

SEXES, GENRES ET ORIENTATIONS SEXUELLES

COMPRENDRE LA DIVERSITÉ



Textes d'accompagnement

PROGRAMME DE FORMATION

SEXES, GENRES ET ORIENTATIONS SEXUELLES : COMPRENDRE LA DIVERSITÉ

Formation intensive d'un jour

DOCUMENTS D'ACCOMPAGNEMENT

Janvier 2017

Québec 

Table des matières

MODULE 1 – COMPRENDRE LES COMPOSANTES DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE : LE SEXE, LE GENRE ET L'ORIENTATION SEXUELLE

- 1.1 DIVERSITÉ SEXUELLE : L'IMPORTANCE DES MOTS
- 1.2 REPENSER LE SEXE, LE GENRE ET L'ORIENTATION SEXUELLE
- 1.3 DÉFIER LE BINAIRE

MODULE 2 – CONTRER LES MYTHES ET LES PRÉJUGÉS SUR LES PERSONNES DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE, LEUR COUPLE ET LEUR FAMILLE

- 2.1 POWER POINT EXTRAIT DE LA FORMATION D'ORIGINE « POUR UNE NOUVELLE VISION DE L'HOMOSEXUALITÉ : INTERVENIR DANS LE RESPECT DE L'ORIENTATION SEXUELLE », INSPQ, AOÛT 2011
- 2.2 DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES POUR DÉCONSTRUIRE LES MYTHES À PROPOS DES FAMILLES HOMOPARENTALES
- 2.3 LA PARENTALITÉ CHEZ LES PERSONNES LGBT
- 2.4 NOUVEAU REGARD SUR L'HOMOPHOBIE ET L'HÉTÉROSEXISME AU CANADA

MODULE 3 – QUELQUES PROBLÈMES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE RENCONTRÉS PAR LES PERSONNES DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE, EN PARTICULIER LES JEUNES

- 3.4 L'HOMOSEXUALITÉ À L'ÂGE ADULTE
- BIBLIOGRAPHIE POUR EN SAVOIR PLUS

MODULE 4 – LES DROITS DES PERSONNES DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE, DE LEUR COUPLE ET DE LEUR FAMILLE : IMPLICATIONS POUR LES INTERVENANTS

- 4.1 RÉSUMÉ DE LA POLITIQUE QUÉBÉCOISE DE LUTTE CONTRE L'HOMOPHOBIE (2009)
 - 4.2 GRANDES DATES DANS L'ÉVOLUTION DES DROITS
 - 4.3 RÉALITÉS JURIDIQUES ET SOCIALES DES MINORITÉS SEXUELLES DANS LES PRINCIPAUX PAYS D'ORIGINE DES PERSONNES NOUVELLEMENT ARRIVÉES AU QUÉBEC, MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION, 2014 (EXTRAIT)
 - 4.4 DIX RAISONS CONFESSIONNELLES POUR APPUYER L'ÉDUCATION INCLUSIVE DES PERSONNES LGBTQ
- BIBLIOGRAPHIE POUR EN SAVOIR PLUS

MODULE 5 – SAVOIR-ÊTRE ET HABILITÉS POUR MIEUX INTERVENIR DANS LE RESPECT DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE

- 5.1 QUELQUES PRINCIPES UTILES EN INTERVENTION LORSQU'IL EST QUESTION DE DIVERSITÉ SEXUELLE
- 5.2 NOUVEAU REGARD SUR L'HOMOPHOBIE ET L'HÉTÉROSEXISME (B. RYAN), SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA, 2003, p. 75-85.
- 5.3 *MODULE 2 - NOTIONS PRÉALABLES, GUIDE PÉDAGOGIQUE POUR L'ORDRE D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE – COMMENT UTILISER LA LITTÉRATURE JEUNESSE* (J. BOIVIN, M. DELAFONTAINE-MARTEL, M.-S. CARROLL, G. CYR), CHAIRE DE RECHERCHE SUR L'HOMOPHOBIE, UQAM ET CSQ.
- 5.4 *L'ENFANT INTERSEXUÉ* (A. WILCOX, I. CÔTÉ, G. PAGÉ), *INTERVENTION*, 2015, NO 142.
- 5.5 LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AUX ÉLÈVES TRANSGENRE, CSM, 2016. PAGES 1-18.

