







# Table des matières

Remerciements

1

Introduction

2

Lexique

4

Pourquoi la santé des lesbiennes est-elle importante?

7

Héritage historique de l'homophobie dans les soins de santé

9

Répercussions de cet héritage

11

Questions de santé touchant les lesbiennes

14

Conseils pour les planificateurs et les décideurs du domaine de la santé

23

Conseils pour les médecins et les fournisseurs de soins de santé

27

Ce que bon nombre de lesbiennes recherchent  
chez les fournisseurs de soins de santé

31

Bibliographie

34

Liste de ressources et de renvois :  
groupes nationaux et sites Web

41

# Remerciements

Nous tenons à remercier madame Maria Hudspith et son équipe de femmes dévouées pour leur travail innovateur et soigné lors de la préparation de la première édition. Pour l'édition révisée, nous tenons à remercier la coordonnatrice du projet, madame Penny Ballem, qui a fait preuve de compétence et d'humour pour monter le projet, de même que les membres du Lesbian and Bisexual Women's Health Project Advisory Committee : Robin Barnett, consultante en promotion de la santé (Vancouver, C.-B.); Ruth Simkin, médecin (Victoria, C.-B.); Krin Zook, travailleuse de rue, Triangle Program (Toronto, Ont.); Lorraine Pelot, analyste de politiques (Ottawa, Ont.); Barbara Power, analyste de politiques (Ottawa, Ont.); Karol O'Brien, intervenante sociale, conférencière à l'Université McGill, co-fondatrice d'un groupe communautaire lesbien pour les lesbiennes qui ont été victimes de violence familiale (Montréal, Qué.); et Wendy Williams, infirmière autorisée (St. John's, T.-N.), pour leur aide et leur soutien. Nous remercions également madame Celeste Wincapaw pour sa vision et son travail novateur important, madame Suzanne Bastedo pour la rédaction et la révision, madame Leslie Timmins pour son travail éditorial et pour la coordination des traductions, et enfin madame Michelle Sotto pour les graphiques et la conception.





# Introduction

Les recherches réalisées récemment en épidémiologie, en soins cliniques et dans le domaine psycho-social ont révélé qu'il fallait explorer les besoins en matière de santé des lesbiennes et éliminer les obstacles au bien-être (Solarz, 1999). On estime que plus de 10 p. 100 des femmes sont lesbiennes, même si les estimations varient en fonction de la définition du terme « lesbienne » (Laumann, dans Solarz, 1999). Les lesbiennes sont mères, filles, jeunes et vieilles, membres des peuples autochtones, immigrantes, membres de minorités visibles et des collectivités culturelles dominantes. Les lesbiennes ont des handicaps ou sont physiquement aptes, elles proviennent de toutes les classes de la société et vivent tant en milieu rural qu'urbain. Certaines lesbiennes sont bisexuelles ou trans-genderistes. S'ils veulent être réceptifs à tous les membres des collectivités canadiennes, les fournisseurs de soins de santé, les décideurs et les planificateurs doivent aborder les besoins et les enjeux propres aux divers groupes.

L'Organisation mondiale de la santé indique que la santé est un droit de la personne de base (Constitution de l'OMS, 1946) et reconnaît que toutes les personnes méritent d'avoir un accès égal aux services de santé et à des soins de qualité. Tout le monde a le droit d'être traité avec respect et de recevoir des soins dans un établissement sans faire l'objet de discrimination.

Toutefois, les lesbiennes peuvent rencontrer des problèmes afin d'avoir accès aux soins de santé.

Les lesbiennes qui proviennent d'autres communautés marginalisées (minorités visibles, immigrants ou Autochtones, par exemple) font face à d'autres obstacles.

Les démarches qu'entreprennent les fournisseurs de soins de santé, les décideurs et les planificateurs afin de rendre les soins de santé accessibles aux lesbiennes représentent une composante de base afin de faire en sorte que le système respecte les différences et soit attentif aux besoins d'autres groupes. Ces démarches ne portent pas sur les intérêts particuliers; elles sont la base d'une bonne pratique et reflètent le concept canadien élargi de la santé et la croyance que la santé est un droit pour tous.

---

Ne supposez rien sur moi ni sur toute autre personne. Prenez votre tableau et effacez-le chaque fois que vous parlez à un nouveau patient. Allez-y avec des yeux clairs et un cœur pur; sachez reconnaître que nous sommes tous des personnes, même si notre façon d'être dans le monde est différente. Lorsque nous nous coupons, nous saignons également. Vous pouvez dire « Je n'ai pas le temps ». Moi, je réponds que le temps est relatif. On a toujours le temps de traiter les autres personnes comme des êtres humains. (Stevens, 1998)

---





# Lexique

**Comportement sexuel** : Agissement d'une personne sur le plan sexuel. Le comportement sexuel d'une femme peut être différent de son orientation. Certaines lesbiennes peuvent avoir des rapports sexuels avec des hommes pour concevoir un enfant, pour se conformer aux attentes de la société de l'hétérosexualité, pour le désir ou pour faire de l'argent.

« **Être dans le placard** » : « Être dans le placard » signifie ne divulguer que très rarement ou pas du tout son orientation.

**Femme bisexuelle** : Femme qui est susceptible de former des relations affectives et sexuelles autant avec des femmes qu'avec des hommes.

**Hétérosexisme** : Supposition institutionnalisée que tout le monde est hétérosexuel ou devrait l'être; la croyance que l'hétérosexualité est intrinsèquement correcte ou supérieure à toute autre orientation ou identité sexuelle.

**Homophobie** : La peur irrationnelle, la haine, l'aversion ou la discrimination envers les gais et les lesbiennes.

**Homophobie intériorisée** : Lorsqu'une lesbienne ou une femme bisexuelle accepte les stéréotypes de la société et les étiquettes négatives et les intériorise.

**Identité sexuelle (1)** : (gender identity) Sens psychologique d'une personne qui se définit comme homme ou femme.

**Identité sexuelle (2) :** (sexual identity) La façon dont une personne se définit. L'identité sexuelle peut ne pas être en harmonie avec l'orientation ou le comportement sexuel.

**Lesbienne :** Femme qui forme une relation affective et sexuelle avec une autre femme. Certaines femmes dont le partenaire est une femme peuvent ne pas s'identifier comme lesbiennes. Les lesbiennes se sont réappropriées certaines étiquettes qui étaient autrefois dénigrantes, comme gouine ou pédé, et elles les utilisent avec fierté. Certaines étiquettes sont propres à la culture, par exemple les termes « Deux esprits » font référence aux lesbiennes d'origine Autochtone. Il est également vrai que certaines femmes ne veulent pas du tout qu'on leur appose d'étiquettes.

**Orientation sexuelle :** La capacité de développer des relations émotives et sexuelles avec les personnes du même sexe (lesbienne ou gai), le sexe opposé (hétérosexuel) ou les deux sexes (bisexuel). L'orientation est distincte de l'identité ou du comportement sexuel.

