bisexuelles un moyen de briser leur isolement et d'amorcer le processus devant leur permettre de s'adapter à leur orientation sexuelle. Depuis 1996, une subvention du Ministère permet d'offrir gratuitement ce service d'écoute téléphonique et de renseignements, dispensé par des bénévoles, dans toutes les régions du Québec (1-888-505-1010).

En collaboration avec plusieurs autres ministères, le MSSS a contribué à l'élaboration de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale, publiée en 1995 ; nous avons vu qu'elle aborde la problématique de la violence conjugale dans les couples gais et lesbiens. En 1997, dans son document de consultation intitulé *Proposition d'une stratégie québécoise d'actions face au suicide*, le Ministère a inscrit l'homosexualité parmi les facteurs associés au suicide et aux comportements suicidaires.

Le Ministère a collaboré également au programme *Dire enfin la violence*. Ce programme vise à accueillir, à soutenir et à accompagner les gais et les lesbiennes victimes de violence. L'importance de ce programme réside aussi dans le partenariat qu'il implique entre divers secteurs : les communautés gaies et lesbiennes, le ministère de la Sécurité publique, la Communauté urbaine de Montréal, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, la Ville de Montréal, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

L'inclusion d'une question sur l'orientation sexuelle dans l'Enquête Santé Québec 1998 contribuera à améliorer les connaissances sur la santé et le bien-être de la population homosexuelle. Une monographie pourrait être rédigée sur la santé et le bien-être de la population homosexuelle à partir de l'analyse des résultats. Notons que l'inclusion d'une question sur l'orientation sexuelle constitue une première dans une enquête d'une telle envergure.

Soulignons finalement qu'au cours de la consultation publique de la Commission des droits de la personne sur la violence et la discrimination envers les gais et les lesbiennes, la Fédération des centres locaux de services communautaires (CLSC) s'est engagée à produire une politique d'accueil dans son réseau pour les personnes homosexuelles.

Au niveau régional et local

À Montréal, la Régie régionale de Montréal-Centre a mis sur pied, en 1995, un groupe de travail sur l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux pour la communauté gaie et lesbienne. Le groupe reconnaît l'existence de réels problèmes en matière d'accessibilité à des services adaptés aux besoins particuliers des gais et des lesbiennes, de même que la faiblesse des liens entre les groupes communautaires et les établissements du réseau. Les recommandations visent une plus grande ouverture du réseau à l'égard de la population gaie et lesbienne en privilégiant les éléments suivants : inventaire des besoins et des services existants ; sensibilisation et formation des intervenants du réseau ; soutien financier aux groupes communautaires de gais et de lesbiennes ; promotion des efforts conjoints entre le réseau public et les groupes communautaires ; création, à l'intérieur de la Régie, d'un comité d'actualisation et de suivi des recommandations.

Nous ne ferons pas ici l'historique de la participation du réseau aux services offerts à la communauté homosexuelle. Soulignons cependant le travail de l'équipe du Projet 10 du Centre de la Jeunesse et de la Famille Batshaw, soutenu par la Régie régionale de Montréal-Centre dans le cadre de son programme de prévention du VIH. Le projet, qui existe depuis une vingtaine d'années, offre des services axés sur la mise en valeur de l'identité des adolescents et des jeunes adultes, en transmettant à ceux-ci des messages positifs sur leur orientation sexuelle.

En cours d'année, une table multipartite sur la santé gaie et lesbienne a été constituée ; elle tente de veiller à l'amélioration des services et des relations entre les dispensateurs et la clientèle homosexuelle²¹.

À Québec, la Régie régionale de Québec, à la suite du rapport de la Commission des droits de la personne, a proposé des pistes à partir desquelles elle compte soumettre un plan d'action. Le CLSC Haute-Ville offre une intervention identifiée à la thématique homosexuelle et sert de référence à toute personne qui désire obtenir de l'aide, au besoin dans l'anonymat et la confidentialité ; il accueille également deux groupes communautaires, dont celui des 14-17 ans.