RÉFÉRENCES ET LECTURES POUR EN SAVOIR PLUS

MODULE 1

Connaître et comprendre les composantes de la diversité sexuelle :
le sexe, le genre et l'orientation sexuelle

MODULE 1 – COMPRENDRE LES COMPOSANTES DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE : LE SEXE, LE GENRE ET L'ORIENTATION SEXUELLE

- 1.1 Diversité sexuelle : l'importance des mots, Colloque sur la Diversité sexuelle et de genre en ruralité, Dominique Dubuc, 21 octobre 2016
- 1.2 Repenser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle (M. Dorais, Santé Mentale au Québec, vol. XL, no3, automne 2015), p.37 à 53
- 1.3 Défier la binaire, TransPulse, Vol 2, no 2, déc. 2011, p. 1 à 3

1.1

DIVERSITÉ SEXUELLE: L'IMPORTANCE DES MOTS

Cahier de documents d'accompagnement

Sexes, genres et orientations sexuelles : comprendre la diversité

Colloque sur la Diversité sexuelle et
de genre en ruralité
Dominique Dubuc
21 octobre 2016

Mises en garde...

1. LGBTQI2SNBAa+

Ce vocabulaire explose, foisonne, explore, heurte des sensibilités, et les définitions varient encore beaucoup d'une source documentaire à l'autre.

2. Les étiquettes

Il est plutôt ici question d'une exploration d'un vocabulaire qui fasse écho dans l'identité ressentie par les personnes. Un mot qui les rejoint enfin et qui permet aussi de savoir qu'ils, elles et iels ne sont pas seuls.

3. La fluidité de la terminologie

Le but n'est pas de venir statuer sur des terminologies, mais plutôt de dresser un portrait assez organique des différentes réalités qui vous soit utile dans votre travail d'accueil et d'intervention.

4. La règle d'or

La personne experte pour choisir le meilleur mot qui la représentera est la personne elle-même. Point à la ligne.

Diversités sexuelle et corporelle et pluralité des genres : des questions

- Est-ce qu'on parle des LGBT, et de la kyrielle de lettres qu'il faut y ajouter pour être inclusifs?
- Est-ce qu'on parle d'attirance (sexuelle ou amoureuse), ou de comportements ou encore d'identité?
- Est-ce qu'on parle des minorités sexuelles? Est-ce que c'est péjoratif de parler de minorités sexuelles?
- Est-ce que ce serait mieux de parler de diversité sexuelle ?
- Mais alors est-ce qu'on n'échappe pas la pluralité des genres?
- Et est-ce qu'on inclut vraiment les personnes intersexes quelque part dans toute cette terminologie?

Diversités liées au sexe, au genre et à la sexualité en 5 axes

1. Orientation sexuelle

Hétérosexuel-le



Homosexuel-le

2. Orientation romantique ou amoureuse

Vers les femmes



Vers les hommes

3. Identité de genre

Homme



Femme

4. Expression de genre

Expression féminine



Expression masculine

5. Caractéristiques corporelles sexuelles

Féminines



Masculines

Au-delà du lexique: des personnes

- Une femme trans lesbienne
- Un homme cisgenre hétérosexuel d'expression de genre plutôt féminine
- Une femme bisexuelle qui préfère les femmes dans sa vie amoureuse
- Une personne non-binaire attirée par les hommes dans sa vie sexuelle et amoureuse
- Une femme pansexuelle cisgenre d'expression de genre plutôt masculine
- Un homme intersexe hétérosexuel
- *Etc.*

Quelques termes en lien avec l'orientation sexuelle

- Une personne homosexuelle (gai, gaie, lesbienne) est attirée sexuellement par les personnes de son propre genre.
- Une femme hétérosexuelle est attirée sexuellement par les hommes et un homme hétérosexuel par les femmes.
- Une personne bisexuelle est attirée sexuellement par les hommes et les femmes.
- Une personne pansexuelle est attirée sexuellement par les personnes indépendamment de leur genre.
- Une personne asexuelle n'est pas attirée sexuellement par les autres personnes.
- Une famille homoparentale ou transparentale est une famille dans laquelle un ou deux parents sont homosexuelles ou trans.