**Sortir du placard :** Fait référence au processus de reconnaître tout d'abord son orientation lesbienne, gaie ou bisexuelle, puis de la révéler aux autres. Cela peut se produire par étape et il s'agit alors 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.







**Transgenderisme** : Terme utilisé pour décrire le continuum de personnes dont l'identité et l'expression sexuelle ne correspondent pas à leur sexe génétique à divers degrés. Ce terme peut faire référence aux transsexuels (personnes qui ont changé de sexe au moyen de la chirurgie, des hormones) ou aux personnes qui, en raison de leur présentation sexuelle non conventionnelle, peuvent être perçues comme transgenderistes (p. ex., une femme ayant une présentation masculine peut être perçue par les autres comme étant masculine mais qui se perçoit comme une femme).

# Pourquoi la santé des lesbiennes est-elle importante?

Les lois sur les droits de la personne (tant fédérales que provinciales) existent afin de protéger les lesbiennes, les gais et les bisexuels de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle. Même si cette protection n'est pas enchâssée dans la *Charte canadienne des droits et libertés*, l'article portant sur les droits à l'égalité vise à empêcher la discrimination en raison de l'orientation sexuelle. Toutefois, les minorités sexuelles rencontrent encore des obstacles systémiques et l'expression interpersonnelle de l'homophobie dans la société.

Dans le contexte des soins de santé, certains hôpitaux et certains fournisseurs de soins commencent à mettre en place des politiques et des pratiques qui sont conformes à la législation sur les droits de la personne. Ils le font en élargissant la définition de famille biologique au-delà des parents biologiques, en offrant une formation sur la diversité et en élaborant des programmes particuliers afin de répondre aux besoins des lesbiennes, des gais et des bisexuels.

Pourquoi devrions-nous nous efforcer de rendre le système de soins de santé accessibles aux lesbiennes? Au départ, le système doit être réceptif et englober tout le monde. Il y a des problèmes de santé qui peuvent être plus fréquents chez les lesbiennes ou pour lesquels les facteurs de risque ou les formes d'intervention diffèrent.

---

L'invisibilité des lesbiennes a des conséquences. Une méfiance à l'égard du système médical peut amener les personnes à rechercher des formes alternatives de soins de santé, formes qu'elles considèrent plus complètes. L'invisibilité peut également entraîner un mauvais diagnostic ou un sous-diagnostic (Simkin, 1998).

---





Bon nombre de questions de santé touchant les lesbiennes peuvent être réglées en améliorant l'accès aux soins, en réduisant les comportements et les attitudes discriminatoires dans la société canadienne et en travaillant afin de parvenir à la reconnaissance et à l'égalité dans le système de santé.

Rendre les soins de santé sûrs pour les lesbiennes signifie :

- que les fournisseurs de soins de santé obtiennent des renseignements précis sur leurs patientes et qu'ils utilisent ces renseignements afin de poser un diagnostic et de prendre des décisions éclairées sur le traitement;
- que les patientes sont traitées de façon holistique, et que leur définition de famille et de soignant est respectée;
- que l'énergie de la patiente n'est pas dépensée à rester dans le placard mais bien en vue de guérir;
- que l'on reconnaisse les déterminants sociaux de la santé, comme la discrimination systémique et la reconnaissance de la façon dont de multiples oppressions interagissent (comme le racisme et l'homophobie).

# Héritage historique de l'homophobie dans les soins de santé

Au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, en Amérique du Nord et en Europe, des modèles bio-médicaux servaient à définir ce qui représentait la normalité et la déviance, en particulier pour les questions de sexualité. La médecine et la science modernes se sont fondées sur l'histoire de l'Église et ont lié les concepts de maladie du corps à une moralité aberrante (Stevens et Hall, 1991). L'attraction pour une personne du même sexe et tout comportement en ce sens étaient définis comme une maladie et on croyait alors qu'elle provenait d'une anomalie génétique. Le fait d'être gai ou lesbienne était considéré comme dangereux et contagieux. C'est pourquoi bon nombre de lesbiennes et de gais ont été confinés à des asiles psychiatriques ou criminels.

Pendant tout le XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècles, l'établissement médical a élaboré des théories sur la nature et les causes exactes de l'homosexualité. Les lesbiennes et les gais étaient étudiés et « traités » par les médecins qui visaient à poser un diagnostic et à guérir. Bon nombre d'études « scientifiques » ont été basées sur les « données » provenant de romans populaires, de tabloïdes et d'entrevues avec les détenus de prisons et les travailleurs du sexe. Les médecins ont préparé des listes de caractéristiques physiques pouvant servir à déterminer la présence de

---

Une femme hétérosexuelle ne craint pas de dire « Je vous présente mon partenaire ». Lors d'une situation d'urgence, elle ne sera pas amenée à penser que le médecin pourrait la prendre en aversion si elle révèle qu'elle est dans cette relation ni qu'il la traiterait différemment (Anderson et coll., 2001).

---





lesbianisme (p. ex., épaules larges, taille plus grande et muscles plus fermes). Les comportements qui pouvaient être considérés comme non conventionnels ou inappropriés pour le sexe (p. ex., participation à la main-d'œuvre qualifiée, aux sports, aux mouvements sociaux, dévouement pour sa carrière) étaient également considérés comme faisant partie des critères de diagnostic du lesbianisme (Stevens et Hall, 1991). Ces soi-disant définitions scientifiques du lesbianisme de même que les stéréotypes et les préjugés sociaux ont contribué à diaboliser les lesbiennes.



# Répercussions de cet héritage

L'héritage historique a informé les politiques et les pratiques en matière de soins de santé et continue d'influencer les expériences des lesbiennes avec le système médical. En fait, les recherches portant sur l'expérience des lesbiennes avec les fournisseurs de soins de santé révèlent la lutte unique que les lesbiennes doivent mener (Denenberg, 1995; Rosser, 1992; Stevens, 1995). Une des questions les plus fondamentales est celle de « sortir du placard » ou de révéler son identité lesbienne. Même si l'on suppose que l'honnêteté et la confidentialité sont les pierres angulaires de la relation patient-fournisseur de soins de santé, cela n'est pas souvent le cas pour les lesbiennes, pour lesquelles la révélation de leur identité de lesbienne peut avoir des conséquences négatives.