Dans l'ensemble du Québec, les régies régionales ont reçu le rapport de la Commission des droits de la personne sur la violence et la discrimination envers les gais et les lesbiennes ; la plupart d'entre elles sont informées de l'existence de groupes communautaires se préoccupant de la condition gaie et lesbienne. Dans l'est du Québec, plusieurs CLSC ont

21. Siègent à cette table des représentants de Séro-Zéro, du Groupe de discussion Montréal (G.D.M.), du Centre des gais et lesbiennes, de la Commission des droits de la personne, du CLSC du Plateau, du CLSC Métro, du CLSC du Faubourg et de la Ville de Montréal. Le CLSC du Plateau et le CLSC Métro partagent leur expertise en la matière.

établi des contacts avec les organismes gais et lesbiens. Certains CLSC fournissent à ces organismes un appui concret, par exemple l'Estuaire, à Rimouski. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être, deux régions ont invité des organismes gais à participer à la détermination des priorités en matière de santé et de bien-être de leur territoire. La grande majorité des régions offrent, sur leur territoire, le programme de formation du CQCS, *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité*.

La place des organismes communautaires

Les organismes communautaires et les groupes d'entraide issus des communautés gaies et lesbiennes jouent un rôle primordial, non seulement en faisant œuvre de conscientisation et en faisant des revendications et de la médiation pour l'obtention de services adaptés à leurs besoins, mais également par les services qu'ils dispensent eux-mêmes à leur communauté. Avec la venue du sida, un réseau encore plus serré d'organismes gais s'est constitué dans la majorité des régions sociosanitaires pour soutenir la communauté et établir une collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, tant pour les services préventifs que curatifs.

Les communautés gaies et lesbiennes se sont dotées de plusieurs organismes, d'associations et de groupes d'entraide offrant une variété de services et d'activités dans les domaines culturel, sportif, juridique ou de la santé mentale (alcooliques anonymes, jeunes en difficulté, etc.). Ceux-ci sont concentrés principalement dans les grands centres urbains et sont financés essentiellement par leurs membres. Cependant, cette absence de financement public stable contribue à la précarité de l'organisation communautaire, préoccupée continuellement de sa survie financière.

C'est d'abord dans la région de Montréal que les communautés gaies et lesbiennes ont mis sur pied plusieurs organismes qui dispensent des services de toutes sortes. Ce sont les travaux et les pressions d'un regroupement de ces organismes qui ont conduit la Commission des droits de la personne à tenir, en novembre 1993, une consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et les lesbiennes. Voici quelques organismes et associations qui illustrent la diversité des services dont la communauté montréalaise s'est dotée : le

Centre des gais et lesbiennes de Montréal, le Centre de services juridiques pour lesbiennes et gais, Jeunesse Lambda, qui apporte du soutien aux moins de 25 ans, Rencontre Alcoolique-Anonyme Gai – un service offert également à Québec –, Divers/Cité, l'Association des pères gais de Montréal, Mecs-Santé, en plus de nombreuses associations de travailleurs et d'étudiants de collèges et d'universités.

Il existe également des groupes de diffusion et de recherche sur la réalité gaie et lesbienne comme Diffusions gaies ou le Groupe interdisciplinaire de recherches et d'études Homosexualité et société (GIREHS) de l'Université du Québec à Montréal.

L'isolement social de la population gaie et lesbienne peut se doubler d'un isolement géographique. C'est bien souvent le cas d'hommes ou de femmes de régions rurales ou semi-urbaines où le réseau de socialisation des gais et des lesbiennes est fort réduit ou inexistant. Cependant, le milieu gai de la région de Québec et de l'est du Québec est de plus en plus organisé ; à cet égard, la Coalition gaie et lesbienne-Québec assume une concertation et une liaison avec les groupes gais et diverses institutions concernées par la condition gaie.

Sur la Côte-Nord, le Centre des femmes l'Étincelle a amorcé un projet sur la santé des femmes lesbiennes. Il en va de même pour le Centre de santé des femmes de l'Estrie. Les lesbiennes ont également participé de façon importante aux activités du Centre de santé des femmes de Montréal, à la Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit, à la formation de comités de condition féminine, à la mise sur pied de maisons d'hébergement pour femmes violentées et de collectifs féministes sur la violence faite aux femmes²².

Malgré le nombre et la variété des organismes communautaires et des groupes d'entraide, plusieurs fonctionnent à l'écart du réseau sociosanitaire. L'amélioration des services destinés à la population homosexuelle doit miser, comme pour les autres groupes, sur une collaboration étroite entre les secteurs public et communautaire.

