



La santé des personnes LGBTQ2 au Canada

Mémoire de Queer Ontario

**Présenté au
Comité permanent de la santé de la Chambre des communes**

Le 1^{er} mai 2019

Contexte

Au lendemain de l'élection des conservateurs ontariens du premier ministre Doug Ford et des réductions des dépenses annoncées dans le secteur des services sociaux et de santé (OHC 2019), l'organisme Queer Ontario (QO) craint les conséquences sur les personnes marginalisées et particulièrement vulnérables de nos diverses communautés lesbienne, gaie, transgenre, queer et bispirituelle.

Les Canadiens LGBTQ2 ont des besoins uniques en matière de santé, et ceux-ci ont constitué le fondement de diverses formes de militantisme axé sur les soins, découlant surtout de la crise du VIH-SIDA des années 1980, 1990 et des suivantes. Ces mouvements en faveur de la santé ont tissé des liens dans nos communautés qui souhaitaient recevoir des services de santé actifs, sensibiliser les médecins et les autres intervenants en santé au sujet de nos communautés et de leurs besoins ainsi que trouver de nouveaux moyens de répondre aux besoins complexes de notre communauté queer pour les prestataires de soins.

Le présent mémoire vise à poursuivre notre démarche complexe de mobilisation et de défense des intérêts liée au système de santé et aux améliorations que nous jugeons nécessaires dans un cadre intersectionnel, et ce, en soulignant les besoins des personnes LGBTQ2 qui vivent une marginalisation sociale et économique et celles qui sont particulièrement vulnérables.

Les personnes LGBTQ2 et les déterminants sociaux de la santé

Les chercheurs et les militants œuvrant pour le système de santé canadien ont ouvert la voie de l'élaboration d'un modèle de soins de santé inclusifs et intégrés qui repose sur la notion des déterminants sociaux de la santé (Raphael 2004). Les groupes de soins de santé pour les femmes (Armstrong et Pederson 2015), les communautés LGBTQ2 (CLGRO 1997; Mulé et coll. 2009) et les militants qui travaillent pour les services de santé offerts aux immigrants et aux groupes racialisés (McGibbon et Etowa 2009) ainsi que les contextes autochtones (Allan et Smylie 2015; APTN 2012) ont tous contribué à l'élaboration d'un modèle de soins qui tient compte du fait que les conditions économiques et sociales influencent directement les résultats en matière de santé et les prédictors des maladies. Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes et des communautés en général. Selon ce modèle de santé, les personnes et les communautés sont influencées par la disponibilité d'une variété de ressources et leur capacité d'y avoir accès, ce qui place le facteur des inégalités au cœur du modèle. La détermination sociale de la santé est devenue un modèle largement utilisé par les décideurs politiques, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui s'en sert pour élaborer ses politiques en santé. L'OMS définit les déterminants de la santé comme « les conditions dans lesquelles une personne naît, grandit, vit, travaille et vieillit, y compris les conditions du système de santé. Ces conditions dépendent de la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources aux échelons mondial, national et local, et cette répartition se voit influencée par les choix de politiques » (OMS 2019, paragr. 1) [TRADUCTION].

Les personnes et les communautés LGBTQ2 canadiennes sont privées depuis longtemps d'un modèle de soins de santé spécialement adapté à leurs besoins (Mulé 2015). Malgré de vigoureuses actions militantes communautaires liées au VIH-SIDA, les soins aux transgenres et d'autres démarches visant à améliorer la justice sociale et l'équité en santé, nous vivons toujours une situation où la prestation de soins directs et les décisions politiques liées à la santé s'appuient trop facilement sur des cadres qui mettent l'accent sur les pathologies individuelles et les allusions moralisatrices aux « mauvaises habitudes de vie » lorsqu'il s'agit de prendre en charge la santé des personnes LGBTQ2 (Mulé 2007).

Intersectionnalité et personnes particulièrement vulnérables

Il existe toujours, en 2019, de nombreux obstacles qui nuisent à la prestation de soins de santé équitables et complets aux Canadiens de sexualité et de genre diversifiés. On peut dire que ces obstacles sont de nature systémique ou institutionnelle et que les personnes qui s'y heurtent sentent qu'elles sont la cible de discrimination par les prestataires de services de santé à tous les niveaux. Les personnes particulièrement vulnérables sont susceptibles de subir plus fréquemment la discrimination systémique et individuelle dans le système de santé ainsi que d'avoir moins de ressources ou de réseaux personnels et officiels qui les aident à composer avec leurs difficultés.