Une étude réalisée auprès d'infirmières enseignantes aux États-Unis a permis de constater que 25 p. 100 des participants percevaient le lesbianisme comme étant « immoral » et « mal », et que 52 p. 100 estimaient que les lesbiennes devraient subir des traitements afin de devenir hétérosexuelles (Rankow, 1995). Ces attitudes ne sont pas laissées à la porte des salles d'opération ou des cliniques et influencent la qualité des soins que reçoivent les lesbiennes. La discrimination a des répercussions sur tous les aspects des interactions dans le domaine des soins de santé, allant de la décision d'une



---

Il peut être difficile de parvenir à la santé en tant « qu'état de bien-être physique, émotionnel et social » pour les lesbiennes vivant dans les collectivités du Nord où l'homosexualité est vilipendée et où la sécurité personnelle peut être menacée. (Anderson et coll., 2001)

---

femme d'avoir accès au système de santé, au diagnostic et au traitement du fournisseur de soins. Une enquête réalisée par la American Association of Physicians for Human Rights a permis de constater que 67 p. 100 ont signalé des cas de lesbiennes, de patientes bisexuelles ou de patients gais auxquels on avait refusé des soins ou qui avaient reçu des soins inférieurs à la norme en raison de leur orientation sexuelle (Rankow, 1995).

Au Canada, un rapport publié en 1997 en Ontario indique que 51 p. 100 des patientes lesbiennes n'avaient pas révélé leur orientation à leurs fournisseurs de soins de santé, même si 91 p. 100 de ces patientes estimaient qu'il était important que leurs fournisseurs le sachent (Davis, 2000). Une autre étude réalisée récemment a porté sur les répercussions du climat social anti-lesbienne et anti-gai sur les lesbiennes vivant dans le nord de la Colombie-Britannique (Anderson et coll., 2001). Cette étude a révélé que ce climat social dans le nord s'était infiltré dans les services de soins de santé et que des changements importants étaient nécessaires dans les services et dans la collectivité en général afin d'augmenter et d'encourager l'accès aux soins de santé par les lesbiennes.

Il arrive trop souvent que la supposition voulant que toutes les femmes aient un partenaire masculin oriente les politiques et les pratiques des soins de santé et rend les lesbiennes invisibles (Simkin, 1998; Luce et coll., 2000). Cette invisibilité touche directement la santé des lesbiennes et les soins qu'elles reçoivent. Pour s'assurer que les lesbiennes reçoivent des soins adéquats, elles



doivent souvent divulguer leur identité sexuelle ou leurs pratiques sexuelles. Cette divulgation peut rencontrer le dégoût, la crainte, l'hostilité ou l'incompréhension, et l'appréhension d'une telle réaction peut décourager une femme de sortir du placard.

La crainte de recevoir des traitements homophobiques signifie que certaines lesbiennes se font passer pour des hétérosexuelles dans les établissements de soins de santé et qu'elles donnent des renseignements incomplets ou inexacts afin de cacher leur identité lesbienne. Cette charade élaborée avec soin donne souvent lieu à un mauvais diagnostic et à un mauvais traitement, de même qu'à l'inconfort et de l'anxiété chez la patiente. L'ironie de la divulgation est grande, comme l'a fait remarquer une femme de Vancouver : « Si je ne conteste pas que l'on suppose que je suis hétérosexuelle, je risque de recevoir des soins inadéquats en raison des mauvais renseignements. Pourtant, si je révèle mon orientation, je crains l'antagonisme, le dégoût ou un mauvais traitement médical ». Dans un effort afin d'éviter cette négociation de l'identité, bon nombre de lesbiennes s'abstiennent de recevoir des soins médicaux, comme les examens de routine, le test de Papanicolaou, les mammographies et les examens des seins (Mautner, 1998; Davis, 2000; Anderson et coll., 2001).





# Questions de santé touchant les lesbiennes

---

Pour une raison ou pour une autre, une note au dossier indiquant « décisions prises au sujet de la gestion, ami présent » n'a pas le même poids que « décisions prises au sujet de la gestion, conjointe (ou conjoint) présent(e) ». Nos systèmes de soutien des patientes passent souvent inaperçus et sont invalidés (Simkin, 1998).

---

Les lesbiennes partagent un grand nombre d'inquiétudes en matière de santé qu'ont les femmes hétérosexuelles mais elles ont aussi des problèmes de santé distincts (Solarz, 1999). Même s'il existe certaines preuves de tendances épidémiologiques chez les lesbiennes, les déterminants d'un état de santé compromis ou d'une mauvaise utilisation des services de santé sont souvent les obstacles systémiques composés de l'homophobie de la société et des fournisseurs de soins, et des préjugés hétérosexistes dans les politiques et les pratiques de santé (O'Hanlan, 1997; Anderson et coll. 2001). Ces obstacles sont complexes pour les lesbiennes qui ont un handicap, qui sont démunies sur le plan économique ou qui sont membres d'une minorité visible ou de collectivités autochtones.

Bon nombre de lesbiennes ont identifié les enjeux qui suivent comme ayant des répercussions importantes sur la santé et les soins de santé des lesbiennes.

## **Vieillesse**

Les femmes plus âgées dont le partenaire est une femme doivent composer avec l'invisibilité : les lesbiennes plus âgées sont souvent considérées comme des veuves d'un mariage hétérosexuel ou des « vieilles filles ». Le silence culturel au sujet de l'âge et de la sexualité signifie qu'il est fort probable que l'on n'interrogera pas les femmes



---

Mon amie est morte parce qu'elle n'a pas pu s'auto-diagnostiquer suffisamment tôt pour sauver sa vie. C'était une femme intelligente, capable et éloquente. Mais, en tant que lesbienne, elle ne se sentait pas la bienvenue dans le système de santé. Elle ne l'a jamais utilisé. Elle n'a jamais appris à faire son auto-examen des seins. Son cancer est devenu trop avancé (Stevens, 1995).

---

plus âgées sur leur orientation ou leur comportement sexuel (Rankow, 1995; Deevey, 1990). Certaines lesbiennes qui sortent du placard à une période tardive de leur vie risquent d'être rejetées par leur famille, y compris leurs enfants adultes et leurs petits-enfants. Les autres lesbiennes qui perdent leur partenaire vivent un deuil mais ne reçoivent pas la reconnaissance de la société de leur perte importante (Isaac et Herringer, 1998).

### **Cancer du sein et autres formes de cancer**

On ne connaît pas la fréquence du cancer du sein chez les lesbiennes, bien que certaines études affirment qu'il est trois fois plus élevé que chez les femmes hétérosexuelles (Rosser, 1992). Les preuves épidémiologiques semblent indiquer que les lesbiennes peuvent être à plus grand risque d'avoir le cancer du sein parce qu'elles ont moins de grossesses et qu'elles ont des enfants plus tard dans leur vie, qu'elles font une plus grande consommation d'alcool, qu'elles ont un indice de masse corporelle plus élevé et qu'elles ont moins accès à la prévention ou au traitement, comme l'examen des seins par un médecin (Solarz, 1999). Les lesbiennes, tout comme les femmes de couleur et les membres d'autres groupes opprimés, peuvent également être à risque d'avoir un diagnostic tardif et, par conséquent, un taux de mortalité plus élevé des suites du cancer (Davis, 2000; Mautner Project, 1998).