22. I. DEMCZUK. *Op. cit.*

L'accessibilité de la population homosexuelle aux soins et aux services

La question de l'accès aux soins et aux services du système de santé et de services sociaux est cruciale pour les groupes marginalisés. Le silence des intervenants sur la question de l'homosexualité ne contribue pas à une adaptation effective des services à cette clientèle.

Des services peu adaptés aux besoins particuliers de la population homosexuelle

À travers les mémoires déposés lors de la consultation publique de la Commission des droits de la personne, à travers une revue de la littérature sur le sujet²³, et en nous basant plus particulièrement sur les éléments dégagés dans le numéro spécial de la revue *Le médecin du Québec*, intitulé « La médecine gaie », nous sommes en mesure de constater que les gais, les lesbiennes et les bisexuels ne reçoivent pas toujours des services appropriés à leur condition. L'adaptation des services s'appuie sur une connaissance fine de la clientèle à desservir ; compte tenu du peu d'information sur ces groupes, il n'est pas surprenant que l'on soulève ce manque d'adaptation des services sociaux et de santé, particulièrement pour les jeunes et pour les lesbiennes.

Le mouvement féministe a provoqué un examen des problèmes particuliers vécus par les femmes dans leurs relations avec les professionnels du système de soins. Les analyses portant sur les lesbiennes et la santé ont mis particulièrement en évidence les attitudes hétérosexistes du personnel intervenant.

Il semble que les lesbiennes consultent moins que les femmes hétérosexuelles. Une des raisons majeures à l'origine de cette attitude est la peur du rejet de la part des professionnels de la santé. Dans une étude américaine auprès d'un échantillon restreint, 70 % des lesbiennes auraient eu une réponse négative des professionnels de la santé lorsqu'elles ont révélé leur orientation sexuelle²⁴. Plusieurs ont subi des bris de confidentialité, des examens physiques brusques (surtout gynécologiques), des sarcasmes et des questions personnelles inquisitrices. En général, il semble que les médecins présument de l'hétérosexualité des femmes, étant peu enclins à s'informer de leur orientation sexuelle. D'autres études viennent confirmer la persistance de ce genre de difficultés pour les lesbiennes²⁵⁻²⁶.

23. M. CLERMONT. *Santé, bien-être et homosexualité : éléments de problématique et pistes d'intervention*, collection Études et Analyses, n° 26, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 56 p.

24. D. EDELMAN. « University health services sponsoring lesbian health workshops: implications and accessibility », *Journal of American College Health*, 1986, vol. 35, n° 1, p. 44-45.

25.. D. JUNOD et L. CHAREST. « Santé des femmes homosexuelles. Quelles sont vos recommandations médicales ? », *Le médecin du Québec*, 1993, vol. 28, n° 9, p. 67-69.

26. S.E. TRIPPET et J. BAIN. « Physical health problems and concerns of lesbians », *Women & Health*, 1993, vol. 20, n° 2, p. 59-70.

Même s'ils ont accès aux services, les jeunes, gais ou lesbiennes, ne disposent pas, à quelques exceptions près, de programmes appropriés à leur condition. Ils font face à des barrières institutionnelles reliées à l'homophobie ; on peut ainsi croire qu'il y a une sous-utilisation des services, compte tenu de l'ampleur des problèmes soulevés.

Dans les services sociaux, on continue à ne pas aborder facilement la question de la sexualité ; si on ajoute *homo* à *sexualité*, le sujet de discussion devient tabou pour encore plusieurs intervenants. Puisque les jeunes vont rarement aborder d'eux-mêmes la question de leur orientation homosexuelle, le personnel n'explore pas aisément cet aspect avec eux.

Au Québec, jusqu'à tout récemment, peu d'organismes ou de groupes communautaires tenaient compte des jeunes gais et lesbiennes dans les soins ou les services offerts. On sait déjà que les adolescents consultent peu le système ; ils considèrent que le personnel des établissements est peu disposé à discuter d'homosexualité et ils craignent le manque de confidentialité de leur démarche.

Dans la planification des services destinés aux personnes âgées, on ne tient toujours pas compte de la population gaie et lesbienne. Là aussi, les modèles d'intervention sont conçus pour une population hétérosexuelle. Il n'existe pas de politique pour assurer le soutien des personnes homosexuelles au moment de leurs visites à l'hôpital ou au moment de prendre des décisions médicales pour leur conjoint ou leur conjointe ; leur possible isolement ou leur vulnérabilité ne sont pas toujours pris en considération. Aucun de ces éléments n'est incorporé dans les services existants.