Nous demandons l'adoption d'une approche intersectionnelle pour régler les iniquités liées aux identités intersectionnelles des diverses communautés LGBTQ2. Issue de la recherche menée pour comprendre et combattre les formes de violence dont sont victimes les femmes de couleur, la notion d'intersectionnalité (Crenshaw 1994) est devenue un outil essentiel pour favoriser l'équité chez les groupes dont les conditions sociales sont intensifiées par de multiples facteurs sociaux et par des relations de pouvoir fondées sur l'histoire et renforcées. L'adoption d'une approche intersectionnelle révèle un éventail de formes d'oppressions qui sont notamment liées à l'âge, aux capacités, à la classe, à l'ethnicité, à la religion et à la race (Collins et Bilge 2016; Rahman 2017). L'utilisation de l'approche intersectorielle permet une analyse fondée sur les déterminants sociaux de la santé et contribue au renforcement de la mosaïque multiculturelle canadienne. Nous croyons aussi fermement que ce travail doit se faire dans un esprit de

décolonisation et dans le respect des recommandations de la Commission de vérité et réconciliation (CVR du Canada 2015).

Parmi les membres les plus vulnérables des communautés LGBTQ2, toujours marginalisées malgré les progrès accomplis au Canada, on trouve les nouveaux arrivants, les demandeurs d'asile, les réfugiés, les toxicomanes, les travailleurs du sexe, les groupes racialisés, les personnes vivant avec un handicap, les sans-abri, etc. Les membres de ces communautés vivent diverses formes d'exclusion, de discrimination et d'invisibilisation, ce qui entraîne un manque de ressources sociales et en santé adaptées à leurs conditions sociales complexes, souvent aggravées par une mauvaise santé physique et mentale ainsi qu'une situation sociale difficile découlant de la marginalisation économique et de la pauvreté. La santé et le bien-être de ces populations au sein des communautés LGBTQ2 peuvent être nettement compromis. Les programmes et les services de santé doivent tenir compte de la réalité des populations des communautés LGBTQ2 et être sensibles à cette réalité (CLGRO 1997).

Recherche et éducation

Au cours des trois dernières décennies, plusieurs études communautaires ont été menées sur le bien-être et les besoins des communautés LGBTQ2 en matière de soins de santé et de services sociaux (Mulé 2015), dont bon nombre ont été financées par le gouvernement fédéral. Notre groupe prédécesseur, la Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario (CLGRO), a fait une étude qui était considérée comme la plus vaste étude du genre – et la mieux financée – sur les besoins en services sociaux et de santé des communautés LGBTQ de l'Ontario (CLGRO 1997). Selon l'étude *Project affirmation* de la CLGRO, comme toutes les autres études de littérature grise, les systèmes de soins de santé et de services sociaux présentent de graves lacunes qui accentuent la marginalisation des personnes LGBTQ2 (CLGRO 1997). L'accent mis par le gouvernement fédéral sur le VIH-SIDA a mené à la formulation de plusieurs recommandations issues d'études communautaires qui n'ont toujours pas été prises en compte.

Sur le plan scientifique de la recherche, les trois Conseils du Canada ne reconnaissent pas les études sur les communautés LGBTQ2 comme une discipline officielle, ce qui oblige les chercheurs à formuler leurs projets de recherche en fonction d'autres domaines. Ainsi, il est beaucoup plus difficile de tirer son épingle du jeu dans le monde extrêmement concurrentiel du financement de la recherche. On peut penser que ces disparités restreignent la recherche, ce qui se répercute sur la santé des personnes LGBTQ2 en raison du manque de données pertinentes. Les compilations statistiques gouvernementales, comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, ne reflètent pas adéquatement la diversité des communautés LGBTQ2 au pays (Dharma et Bauer 2017; Paschen-Wolff, Wells, Ventura-DiPersia, Renon et Grove 2017).

Aujourd'hui, les programmes d'éducation à la santé ne sont pas uniformes en ce qui concerne les questions liées aux communautés LGBTQ2 du pays. Un moyen de favoriser les relations saines et le bien-être serait d'intégrer l'apprentissage de ces questions à l'ensemble du système d'éducation en tenant compte de l'âge des apprenants. Les principes de la diversité, de l'inclusion et de l'équité doivent l'emporter sur les préjugés et les interdictions religieuses dans le programme (McKenzie 2015; Schmitt 2012).