## **VIH/sida**

Les lesbiennes sont à risque de contracter le VIH lorsqu'elles partagent des aiguilles pour s'injecter de la drogue, lorsqu'elles se font inséminer artificiellement de façon alternative avec du sperme non sélectionné et lorsqu'elles ont des rapports sexuels non protégés avec des partenaires masculins et féminins. On a beaucoup débattu de la question de la transmission possible du VIH d'une femme à une autre lors de rapports sexuels. Certaines études ont démontré des taux plus élevés de VIH chez les femmes qui avaient des rapports avec des femmes que chez des femmes exclusivement hétérosexuelles, même si ces statistiques sont affectées par les participantes de l'étude qui ont un comportement bisexuel et qui utilisent des drogues injectables (Solarz, 1999). Même si les efforts initiaux de prévention du VIH ont été ciblés parmi des groupes à risques (selon les lignes directrices du U.S. Center for Disease Control), le lesbianisme n'était pas considéré comme une catégorie à risque (Glassman, 1995). L'invisibilité a écarté les lesbiennes de l'analyse et a obscurci les problèmes des femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes. Même si ce silence a commencé à changer, les études de recherches ont démontré que les praticiens de la santé sont doublement ignorants des questions entourant les lesbiennes et le VIH (Simkin, 1998; Glassman, 1995; Stevens, 1994b; Simkin, 1993b).

## **Statut juridique des partenaires lesbiennes**

Les familles de la collectivité lesbienne sont souvent



constituées différemment que celles de la société traditionnelle hétérosexuelle, et cela peut comprendre un partenaire du même sexe ainsi que, au lieu ou en plus des amis proches de la famille biologique. Dans bon nombre de provinces, les personnes que les lesbiennes considèrent comme la famille ne sont pas considérées comme les plus proches parents. Certaines lesbiennes prennent des dispositions juridiques pour qu'une autre personne (p. ex., une partenaire, une amie) puisse prendre des décisions ou gérer ses finances lors d'une crise. Toutefois, les fournisseurs de soins ignorent souvent de telles dispositions et peuvent même ne pas être au courant de l'existence d'une partenaire lesbienne (Davis, 2000; Simkin, 1998; Deevey, 1990). Il s'ensuit que bon nombre de partenaires lesbiennes sont tenues à l'écart du processus décisionnel lors d'une situation de crise dans le domaine de la santé (p. ex., si une lesbienne est frappée d'incapacité mentale) et qu'elles ne peuvent pas jouir des privilèges de visite accordés habituellement à la famille.

### **Santé mentale**

Même si les maladies mentales diagnostiquées ne sont pas plus fréquentes chez les lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles, l'homophobie de la société a des répercussions sur la santé mentale de femmes dont le partenaire est une femme (D'Augelli, 1989). Les lesbiennes peuvent souffrir de rejet de la part de la famille, des amis, des collectivités religieuses et des collègues. Elles peuvent être la cible de crimes haineux, y compris d'agressions verbales et physiques,



et elles peuvent se voir refuser des logements, la garde des enfants (les leurs ou ceux de leur partenaire), un emploi ou des soins de santé. Les répercussions du rejet par la société si une personne sort du placard, et le fardeau de garder une identité secrète si elle ne le fait pas, peuvent être une source d'isolement et de dépression (Denenberg, 1995; Bradford et coll., 1994). Les liens que le système psychiatrique a établis historiquement entre l'homosexualité et la maladie mentale hantent toujours bon nombre de lesbiennes, en particulier les femmes plus âgées. Lors de discussions de groupes, certaines lesbiennes ont reconnu qu'elles n'obtenaient pas de soins médicaux par crainte de révéler leur identité lesbienne et d'être traitées

---

Je suis sortie du placard à une époque où le fait d'être homosexuelle était illégal et considéré comme une maladie mentale. J'ai été envoyée chez un psychiatre à 13 ans parce que ma mère ne pensait pas que j'agissais comme une « bonne » fille. Puis, j'ai été éventuellement confinée à un hôpital psychiatrique lorsque j'avais 17 ans. Il est difficile de se défaire d'une telle expérience. Je veux dire, je suis maintenant dans la soixantaine et je ressens toujours de l'anxiété lorsque j'entre en contact avec le système de soins de santé (une femme de Vancouver).

---

involontairement pour maladie mentale par des fournisseurs de soins homophobes (Vancouver/Richmond Health Board, 1997).

### **Grossesse et rôle parental**

Au Canada, bon nombre de lesbiennes sont des mères qui ont eu des enfants lors d'une relation hétérosexuelle



---

[Le médecin] était très attentif et très communicatif avant que je lui dise que j'étais lesbienne, puis il s'est tu. Son attitude avait changé, c'était évident. Puis il s'est mis à me dévisager, je veux dire me *dévisager*, tu sais (Anderson et coll., 2001).

---

antérieure, qui ont adopté des enfants ou qui ont conçu des enfants par des méthodes alternatives d'insémination (Nelson, 1996; Arnup, 1995). Même si l'on n'a pas démontré de différence entre les enfants élevés dans des familles lesbiennes et les enfants élevés dans des familles hétérosexuelles (Davis, 2000), les lesbiennes et leurs enfants doivent composer avec le stress supplémentaire découlant de la discrimination de la part de la société (Denenberg, 1995).

### **Auto-éducation et soins auto-administrés**

L'expérience des lesbiennes dans la société et dans le système médical a peut-être donné comme résultat que bon nombre sont très autonomes lorsqu'il est question de leur santé (Anderson et coll., 2001; Roberts et Sorensen, 1999). Un grand nombre de lesbiennes se fient énormément sur les soins auto-administrés et sur l'auto-éducation, en particulier en se concentrant sur les pratiques de médecine douce et non occidentales (p. ex., les remèdes à base de plantes médicinales, la massothérapie, l'exercice, la méditation). Il peut être particulièrement important que les fournisseurs de soins de santé qui travaillent avec des patientes lesbiennes adoptent une approche holistique basée sur le bien-être au lieu d'une approche basée sur la maladie (Mautner Project, 1998).

### **Maladies transmissibles sexuellement et santé vaginale**

Les lesbiennes semblent moins susceptibles d'avoir des examens pelviens réguliers que les femmes



---

Presque tous les médecins que j'ai consultés étaient hétérosexuels. Ils ne savent rien de la santé des lesbiennes. « Non, je n'ai pas besoin de la pilule; c'est la cinquième fois que vous me le demandez. » (Anderson et coll., 2001).