Ainsi, l'absence de politiques ou même de dialogue sur des politiques vis-à-vis des gais et des lesbiennes dans les services sociaux et de santé laisse le plus souvent dans l'isolement tant la clientèle homosexuelle que le personnel.

Les attitudes du personnel intervenant vis-à-vis de la clientèle homosexuelle

Toute relation des usagers du réseau avec les intervenants se construit fondamentalement sur la confiance ; les attentes face aux intervenants sont particulièrement élevées parce que la relation à établir rejoint directement l'individu dans son intimité personnelle, familiale ou corporelle²⁷. Cependant, les intervenants auraient plus de difficultés à

27. D. WELZER-LANG et al. *La peur de l'autre en soi : du sexisme à l'homophobie*, Montréal, VLB éditeur, 1994, 302 p.

offrir des services adaptés à la clientèle homosexuelle. De leur côté, les gais, les lesbiennes et les bisexuels sont peu disposés à révéler leur orientation sexuelle par appréhension ou par crainte de discrimination et d'hostilité de la part des intervenants, ce qui n'est pas sans conséquence sur la recherche de traitements, particulièrement pour les problèmes de santé mentale.

L'invisibilité des personnes homosexuelles peut fournir une explication aux difficultés des intervenants ; d'autres facteurs sont aussi en cause : les stéréotypes face aux gais et aux lesbiennes, le sentiment de menace face à l'homosexualité, le peu de littérature scientifique sur le sujet et l'absence de formation sur la réalité homosexuelle. Cette crainte face à l'homosexualité, du silence qui l'entoure jusqu'à son rejet, se manifesterait par une éducation sexuelle restreinte à l'hétérosexualité chez les intervenants, par un manque d'information sur le processus d'acceptation de son orientation sexuelle pour réduire ses problèmes psychosociaux et par la stigmatisation associée à la recherche sur l'homosexualité. Bref, on retrouve ce biais hétérosexiste tant dans la formation, l'intervention que la recherche.

Des médecins exigeraient même de la part de certains patients qu'ils passent un test de dépistage du VIH, et cela, simplement parce qu'ils sont gais ; d'autres médecins refuseraient à des lesbiennes des tests de dépistage des MTS en prétextant qu'elles ne sont pas à risque²⁸. Mais le préjugé le plus grave dans le domaine de la santé est la croyance qu'une bonne psychothérapie peut guérir toutes les personnes homosexuelles.

Cependant, l'avènement du sida, même s'il a pu contribuer à «remédicaliser» l'homosexualité, a également sensibilisé plusieurs médecins et intervenants à la nécessité de mieux saisir la situation des gais qui consultent en dissimulant leur vécu sexuel. Les attitudes des intervenants québécois œuvrant dans le domaine de la prévention du sida auprès des jeunes gais ou bisexuels sont plutôt positives face à l'homosexualité. Dans le cadre d'une évaluation actuellement en cours à la Direction de la santé publique de la Montérégie²⁹, 338 intervenants ont répondu à un questionnaire mesurant principalement leurs connaissances et attitudes face à l'homosexualité masculine, leur intérêt à œuvrer auprès des jeunes gais ou bisexuels et la perception de leur compétence lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de cette clientèle en matière de prévention du sida. Les premiers résultats démontrent que les connaissances des intervenants sont limitées, particulièrement en ce qui

28. J. LAFOND et M. STEBEN. « Concepts d'homophobie et d'hétérosexisme », *Le médecin du Québec*, 1993, vol. 29, n° 9, p. 43-50.

29. J. OTIS et N. CHOUINARD. *Évaluation du projet « Planification d'une structure d'accueil en Montérégie destinée aux jeunes hommes de 15 à 24 ans ayant des comportements homosexuels »*, Partie 1 (Appréciation de la structure du processus de la formation offerte aux intervenants), rapport préliminaire préparé pour l'hôpital Charles-LeMoine et la Régie régionale de la Montérégie, juillet 1994.

a trait aux aspects théoriques et aux aspects psychosociaux reliés à l'homosexualité. Mais malgré un intérêt élevé pour l'intervention auprès de cette clientèle, ils disent se sentir modérément compétents à l'égard de celle-ci et affirment que les services actuels répondent peu aux besoins des jeunes homosexuels.