Les professionnels de la santé et des services sociaux doivent aussi suivre une formation adéquate et officielle sur les besoins en santé des personnes LGBTQ2 et les interventions efficaces auprès d'elles. Les professionnels canadiens, comme les médecins (Shindel et Parish 2013), les infirmières (MacDonnell et Fern 2014), les psychiatres (Ali, Fleisher et Erickson 2016), les travailleurs sociaux (Mulé 2006) et d'autres professionnels de domaines connexes n'ont pas suivi de formation appropriée sur les questions liées à la santé des personnes LGBTQ2.

Recommandation 1 : Que le gouvernement fédéral examine toutes les recherches portant sur la santé des personnes LGBTQ2 qu'il finance et travaille avec les communautés concernées pour mettre en œuvre les recommandations en suspens des rapports finaux.

Recommandation 2 : Que toutes les identités sexuelles et de genre soient prises en compte dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, et ce, à l'aide de consultations auprès des communautés LGBTQ2.

Recommandation 3 : Que les critères des trois Conseils soient étendus afin que les communautés LGBTQ2 deviennent un domaine de recherche.

Recommandation 4 : Que les possibilités de financement de la recherche à l'extérieur des trois Conseils soient étendues aux questions de santé qui concernent les communautés LGBTQ2, pas seulement la question du VIH-SIDA.

Recommandation 5 : Que les communautés LGBTQ2 soient consultées pour l'élaboration d'un ensemble de lignes directrices nationales qui prévoient une aide financière à l'éducation sexuelle dans l'ensemble du pays, notamment un programme obligatoire englobant les questions liées à la santé des communautés LGBTQ2, et ce, pour le bien-être et la santé de tous les apprenants.

Recommandation 6 : Qu'on mette en place un partenariat, avec l'aide des communautés LGBTQ2, entre Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et les associations de professionnels de la santé afin de créer des lignes directrices sur les programmes d'enseignement, l'agrément et le perfectionnement professionnel qui prévoient de la formation sur les questions liées à la santé des communautés LGBTQ2.

Politiques, financement et programmes

Les besoins en santé importants et particuliers des diverses communautés LGBTQ2 canadiennes ne sont généralement pas reconnus dans les politiques publiques canadiennes (Mulé et Smith 2014). Or, il existe des inégalités et des lacunes systémiques qui font en sorte qu'on néglige les disparités en santé que vivent les personnes et les communautés LGBTQ2 (Mulé et coll. 2009). Ainsi, ces communautés sont exclues des déterminants sociaux de la santé. Quelques organismes de santé répondent physiquement aux besoins des communautés LGBTQ2 au pays, mais il en faut plus pour que des programmes adéquats et efficaces soient offerts aux LGBTQ2 du Canada.

Afin de combler ce fossé béant, il est important que les politiques soient conçues, élaborées, mises en œuvre et évaluées dans l'optique de la diversité sexuelle et de genre. Au lieu de privilégier la recherche axée sur la lutte au VIH-SIDA, on doit consacrer des fonds aux grands enjeux en matière de santé qui touchent les Canadiens LGBTQ2, afin de traiter adéquatement de l'ensemble des questions, des besoins et des préoccupations de ces personnes.

Recommandation 7 : Que le gouvernement fédéral lance un processus éducatif mené par les communautés LGBTQ2 pour élaborer une définition nuancée, intersectionnelle, sensible et fluide de la diversité, de l'expression et des caractéristiques sexuelles qui puisse servir à lutter contre les incidences négatives de l'oppression par l'apprentissage.

Recommandation 8 : Qu'un exercice de conception, d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation politiques soit mené par le gouvernement fédéral en collaboration avec les communautés LGBTQ2 au sujet des services sociaux et de santé dont leurs membres ont besoin, et ce, dans une optique intersectionnelle.

Recommandation 9 : Que le gouvernement fédéral consacre des fonds à l'élaboration de programmes de services sociaux et de santé spécialisés et intersectionnels tenant compte de l'orientation, de l'identité, de l'expression et des caractéristiques sexuelles, en fonction des avis des communautés LGBTQ2 et des recherches menées partout au Canada.