---

hétérosexuelles (Solarz, 1999). Un certain nombre de facteurs influencent ce fait, comme les préjugés hétérosexuels dans les techniques de dépistage, la crainte et l'inconfort de la part des patientes et l'idée fautive de la part de la patiente et des fournisseurs de soins de santé que les maladies transmissibles sexuellement (MTS) ne peuvent être transmises lors de contacts de femmes à femmes (Denenberg, 1995). Étant donné que les examens pelviens représentent le principal outil de dépistage des MTS, bon nombre de lesbiennes ne reçoivent pas de soins préventifs ni de traitements médicaux appropriés (Davis, 2000). La fréquence des MTS telles que la trichomonase, la chlamydia et la gonorrhée est plus faible chez les lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles ou bisexuelles, mais ces maladies se produisent quand même. (Simkin, 1993b).

### **Consommation de drogues**

Les études sur la consommation de drogues démontrent une corrélation entre la marginalisation de la société et une mauvaise utilisation des drogues (Bushway, 1991). Certaines études ont démontré une plus grande consommation d'alcool, de cigarettes et de drogues chez une sous-population de lesbiennes (Bradford, 1994; Hall, 1992). Ces études ont révélé que les lesbiennes avaient tendance à utiliser des substances psychotropes pour composer avec l'isolement et l'homophobie de la société et l'homophobie intériorisée.

## **Violence dans les relations**

La violence est une question de pouvoir et de contrôle et a des répercussions sur les lesbiennes. Même si l'on est de plus en plus sensibilisé à cette question dans les collectivités lesbiennes, il y a quand même un silence envahissant au sujet de la violence et des agressions chez les lesbiennes. Celles qui sont victimes d'agressions sont moins susceptibles que les femmes hétérosexuelles de rechercher de l'aide dans le système médical et sont moins susceptibles d'avoir recours aux refuges (Saunders, 1999). Les recherches ont démontré que, lorsque les lesbiennes recherchent de l'aide, les fournisseurs de soins réduisent souvent l'importance de la violence et la considèrent comme des « agressions mutuelles » (Scherzer, 1998). Cette façon d'imposer le silence est particulièrement évidente dans les cas d'agressions sexuelles (Orzek, 1988). L'homophobie et le sexisme de la société exacerbent la crainte et la honte que vivent les lesbiennes victimes d'agressions et des lesbiennes agresseuses.

## **Questions des jeunes**

L'acquisition d'une identité sexuelle positive peut être particulièrement difficile pour les adolescentes lesbiennes en raison de l'homophobie de la société, des préjugés hétérosexuels dans les programmes scolaires et du manque de modèles (Solarz, 1999). Les jeunes gais et lesbiennes sont deux à trois fois plus susceptibles de se suicider que les adolescents et adolescentes hétérosexuels, et ces suicides







représentent 33 p. 100 des suicides chez les adolescents (Simkin, 1993b). On estime que jusqu'à 40 p. 100 des jeunes de la rue sont gais ou lesbiennes; ils se retrouvent à la rue parce qu'ils ont été obligés de sortir de la maison familiale en raison de leur orientation sexuelle (Remafedi et coll., 1991). Ce qui place les jeunes gais et lesbiennes à un risque élevé de consommer de la drogue, d'avoir des problèmes de santé mentale et toute une pléthore de problèmes de santé.

---

Je ne peux pas le dire à mes parents : je vais attendre d'avoir mon diplôme puis je vais partir. Parfois, quand je regarde la télévision avec mes parents, ils font des commentaires lorsque l'on parle de sujets comme des lesbiennes et des gais. C'est assez clair que, s'ils le savaient, ils me mettraient à la rue. Je connais une fille qui ne pouvait le cacher plus longtemps et qui en a parlé à son père. Il a jeté ses affaires par la fenêtre de sa chambre et lui a dit de partir. Elle vit maintenant dans la rue à Vancouver (une adolescente de Victoria).

---

# Conseils pour les planificateurs et les décideurs du domaine de la santé

- Il est important que vous obteniez des commentaires de la collectivité que vous essayez de servir. Lorsque vous abordez la question de la diversité, formez un comité consultatif composé de membres du personnel, de malades et de membres de la communauté lesbienne de même que des membres de la collectivité en général. Faites la promotion de la participation locale des lesbiennes dans la planification de la santé et dans l'élaboration de stratégies appropriées pour les efforts d'action sociale.

- Examinez et révissez toutes les politiques, tous les formulaires et tous les documents destinés aux patientes afin d'éliminer les préjugés hétérosexuels et le langage exclusif. Réévaluez la mise en œuvre et l'efficacité des politiques et des procédures en matière de confidentialité. Modifiez la section des formulaires où l'on indique « célibataire, marié, divorcé ou veuf » et ajoutez « partenaire de même sexe », ou laissez un espace pour que la patiente y indique le statut de sa relation.

- Laissez un espace pour que la patiente indique qui elle désire voir participer à ses soins (p. ex., laissez une ligne blanche pour que les patientes identifient une personne-





ressource en cas d'urgence ou identifient leur partenaire si elles le désirent). Advenant le cas que la patiente soit incapable de prendre des décisions au sujet de sa santé, il faut se rappeler que les règlements régissant les personnes qui peuvent prendre de telles décisions varient d'une province à l'autre. En Colombie-Britannique, par exemple, la *British Columbia Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act* stipule que, dans le cas où la patiente est incapable de décider pour sa santé, elle peut désigner une partenaire lesbienne pour remplir ce rôle. Dans la loi, le terme « conjoint » signifie une personne (a) qui est mariée à une autre personne et qui ne vit pas séparée ni éloignée, selon la *Loi sur le divorce* (Canada), de l'autre personne, ou (b) qui vit avec une autre personne dans une relation se rapprochant du mariage et, pour les fins de la loi, le mariage ou la relation se rapprochant au mariage peut être entre les membres de même sexe.

- Parrainez un atelier d'information sur l'homophobie ou un atelier portant sur la prestation de soins attentifs aux lesbiennes, aux gais et aux bisexuels. Faites connaître l'atelier et encouragez les médecins locaux et de la région, de même que les praticiens de la santé, à y assister. Pour obtenir des idées au sujet des groupes avec lesquels communiquer, comme PFLAG (parents, familles et amis de lesbiennes et de gais), consultez les sites Web nationaux apparaissant sur la liste de la section Ressources et Renvois à la fin du livret.

- Commandez la trousse *Tools for Caring about Lesbian Health*, du Mautner Project (1998), qui comprend une

bande-vidéo de formation de 18 minutes et un guide de discussion pour les fournisseurs de soins de santé. Puis, organisez un atelier pour les fournisseurs de soins de santé de votre établissement, de votre département ou de votre région. Pour des renseignements sur la façon de commander, communiquez avec le Mautner Project for Lesbians with Cancer, 1707 L Street NW, Suite 500, Washington DC 20036, téléphone : (202) 332-5536, ou par courriel : [mautner@aol.com](mailto:mautner@aol.com).