- Une personne queer est une personne qui choisit ce terme pour parler de son positionnement à travers les différents continuum de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres. C'est une forme *d'empowerment* que de se réapproprier un terme autrefois péjoratif. Plusieurs personnes queers incluent un aspect politique de rejet des normes sociales dans cette auto-identification.
- La bispiritualité est un concept des Premières nations qui va au-delà de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre.

- L'homophobie est le rejet (négation, discrimination, violence) à l'endroit d'une personne ou d'un groupe de personnes en fonction de l'orientation sexuelle réelle ou perçue. (On peut décliner l'homophobie en lesbophobie, gaïphobie ou biphobie.)
- L'hétérosexisme est la présomption que chaque personne est hétérosexuelle et que l'hétérosexualité est supérieure à toute autre orientation sexuelle; l'hétérosexisme contribue à occulter les autres orientations sexuelles.

Quelques pièges:

- Dire d'une personne qu'elle affiche son homosexualité;
- Dire d'une personne qu'elle avoue son homosexualité;
- Lui dire: « ça paraît pas... »

Quelques termes en lien avec l'identité de genre

- Le sexe assigné à la naissance est la case cochée par le médecin à la naissance de tout bébé: M ou F.
- Une femme trans est une femme pour qui le médecin avait coché M à la naissance.
- Un homme trans est un homme pour qui le médecin avait coché F à la naissance.
- Une personne non-binaire est une personne d'un genre qui sort de la simple binarité homme-femme..
- Une personne cisgenre est une personne dont le genre correspond à ce qu'avait coché le médecin à sa naissance.

Les parcours trans sont multiples. Ces parcours peuvent impliquer une transition sociale, médicale ou légale, ou une combinaison des trois.

Quelques pièges:

Il faut utiliser avec circonspection les expressions « devenir une femme ou devenir un homme » ou encore « être né-e dans le mauvais corps » en parlant des personnes trans.

- La transphobie est le rejet (négation, discrimination, violence) à l'endroit des personnes trans ou des personnes non-conformes aux stéréotypes de genre.
- Le cissexisme est la présomption que chaque personne est cisgenre; de plus, le cissexisme contribue à occulter les autres identités de genres et à affirmer la seule binarité des genres comme étant valable.

Paramètres biologiques qui « permettent » de tracer la frontière entre le masculin et le féminin

Féminin	Masculin
<ul style="list-style-type: none">- Vagin pénétrable par un pénis- Clitoris (petit)- Ovaires et utérus- Faible masse musculaire- Pilosité fine ou faible- Seins bombés- Faible taux de testostérone- Chromosomes XX	<ul style="list-style-type: none">- Pénis (gros): capable de pénétrer un vagin- Testicules- Forte masse musculaire- Pilosité abondante et forte- Seins plats- Fort taux de testostérone- Chromosomes XY

Un examen rapide démontre que nos critères ne sont pas si étanches qu'on pourrait le croire à prime abord...

Quelques précisions sur la diversité corporelle liée au sexe

- Les personnes intersexes ont des caractéristiques (anatomiques, hormonales, chromosomiques, etc.) que le corps médical a de la difficulté à classifier comme masculines ou féminines.
- On les appelait autrefois hermaphrodites.

Conclusion

- Les diversités sexuelle et corporelle et la pluralité des genres sont des territoires de plus en plus explorés, riches d'individus qu'on gagne à connaître.
- Les LGBTQI2SNBAa+ viennent bousculer certains de nos dogmes sociaux et c'est tant mieux !

Merci!

1.2 Repenser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle

Michel Dorais^a

RÉSUMÉ Des travaux pionniers développés au cours des dernières décennies permettent de concevoir les notions de sexe, de genre et d'orientation sexuelle de façon à dépasser le traditionnel modèle binaire. De manière générale, les professionnels de la santé et des services sociaux tardent toutefois à prendre acte de ce changement de paradigme qui fait une large place à la diversité humaine, et beaucoup moins à la marginalisation ou à la pathologisation des différences. Dans le présent article, seront notamment présentés les travaux d'Alfred Kinsey, de Sandra Bem et d'Anne Fausto-Sterling, portant respectivement sur l'orientation sexuelle, le genre et le sexe. Il sera proposé d'inclure leurs contributions (et celles de leurs successeurs) dans un modèle tenant compte à la fois de la diversité et de la fluidité susceptibles d'être présentes dans les identités et les expressions de soi relatives au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle.