Prestation de services structurels

En réponse à la crise du VIH-SIDA, largement due à la pression des communautés LGBTQ2, le Canada a adopté une stratégie nationale sur le VIH-SIDA pour une période de presque un quart de siècle (CATIE 2018). Même si cet enjeu reste important, il a mobilisé beaucoup d'énergie, d'attention et de ressources au détriment de nombreuses préoccupations en matière de santé qui touchent les diverses communautés LGBTQ2 (pensons aux programmes thérapeutiques de conversion mis sur pied dans ce pays). En effet, le VIH est devenu une maladie chronique gérable, et le Canada peut maintenant prendre des mesures pour endiguer le virus. Or, les communautés LGBTQ2 ont aussi évolué, et les structures de la prestation des services doivent aussi évoluer pour refléter la diversité de ces personnes et leurs besoins particuliers.

Par conséquent, il est temps que le gouvernement fédéral élabore une stratégie de communication avec les provinces et les territoires afin de planifier la mise sur pied de services et de programmes de santé pour les communautés LGBTQ2 à l'échelle nationale. Il serait crucial que cet exercice d'élaboration soit mené de concert avec les communautés LGBTQ2 à chaque étape du processus, y compris en prévoyant des fonds pour permettre à ces communautés de rassembler et de concevoir les plans nécessaires. De plus, le gouvernement fédéral doit voir à ce que des mesures de responsabilisation soient en place pour qu'il puisse effectuer des paiements de transfert aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux municipalités et aux services de santé locaux.

Recommandation 10 : Que le gouvernement fédéral adopte une loi qui mettra fin à tous les types de programmes de conversion dont l'objectif est de faire changer l'orientation sexuelle des gens afin que mette fin aux mauvais traitements contre les Canadiens LGBTQ2.

Recommandation 11 : Que le gouvernement fédéral et les organismes LGBTQ2 se lancent dans un processus visant à mettre sur pied des programmes et des services de santé complets au sein des communautés LGBTQ2 ainsi qu'à intégrer de tels services aux services de santé généraux.

Recommandation 12 : Que des conditions à respecter soient mises en place pour voir à ce que les paiements de transfert du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires servent aux programmes et aux services de santé pour les communautés LGBTQ2.

Recommandation 13 : Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les communautés LGBTQ2 canadiennes, examine les lois liées à la santé et élabore une liste de mesures législatives nécessaires pour répondre aux besoins en santé de la communauté LGBTQ2.

À propos de Queer Ontario

Queer Ontario est un réseau provincial formé de personnes aux identités de genre et aux orientations sexuelles variées – et de leurs alliés – qui ont pour mission de remettre en question et de réformer les lois, les pratiques institutionnelles et les normes sociales qui s'appliquent aux personnes queer. Selon des principes libérationnistes et une attitude positive envers l'expression de la sexualité, nous luttons pour l'accessibilité, la reconnaissance et le pluralisme démocratique à l'aide des médias sociaux et d'autres stratégies pour orienter l'action politique, informer le public et renforcer la coalition. Nous avons aussi pour objectif de favoriser un dialogue constructif, les capacités politiques et les perspectives libérationnistes dans les communautés queer.