- Soyez un allié. Contestez l'hétérosexisme et l'oppression des lesbiennes et des gais là où vous la voyez. On ne mettra pas fin à l'homophobie sous toutes ses formes et dans les établissements à moins que tout le monde prenne ses responsabilités et fournisse un autre modèle de croyance et de comportement. Si vous dites simplement : « Ta façon de parler m'offense », ou bien « J'aimerais que tu n'utilises pas ce genre de mots en ma présence », vous pouvez forcer les autres à revoir leur position. Si vous trouvez trop risqué de contester directement l'homophobie d'un collègue ou d'un patient, il y a autre chose que vous pouvez faire : organisez une formation sur la diversité à l'intention du personnel, créez un comité consultatif afin d'aborder la question de discrimination ou même laissez un article traitant de l'homophobie dans le salon du personnel.

- Évaluez régulièrement comment vous vous en tirez pour ce qui est de répondre aux besoins de la communauté lesbienne.





(La section « Conseils » est adaptée en partie de la trousse *Tools for Change*, du Mautner Project for Lesbians with Cancer.)

# Conseils pour les médecins et les fournisseurs de soins de santé

- Soyez axé sur la patiente. Évitez de faire des suppositions au sujet du sexe ou de l'identité sexuelle ou des comportements sexuels et en matière de santé. Laissez la patiente vous parler d'elle et de ses problèmes.

- Prenez les antécédents au complet en utilisant un langage inclusif. Posez des questions sur les comportements sexuels et non sur l'identité sexuelle. Au lieu de demander : « Êtes-vous active sexuellement? », demandez plutôt : « Êtes-vous active sexuellement en ce moment? Le cas échéant, êtes-vous active avec des hommes, des femmes ou les deux? » Au lieu de demander : « Quelle méthode de contraception utilisez-vous? », demandez : « Avez-vous besoin d'utiliser une méthode de contraception? ». Cette formulation donne la liberté aux patientes de parler de leur histoire et de leurs comportements sexuels sans crainte d'essuyer une réaction négative. Ne portez pas de jugement en réponse à des renseignements que la patiente vous donne.

- Posez des questions ouvertes qui ne portent aucun jugement afin d'obtenir des renseignements sur les facteurs de stress psycho-sociaux et les sources de soutien. Cela démontre une approche sensible et holistique relative à la santé.





- Soyez conscient que, dans bon nombre de provinces, les partenaires de même sexe ne sont pas considérés comme le plus proche parent. Demandez à chaque patiente de définir par écrit la personne qu'elle désire voir participer à ses soins. Par exemple, laissez une ligne blanche sur le formulaire de renseignements du patient pour que votre patiente indique la personne avec laquelle communiquer en cas d'urgence ou identifie un partenaire si elle le désire. Encouragez les patientes lesbiennes dont le partenaire est une femme à se tenir au courant des récents règlements des gouvernements fédéral ou provinciaux sur les relations dont les partenaires sont de même sexe. De plus, encouragez les patientes lesbiennes ayant une femme comme partenaire à mettre leurs désirs par écrit, en particulier pour les deux points suivants : 1) nommer la partenaire comme la personne apte à prendre des décisions si la patiente est frappée d'incapacité mentale; 2) préciser que la partenaire dispose du droit de visite dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé.
- Soyez conscient que les lesbiennes qui ont perdu une partenaire de longue date ou qui vivent avec une partenaire ayant une maladie débilitante vivent les mêmes douleurs et les mêmes problèmes que les personnes veuves ou les conjoints hétérosexuels.
- Soyez conscient que, pour la communauté lesbienne, la famille est souvent constituée différemment que la famille des sociétés traditionnelles hétérosexuelles. Par exemple, pour bien des lesbiennes, il peut être particulièrement important d'avoir des lignes directrices

en matière de visites les plus souples possible.

- Respectez l'importance de la musique composée par les lesbiennes ou des livres qu'elles écrivent. Demandez aux lesbiennes malades ou en phase terminale ce que leurs ami(e)s peuvent apporter afin de rendre leur environnement plus familier et de faciliter le processus.
- Tentez de découvrir les inquiétudes des patientes au sujet de la santé mentale et de l'abus des substances, abordez-les et traitez-les. Faites de même pour les inquiétudes se rapportant aux agressions et à la violence, qu'elles soient domestiques, sexuelles ou empreintes de préjugés.
- Faites preuve de sensibilité au moment de faire des renvois. Si votre patiente vous a fait confiance et vous a révélé qu'elle était lesbienne, gardez cela en tête lorsque vous la réferez à d'autres praticiens. Essayez de la référer à des fournisseurs de soins qui sont ouverts à la question de la diversité.
- Montrez à vos patientes que vous vous souciez de la diversité. Certains fournisseurs de soins de santé ont constaté que le fait d'avoir des feuillets d'information et des brochures sur les questions touchant la santé des lesbiennes dans leur salle d'attente ou d'afficher un énoncé de politique a aidé les patientes lesbiennes à se sentir les bienvenues. Par exemple, certains fournisseurs de soins de santé affichent un autocollant ou une affiche sur le milieu positif : Vous êtes dans un milieu positif. Nous ne faisons pas de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou sur l'identité sexuelle.







- Informez-vous à savoir si un groupe de votre région (p. ex., les groupes de lesbiennes ou de gais, les cours d'antidiscrimination, un organisme syndical) offre des ateliers d'information sur l'homophobie ou des ateliers sur la façon d'offrir des soins sensibles aux lesbiennes, aux gais ou aux personnes bisexuelles, puis assistez-y. S'il n'existe aucun atelier de ce genre, demandez à un groupe de lesbiennes ou de gais de vous en offrir un à vous et à vos collègues. (Pour obtenir des idées, consultez la liste de ressources et de renvois apparaissant au verso du présent livret.)

- Si vous n'avez pas facilement accès à un groupe qui peut vous offrir un atelier d'information sur l'homophobie, vous pouvez commander la trousse *Tools for Caring about Lesbian Health*, du Mautner Project (1998), qui comprend une bande-vidéo de formation de 18 minutes et un guide de discussion pour les fournisseurs de soins de santé, en plus d'autres renseignements. Puis, organisez une soirée d'information ou de discussion pour vous et vos collègues. Pour des renseignements sur la façon de commander, communiquez avec le Mautner Project for Lesbians with Cancer, 1707 L Street NW, Suite 500, Washington DC 20036, téléphone : (202) 332-5536, ou par courriel : [mautner@aol.com](mailto:mautner@aol.com).

(La section « Conseils » est adaptée en partie de la trousse *Tools for Change*, du Mautner Project for Lesbians with Cancer.)

# Ce que bon nombre de lesbiennes recherchent chez les fournisseurs de soins de santé

## **Au bureau et sur les formulaires :**

- qu'au bureau, on affiche bien en évidence une politique sur le milieu positif (p. ex., en affichant un autocollant ou une affiche sur le milieu positif qui dit que, dans le bureau, on ne fait aucune discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou sur l'identité sexuelle);
- que les formulaires de renseignements pour les patients utilisent un langage inclusif (p. ex., qu'on y utilise « partenaire » de même que « mari » ou « femme »).