Le besoin et l'utilité d'une formation accrue ont aussi été soutenus par une étude menée auprès de médecins récemment diplômés des universités québécoises. Cette recherche conclut que plusieurs d'entre eux ressentent un grand inconfort à aborder les questions d'ordre sexuel avec leurs patients, spécialement celles de l'orientation sexuelle et des comportements à risque. Elle confirme également les effets positifs d'une formation appropriée ; par exemple, les médecins diplômés de l'Université de Sherbrooke, recevant une formation plus adaptée aux réalités sexuelles, ont une perception plus juste et une pratique plus appropriée lorsqu'ils abordent les différents aspects de la santé sexuelle de leurs patients³⁰.

En guise de conclusion : la nécessité de changer la vision de l'homosexualité

Le plus souvent sous la pression des communautés gaies et lesbiennes, le système des services sociaux et de santé a manifesté depuis peu une ouverture réelle pour mieux adapter ses services aux besoins de ces communautés. Au cours des dernières années, colloques, forums, consultations publiques, pressions des organismes communautaires et manifestations diverses ont favorisé, du palier central au palier local, la sensibilisation à une réalité jusqu'ici pratiquement ignorée.

Force est de constater que nous devons aller au-delà du discours et des intentions. Des actions beaucoup plus énergiques devront être prises, car considérant l'ampleur des problèmes soulevés, il y a une sous-utilisation des services, le plus souvent causée par des barrières culturelles qui se manifestent par le silence ou par une non-reconnaissance des besoins particuliers des clientèles gaies et lesbiennes. Certes, cette absence de reconnaissance n'est pas propre au système de santé et de services sociaux, mais constitue bel et bien une caractéristique de la plupart des institutions publiques. Cependant, les attentes à l'égard des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont, avec

30. N. HALEY, B. MAHEUX et M. RIVARD. *STD/HIV Prevention by Newly-Trained Family Physicians*, Université de Montréal, hôpital Sainte-Justine, Cité de la Santé de Laval, 1994, 27 p.

raison, particulièrement élevées, mais la crainte de la discrimination et de l'hostilité des intervenants ressentie par la clientèle homosexuelle, associée à l'absence de formation de ceux-ci sur la réalité homosexuelle, entravent l'accessibilité et la qualité des services offerts à la population homosexuelle. Le système contribue à l'occultation de cette réalité et à certains de ses effets négatifs sur la santé et le bien-être de cette clientèle.

Si on vise une organisation des interventions sociosanitaires en fonction des groupes à rejoindre et des problèmes à résoudre, il faut revoir la question de l'homosexualité dans une perspective plus large, y compris à travers toute la complexité des mécanismes d'exclusion ou d'isolement des différents acteurs en cause.

Lever le silence sur la population gaie et lesbienne dans les institutions passe par plus d'information et de formation, un réexamen de l'organisation des services avec les organismes communautaires œuvrant dans le milieu et une recherche sociale accrue, tant pour comprendre le phénomène que pour améliorer les interventions.

3 L'ADAPTATION DES SERVICES AUX RÉALITÉS HOMOSEXUELLES : vers des actions concertées

Les principes directeurs

Une des convictions sur lesquelles repose la Politique de la santé et du bien-être est que la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. Or, la société dans laquelle évoluent les personnes homosexuelles est fortement influencée par des valeurs hétérosexistes et homophobes. Il n'est donc pas surprenant que les nouvelles avenues empruntées pour améliorer la santé et le bien-être des clientèles gaies et lesbiennes doivent privilégier les causes environnementales, plus particulièrement les lois, la culture institutionnelle et les attitudes.

Tout en convenant que le questionnement sous-tendu par la réalité homosexuelle doit s'inscrire dans une perspective très large visant les causes de la discrimination, le réseau de la santé et des services sociaux a la responsabilité de s'assurer que les services qu'il dispense sont de qualité et accessibles à toute la population québécoise. Les barrières culturelles rencontrées avec la population homosexuelle soulèvent des interrogations similaires à celles déjà soulevées pour d'autres clientèles du réseau, comme les populations socio-économiquement défavorisées ou les communautés culturelles.