Références bibliographiques

- Aboriginal People's Television Network (APTN). « Civilized to Death », documentaire en deux parties, APTN Investigates (série documentaire), <https://aptnnews.ca/2012/01/23/civilized-to-death-part-1/>, 2012.
- Ali, Nareesa, William Fleisher, et Julie Erickson. « Psychiatrists' and psychiatry residents' attitudes toward transgender people », vol. 40, n° 2, *Academic Psychiatry*, p. 268-273, 2016.
- Allan, Billie, et Janet Smylie. *First People's, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous People in Canada*, Toronto (Ontario), Wellesley Institute, 2015.
- Armstrong, Pat, et Ann Pederson (dir.). *Women's Health: Intersections of Policy, Research, and Practice, Second Edition*, Toronto (Ontario), Women's Press, 2015.
- Canada, Commission de vérité et de réconciliation du Canada (CVR). *Honouring the Truth, Reconciling for the Future: Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2015.
- CATIE. *A History of HIV/AIDS*, Toronto, CATIE, consulté le 27 avril 2019 : <http://www.catie.ca>, 2018.
- CLGRO. *Systems Failure: A Report on the Experiences of Sexual Minorities in Ontario's Health-Care and Social-Services Systems*, Toronto, CLGRO/Project Affirmation, 1997.
- Collins, P. H., et S. Bilge, *Intersectionality*, Malden (Massachusetts), Polity Press, 2016.
- Crenshaw, Kimberlé. « Mapping the Margins, Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Colour », dans Martha Fineman et Roxanne Mykitiuk (dir.), *The Public Nature of Private Violence*, New York (New York), Routledge, p. 93-118, 1994.
- Dharma, C., et G.R. Bauer. « Understanding sexual orientation and health in Canada: Who are we capturing and who are we missing using the Statistics Canada sexual orientation question? », vol. 108, n° 1, *Canadian Journal of Public Health*, p. e21-e26, 2017.
- MacDonnell, J.A., et R. Fern. « Advocacy for gender diversity in the contemporary Canadian nursing context: A focus on Ontario », dans D. Irving et R. Raj (dir.), *Trans Activism in Canada: A Reader*, Toronto, Canadian Scholars' Press, p. 269-286, 2014.
- McGibbon, Elizabeth., et Josephine B. Etowa. *Anti-Racist Health Care Practice*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press, 2009.
- McKenzie, Cameron. « Is queer sex education in Ontario finally out of the closet », vol. 7, n° 3, *Aporia*, p. 6-18, 2015.
- Mulé, N.J. 2006. « Equity vs. Invisibility: Sexual Orientation Issues in Social Work Ethics and Curricula Standards », vol. 252, n° 6, *Social Work Education*, p. 608-622, 2006.
- Mulé, Nick J. « Sexual Orientation Discrimination in Health Care and Social Service Policy: A Comparative Analysis of Canada, the UK and USA » dans L. Badgett et J. Frank (dir.), *Sexual Orientation Discrimination: An International Perspective*, New York, Routledge, p. 306-322, 2007
- Mulé, Nick J. « Much to be Desired: LGBT Health Inequalities and Inequities in Canada », dans J. Fish et K. Karban (dir.), *Lesbian, Gay, Bisexual and Trans Health Inequalities: International Perspectives in Social Work*, Bristol, Policy Press, p. 27-43, 2015.
- Mulé, Nick J., Lori E. Ross, Barru Deeprose, Beth E. Jackson, Andrea Daley, Anna Travers, et Dick Moore, Dick. « Promoting LGBT Health and Wellbeing through Inclusive Policy Development », vol. 8, n° 18, *International Journal for Equity in Health*, en ligne : <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/18>, 2009.
- Mulé, Nick J., et Miriam Smith. « Invisible Populations: LGBTQs and Federal Health Policy in Canada », vol. 57, n° 2, *Canadian Public Administration*, p. 234-255, 2014.
- Ontario Health Coalition (OHC). « Mounting Health Care Cuts », consulté le 26 avril 2019 : <https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/mounting-health-care-cuts/>.
- Paschen-Wolff, M.M., E. Kelvin, B.E. Wells, A.N. Campbell, N.A. Grosskopf, et C. Grov. « Changing Trends in Substance Use and Sexual Risk Disparities among Sexual

- Minority Women as a Function of Sexual Identity, Behavior, and Attraction: Findings from the National Survey of Family Growth, 2002–2015 », *Archives of sexual behavior*, p. 1-22, 2019.
- Rahman, Momin. « Islamophobia, the impossible Muslim and the reflexive potential of intersectionality », dans Jasmin Mahadevan, Claude-Hélène Mayer (dir.) *Muslim Minorities, Workplace Diversity and Reflexive HRM*, London et New York, Routledge, p. 35-46, 2017.
- Raphael, Dennis. 2004. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Scholars' Press, 2004.
- Schmitt, Irena. « Sexuality, secularism and the nation: Reading Swedish school policies » dans *Counterpoints*, vol. 367, *Sexualities in Education: A Reader*, p. 270-280, 2012.
- Shindel, Alan W., et Sharon J. Parish. « CME Information: Sexuality Education in North American Medical Schools: Current Status and Future Directions (CME) », vol. 10, n° 1, *The journal of sexual medicine*, p. 3-18, 2013.
- Organisation mondiale du commerce (OMS). « Social Determinants of Health », consulté le 26 avril 2019 : http://www.who.int/social_determinants/en [EN ANGLAIS SEULEMENT].

Préparé par des membres de Queer Ontario

Robert Teixeira, membre de Queer Ontario
rteixeira@faculty.ocadu.ca

Nick Mulé, membre, fondateur et ancien président de Queer Ontario
nickjmule@gmail.com

Richard Hudler, président de Queer Ontario
rh@richardhudler.ca