## **Le fournisseur de soins de santé :**

- a été recommandé par un ami ou un autre fournisseur de soins de santé de confiance;
- qu'il montre des publications et des lieux de réunion pour les lesbiennes et les gais;
- qu'il reconnaisse et respecte le droit de la patiente lesbienne d'être accompagnée par une personne (p. ex., un partenaire, un ami de confiance, un défenseur) durant le rendez-vous (y compris durant l'examen physique), si elle le désire;





- qu'il protège la vie privée et la confidentialité, y compris sur les dossiers (bon nombre de lesbiennes estiment important de savoir qui peut avoir accès à leurs dossiers médicaux);
- qu'il utilise un langage inclusif et qui ne porte aucun jugement;
- qu'il ne suppose pas que toutes les patientes sont hétérosexuelles;
- qu'il compte déjà des lesbiennes, des gais et des bisexuels dans sa pratique;
- qu'il accorde suffisamment de temps et la possibilité de poser des questions;
- qu'il ait reçu une formation sur la question de la santé des lesbiennes (et ait encouragé tout son personnel à le faire);
- qu'il fasse preuve de sensibilité pour la question de la santé des lesbiennes (p. ex., maintenir un dossier d'articles récemment publiés sur la santé des lesbiennes, connaître les sites Web pertinents à la santé des lesbiennes ou ajouter des renseignements sur la question de la santé des lesbiennes);
- qu'il exprime la volonté de rechercher des renseignements supplémentaires et une formation sur des questions de santé particulières touchant les lesbiennes;
- qu'il respecte et reconnaisse les soins auto-administrés et l'auto-éducation des patientes lesbiennes au sujet des pratiques de médecine douce, comme l'exercice,

les herbes médicinales et la massothérapie.

(Adapté de la trousse *Tools for Caring about Lesbian Health Kit*, du Mautner Project for Lesbians with Cancer, Washington DC, 1998, et de McInnis et Kong, *Your Everyday Health Guide: A Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Community Resource*, Vancouver, C.-B., 1998.)





# Bibliographie

ANDERSON, Lynda; HEALY, Theresa; HERRINGER, Barbara; ISAAC, Barbara et Ty PERRY. *Out in the cold: The contradictory context of health and wellness for lesbians in northern communities*, Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2001.

ARNUP, Katherine, éditrice. *Lesbian parenting: Living with pride and prejudice*, Charlottetown, Gynergy Press, 1995.

BRADFORD, Judith; RYAN, Caitlin et Tonda ROTHBLUM. National lesbian health care survey: Implications for mental health care, *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, vol. 62, n° (2), 1994, p. 228 à 242.

BUSHWAY, Deborah J. Chemical dependency treatment for lesbians and their families: The feminist challenge, dans *Feminism and Addiction*, publié sous la direction de Claudia Bepko, New York, Haworth, 1991.

CASSIDY, Roberta et Tonda HUGHES. Lesbian health: Barriers to care, dans *The Annual Review of Women's Health*, vol. 3, publié sous la direction de Beverly McElmurry et Randy Spreen Parker, New York, National League for Nursing Press, 1995.

Central Toronto Youth Services. Report for Canadian Health Network Mapping Project: Lesbian, Gay and Bisexual Health, [disponible auprès du Réseau canadien de la santé, bureau 1700, 180, rue Dundas Ouest, Toronto

(Ont.) M5G 1Z8], 1999.

D'AUGELLI, Anthony. The development of a helping community for lesbian and gay men: A case study in community psychology, *Journal of Community Psychology*, vol. 17, n° 18, 1989, p. 18 et 19.

DAVIS, Victoria et le Social and Sexual Issues Committee. Lesbian health guidelines : énoncé de politique approuvé par le conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Journal SOGC Can*, vol. 22, n° 3, 2000, p. 202 à 205.

DENENBERG, Risa. Report on lesbian health, *Women's Health International*, vol. 5, n° 2, 1995, p. 81 à 91.

DEEVEY, Sharon. Older lesbian women: An invisible minority, *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 16, n° 5, 1990, p. 35 à 39.

GLASSMAN, Carol. Lesbians and HIV disease, *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, vol. 2, n° 3 et 4, 1995, p. 61 à 74.

HALL, Joanne. An exploration of lesbians' images of recovery from alcohol problems, *Health Care for Women International*, vol. 13, 1992, p. 181 à 198.

ISAAC, Barbara et Barbara M. HERRINGER. Lesbian pass/ages: Invisible lives and issues of community, dans *Gateways to Improving Lesbian Health and Health Care*, publié sous la direction de Christy M. Ponticelli, New York, Haworth, 1998.





LEHMANN, J.B.; LEHMAN, C.U. et P.J. KELLY. Development and health care needs of lesbians, *Journal of Women's Health*, vol. 7, n° 3, 1998, p. 379 à 387.

LUCE, Jacquelyne; NEELY, Janet; LEE, Teresa et Ann PETERSON. *Documenting Visibility: Selected Bibliography on Lesbian and Bisexual Women's Health*, Vancouver, Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique, 2000.

MATHIESON, Cynthia. Lesbian and bisexual health care, *Canadian Family Physician*, vol. 44, 1998, p. 1634 à 1640.

Mautner Project for Lesbians with Cancer (auteures : Susan Messina et Amelie Zurn). *Tools for Caring about Lesbian Health Kit*. 1707 L Street NW, Suite 500, Washington DC 20036, 1998.

McINNIS, Anne Marie et Sook C. KONG. *Your Everyday Health Guide: A Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Community Resource*, Vancouver, LGBT Health Association, 1998.

NELSON, F. *Lesbian motherhood: An exploration of Canadian lesbian families*, Toronto, University of Toronto Press, 1996.

O'HANLAN, Kate. Homophobia and the health care system: Solutions for the future, dans *The Lesbian Health Book: Caring for Ourselves*, publié sous la direction de Jocelyn White et Marissa Martinez, Seattle, Seal Press, 1997.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, New York, Conférence internationale de la santé, 1946.

ORZEK, A.M. The lesbian victim of sexual assault: Special considerations for the mental health professional, numéro spécial : Lesbianism: Affirming non-traditional roles, *Women and Therapy*, vol. 8, n° 1–2, 1988.

PONTICELLI, Christy M., éditrice. *Gateways to Improving Lesbian Health and Health Care*, New York, Haworth, 1998.

RANKOW, Elizabeth. Lesbian issues for the primary care provider, *Journal of Family Practice*, vol. 40 n° 5, 1995, p. 486 à 491.

REMAFEDI, G.; FARROW, J. et R. DEISHER. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth, *Pediatrics*, vol. 8, n° 6, 1991.