Les principes sur lesquels reposent les actions du système de santé et de services sociaux sont inscrits et dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne et dans la Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux. La Charte stipule que l'orientation sexuelle ne peut être un motif de discrimination et la Loi prévoit que le système de santé et de services sociaux doit être respectueux des caractéristiques des populations à desservir et répondre à leurs besoins.

En plus d'appuyer ses actions sur les objectifs inscrits dans la loi précitée, le Ministère s'appuie aussi sur les principes suivants :

- l'élimination de toute discrimination dans la prestation des services sociaux et de santé ;
- la reconnaissance de la légitimité des aspirations à un mieux-être pour les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles ;
- la promotion du respect de la clientèle gaie, lesbienne et bisexuelle, et du respect de ses différences.

Les axes d'intervention

Le Ministère entend articuler son action autour de quatre axes d'intervention.

La lutte à la discrimination à l'endroit des personnes homosexuelles

Dans le développement des conditions favorables à la santé, au bien-être et à la qualité de vie de la population homosexuelle, le système de santé et de services sociaux a une contribution à apporter au sein même de ses institutions. Briser le silence autour de la réalité homosexuelle et combattre l'isolement des individus qui ont besoin de services, voilà la contribution minimale attendue. De plus, le maintien et l'accroissement de la concertation avec les autres secteurs de la société s'avèrent des objectifs à poursuivre pour lutter contre la discrimination à l'endroit des gais et des lesbiennes et changer les mentalités, notamment auprès des parents, des enseignants et des jeunes.

La promotion de la santé mise de l'avant repose sur la nécessité d'agir sur les facteurs sociaux à l'origine de la discrimination dont sont victimes les gais, les lesbiennes et leurs communautés respectives.

Dans son action visant la prévention de la transmission de l'infection au VIH auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, le Ministère s'est déjà donné un objectif que nous réitérons ici : réduire la discrimination à l'endroit de l'homosexualité.

L'adaptation des services aux besoins de la clientèle visée

L'adaptation des services aux besoins de la clientèle homosexuelle nécessite une démarche systématique d'acceptation des réalités homosexuelles, et ce, à tous les paliers : central, régional, local. Cela signifie :

- au niveau central, l'intégration de la dimension « orientation sexuelle » dans l'exercice des grandes fonctions ministérielles, entre autres dans l'élaboration des politiques et des orientations, la planification stratégique, le soutien à la recherche, l'évaluation, etc. ;
- au niveau régional, la prise en considération de la réalité homosexuelle dans la mise en œuvre des politiques et des orientations ministérielles, dans l'examen des besoins de formation, dans l'établissement des priorités sur le plan de la santé et du bien-être et dans la répartition des ressources financières ;
- au niveau local, un accueil sans préjugés et des interventions adaptées aux clientèles homosexuelles dans tous les établissements, soit un accueil adapté aux différents milieux de vie, le soutien concret des organismes communautaires et d'entraide œuvrant auprès de la population gaie et lesbienne, l'établissement d'une concertation avec ces organismes et un soutien aux intervenants en vue de les aider à tenir compte de l'homosexualité dans leurs actions.

La reconnaissance des communautés gaies et lesbiennes et le soutien de leur contribution

Les organismes communautaires et les groupes d'entraide, en plus de jouer un rôle de socialisation significatif, apportent un soutien indispensable aux difficultés rencontrées par les personnes homosexuelles. L'essor des organismes du milieu au cours des dix dernières années témoigne de la capacité des communautés gaies et lesbiennes à se doter de mécanismes pour répondre à certains besoins précis de leurs membres. Tirillés entre la nécessité d'avoir une plus grande visibilité sur la place publique et la crainte de la discrimination à l'égard de leurs membres, les organismes et les groupes d'entraide ont besoin d'une reconnaissance accrue de la part du réseau de la santé et des services sociaux, tant pour leur financement que pour leur implantation. On doit aussi mettre ces organismes à contribution dans la planification et l'organisation des services.

Toutes les régions du Québec doivent :

- reconnaître l'expertise des organismes de soutien et d'entraide des communautés gaies et lesbiennes ;
- encourager, par un soutien concret, les membres de ces communautés dans leurs démarches afin qu'ils bénéficient des différents programmes de subventions aux organismes communautaires ;
- intégrer la réalité homosexuelle dans les processus de conception et de dispensation des soins et des services de première ligne par une concertation avec les organismes du milieu.