ROBERTS, S.J. et L. SORENSEN. Health-related behaviors and cancer screening of lesbians: Results from the Boston Lesbian Health Project, *Women & Health*, vol. 28, n° 4, 1999, p. 1 à 12.

ROSSER, Sue. Ignored, overlooked or subsumed: Research on lesbian health and health care, *National Women's Studies Association Journal*, vol. 5, n° 2, 1992, p. 183 à 203.

SAUNDERS, Judith M. Health problems of lesbian women, *Journal of Emerging Nursing Care of Vulnerable Populations*, vol. 34, n° 2, 1999.

SCHERZER, Teresa. Domestic violence in lesbian relationships: Findings of the Lesbian Relationships Research







Project, dans *Gateways to Improving Lesbian Health and Health Care*, publié sous la direction de Christy M. Ponticelli, New York, Haworth, 1998.

SIMKIN, R.J. Not all your patients are straight, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 159, n° 4, 1998, p. 370 à 375.

SIMKIN, R.J. Creating openness and receptiveness with your patients: overcoming heterosexual assumptions, *Canadian Journal of Obstetrics/Gynecology and Women's Health Care*, vol. 5, n° 4, 1993a, p. 484 à 489.

SIMKIN, R.J. Unique health care concerns of lesbians. *Canadian Journal of Obstetrics/Gynecology and Women's Health Care*, vol. 5, n° 5, 1993b, p. 516 à 522.

SOLARZ, Andrea L. *Lesbian Health: Current Assessments and Directions for the Future*, Washington, Institute of Medicine, 1999.

STEVENS, Patricia. The experiences of lesbians of colour in health care encounters: Narrative accounts for improving access and quality, dans *Gateways to Improving Lesbian Health and Health Care*, publié sous la direction de Christy M. Ponticelli, New York, Haworth, 1998.

STEVENS, Patricia. Lesbians and doctors: Experiences of solidarity and domination in health care settings, *Gender and Society*, vol. 10, n° 1, 1996, p. 24 à 41.

STEVENS, Patricia. Structural and Interpersonal impact of heterosexual assumptions on lesbian health care clients, *Journal of Nursing Research*, vol. 44, n° 1, 1995, p. 25 à 30.

STEVENS, Patricia. Lesbians' health-related experiences of care and noncare, *Western Journal of Nursing Research*, vol. 16, n° 6, 1994a, p. 639 à 659.

STEVENS, Patricia. HIV prevention education for lesbians and bisexual women: A cultural analysis of a community intervention, *Journal of Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 11, 1994b, p. 1565 à 1578.

STEVENS, Patricia. Health care interactions as experienced by clients: Lesbians' narratives, *Communicating Nursing Research*, vol. 26, n° 1, 1993, p. 93 à 100.

STEVENS, Patricia E. et Joanne M. HALL. A critical historical analysis of the medical construction of lesbianism, *International Journal of Health Services*, vol. 21, n° 2, 1991, p. 291 à 307.

STEVENS, Patricia E. et Joanne M. HALL. Stigma, health beliefs and experiences with health care in lesbian women, *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, vol. 20, n° 2, 1988, p. 69 à 73.

TIEMANN, K.; KENNEDY, S.A. et M.P. HAGA. Rural lesbians' strategies for coming out to health care professionals, dans *Gateways to Improving Lesbian Health and Health Care*, publié sous la direction de Christy M. Ponticelli, New York, Haworth, 1998.

TRIPPET, Susan. Reasons American lesbians fail to seek traditional health care, *Health Care for Women International*, vol. 13, 1992, p. 145 à 153.





Vancouver/Richmond Health Board. Compte-rendu officiel de la Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Health Conference. Vancouver, 1997.

WINNOW, J. Lesbians evolving health care: Cancer and AIDS, *Feminist Review*, vol. 41, 1992, p. 65 à 68.

# Liste de ressources et de renvois : groupes nationaux et sites Web

Cette liste contient des exemples de groupes nationaux et de sites Web abordant ou comprenant les questions de la santé des lesbiennes. Veuillez noter que la liste n'est pas exhaustive et qu'elle est sujette à changement.

## **Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de la Colombie-Britannique**

(604) 875-2633

A/S BC Women's Hospital and Health Centre

4500, rue Oak

Vancouver (C.-B.) V6H 3N1

Site Web (*cliquer sous la rubrique « Lesbian and Bisexual Women's Health »*) : <http://www.bccewh.bc.ca/resource.htm>

## **Réseau canadien de la santé/Canadian Health Network**

(613) 946-2066

1 877 891-4636

10<sup>e</sup> étage, édifice Jeanne-Mance

Localisateur postal 1910A1

Ottawa (Ont.) K1A 1B4

Site Web (*chercher le mot-clé « lesbienne »*):

<http://www.reseau-canadien-sante.ca>

<http://www.canadian-health-network.ca>

Courriel : [chninfo@innovaction.com](mailto:chninfo@innovaction.com)





**Réseau canadien pour la santé des femmes/Canadian Women's Health Network**

(204) 942-5500

419, avenue Graham, bureau 203

Winnipeg (Man.) R3C 0M3

Site Web *(ne contient pas beaucoup de références particulières sur les lesbiennes et destinées à celles-ci, mais comprend le magazine Réseau en direct)* :

<http://www.rcsf.ca>

Courriel : [cwhn@cwhn.ca](mailto:cwhn@cwhn.ca)

**Gay and Lesbian Medical Association**

*(basée à San Francisco, en Californie, mais contient des liens à de nombreux articles pour les fournisseurs de soins de santé et a une portée nationale)*

Site Web : <http://www.glma.org>

**The Mautner Project for Lesbians with Cancer – Washington DC**

(202) 332-5536

1707 L Street NW, Suite 500

Washington DC 20036

*(a préparé une trousse intitulée Tools for Caring about Lesbian Health Kit, qui contient une bande-vidéo et un guide de discussion pour les fournisseurs de soins de santé, qu'il est possible de commander)*

Courriel : [mautner@aol.com](mailto:mautner@aol.com)

## **PFLAG (parents, familles et amis des lesbiennes et des gais) Canada**

*(contient des renseignements et des liens sur les questions touchant les lesbiennes et les gais, y compris sur les questions de santé et, en date du mois de mars 2001, l'organisme a des chapitres en Alberta, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse)*

Site Web : <http://www.pflag.org>

## **Réseau québécois d'action pour la santé des femmes**

(514) 877-3189

4273, rue Drolet, bureau 406

Montréal (Qué.) H2W 2L7

Site Web : <http://www.CAM.ORG/~rqasf>

Courriel : [rqasf@rqasf.qc.ca](mailto:rqasf@rqasf.qc.ca)

## **Wellness Health Care Information Resources**

Site Web *(donne accès à bon nombre de liens au sujet de la santé des gais, des lesbiennes et des bisexuels)* :

<http://www-hsl.mcmaster.ca/tomflem/gay.html>