L'amélioration des connaissances et des interventions

L'insuffisance des données québécoises sur la réalité homosexuelle constitue un handicap majeur dans l'adaptation des services aux besoins de la clientèle visée. La recherche et la formation des intervenants doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Les objectifs suivants sont à privilégier :

- s'assurer auprès des organismes de recherche (le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale) d'une couverture adéquate du phénomène de l'homosexualité et de ses répercussions sur la santé et le bien-être de la population homosexuelle ;
- inclure dans les politiques et les orientations du système de soins, tant dans les éléments de problématique que dans les mesures préconisées, les dimensions reliées aux réalités homosexuelles et pouvant avoir une influence sur les services offerts aux clientèles homosexuelles, par exemple dans la mise à jour de la Politique de la santé et du bien-être, dans les politiques ou cadres de référence destinés aux jeunes, aux femmes, aux personnes âgées, aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle ou aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, ou encore dans le suivi et l'évaluation de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale ;
- promouvoir, au niveau central, régional et local, les outils et les approches permettant d'amener un changement des mentalités propre à éliminer la discrimination dans le réseau des services sociaux et de santé, mais également dans les autres secteurs de la vie sociale, plus particulièrement dans les écoles ;

- soutenir la formation sur la réalité homosexuelle tant auprès des décideurs, des gestionnaires que des intervenants dans toutes les régions du Québec ; le Ministère verra également à assurer la diffusion des connaissances sur l'homosexualité et l'intervention auprès des clientèles homosexuelles afin de sensibiliser les collèges, les universités et les ordres professionnels participant à la formation de base des futurs intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

La mise en œuvre et le suivi des orientations

Les orientations sur la santé et le bien-être des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles doivent s'appuyer sur des modalités de mise en œuvre dans toutes les régions du Québec.

Pour y arriver, le Ministère entend exercer un leadership qui interpelle l'ensemble du réseau pour améliorer l'accessibilité aux services sociaux et de santé dans la population d'orientation homosexuelle ; il entend également sensibiliser les autres secteurs afin de lutter contre la discrimination sociale dont sont encore victimes une bonne partie des personnes homosexuelles.

Afin d'assurer l'implantation des orientations préconisées, le Ministère va confier à un comité conjoint MSSS-régies régionales le mandat d'en soutenir la mise en œuvre aux différents paliers responsables et d'en faire le suivi.

Ce comité, composé de deux représentants du Ministère et de quatre représentants des régies régionales, aura le mandat suivant :

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

Après trois ans, ce comité fera l'objet d'une évaluation relative à l'ensemble de la démarche entreprise et à l'atteinte des objectifs visés et sera soumis à un examen en vue de mesurer sa pertinence.

CONCLUSION

Les changements de mentalité et l'adaptation qui s'ensuit ne se font pas instantanément. C'est pourquoi l'approche du Ministère consiste à miser sur une transformation progressive et effective au cours des prochaines années. Il s'agit d'une perspective pragmatique s'appuyant sur des partenariats responsables mais ayant chacun leur rythme propre, tant pour les régies régionales, les autres ministères et institutions concernés, que pour les organismes communautaires.

Nous croyons à la nécessité de changer la vision de l'homosexualité afin de mieux adapter les services aux besoins de la clientèle homosexuelle. Pour y arriver, nous retenons, dans l'ensemble des actions à entreprendre, deux priorités à court terme : la formation des intervenants et l'examen des services de première ligne en collaboration avec les organismes communautaires.

En effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule que les services doivent être respectueux des caractéristiques des populations à desservir et répondre à leurs besoins. Le personnel, tant du Ministère, des régies régionales que des établissements, doit d'abord avoir accès à une formation lui permettant d'être sensibilisé aux réalités homosexuelles. Une connaissance minimale est essentielle si on veut qu'une attention soit accordée, à tous les paliers, aux besoins de la clientèle homosexuelle.

Au-delà de cette sensibilisation, la mise à contribution des organismes communautaires dans la planification et l'organisation des services leur fournira également l'occasion de s'approprier un objectif commun, soit des services adaptés aux personnes homosexuelles et visant l'amélioration de leur santé et de leur bien-être.