MOTS CLÉS identité, sexe, genre, orientation sexuelle, diversité

Rethinking identity

ABSTRACT Pioneering work conducted over the past decades used to design sex, gender and sexual orientation in order to go beyond the traditional binary model. In general, professionals in the health and social services, however, are a little bit slow to take note of this paradigm shift making more space for human diversity, and much less to the marginalization or pathologizing of differences. In this article, the work of Alfred Kinsey, Sandra Bem and Anne Fausto-Sterling will be especially presented, respectively on sexual orientation, gender and sex. It will be proposed to include their contributions (and also those of their successors) in a model taking

a. Sociologue de la sexualité – Professeur titulaire, École de service social, Université Laval, Québec.

38 ■ *Santé mentale au Québec*, 2015, XL, n° 3

into account both the diversity and the fluidity that may be present in identities and self-expressions related to sex, gender and sexual orientation.

KEYWORDS identity, sex, gender, sexual orientation, diversity

Vignettes cliniques

Nathalie, 12 ans, que ses parents décrivent comme « tomboy », refuse depuis son tout jeune âge de se vêtir en fille, ce qui provoque un problème à l'école privée où elle entreprend son cours secondaire. On y exige en effet qu'elle porte la tenue obligatoire réservée aux filles composée d'une jupe et d'un blazer. Or, Nathalie insiste pour porter uniquement le pantalon.

Assignée garçon à la naissance, Sacha, 13 ans, affirme être une fille et réclame d'être ainsi considérée par ses parents et par son école. Sacha ne considère pas pour autant être une personne transsexuelle¹, étant déjà une femme dans son esprit. L'enfant souhaiterait être traitée sur le plan hormonal pour ne pas avoir de puberté masculine et ainsi gagner du temps avant de pouvoir, une fois adulte, entreprendre une transition de sexe.

Dominique, 15 ans, est née intersexuée. Sur le conseil de médecins, ses parents l'ont élevée en la considérant comme une fille. À la puberté, sa physionomie se masculinise. Dominique croit que c'est la raison pour laquelle, après avoir fréquenté des garçons, elle est de plus en plus attirée par les filles. Elle se demande si elle ne serait pas un garçon hétérosexuel plutôt qu'une fille bisexuelle.

Introduction

Chercher des réponses et des solutions aux trois situations précédentes exige de remettre en question la logique binaire selon laquelle on serait homme ou femme, masculin ou féminin, hétérosexuel ou homosexuel, exclusivement, le sexe, le genre et l'orientation sexuelle étant définis par opposition de caractéristiques contraires. Les cas de Nathalie, de Sacha et de Dominique montrent en effet que les repères identitaires

-
1. Nous utiliserons à dessein dans le présent texte les termes transsexualité et transgenrisme afin d'aider à différencier, lorsque requis, ce qui est de l'ordre du sexe assigné et ce qui est de l'ordre du genre ressenti ou exprimé. Le terme fédérateur de transidentité peut, cela dit, être appliqué aux deux réalités.

traditionnels ne collent pas au vécu de nombreux jeunes qui, à bon droit, aspirent à être eux-mêmes.

Les professionnels de la santé et des services sociaux portent hélas un lourd héritage en ce qui concerne la prise en compte de la diversité sexuelle. C'est respectivement en 1973 et 1974 que l'American Psychiatric Association et l'American Psychological Association enlevèrent l'homosexualité de la liste des désordres mentaux (Bayer, 1981 ; Terry, 1999). En revanche, une attention accrue fut accordée à partir de ces années-là au diagnostic du « trouble de l'identité de genre² » chez les enfants et adolescents, ce qui donna lieu à une intolérance exacerbée relativement à l'expression de la diversité chez les jeunes. Des dizaines de milliers d'enfants et d'adolescents furent soumis à des thérapies coercitives, parfois même internés (la seule « fuite » possible fut dans certains cas le suicide), afin de corriger leur prétendue déviance aux normes de genre (Burke, 1996). Ce n'est que tout récemment, en août 2015, que l'American Psychological Association a émis des lignes directrices afin de corriger le tir de façon draconienne, dans un document reconnaissant que la stigmatisation subie par les jeunes non conformistes sur le plan du genre doit être combattue et que ces derniers doivent être soutenus dans l'expression légitime d'eux-mêmes (APA, 2015).

Des travaux pionniers menés au cours des dernières décennies peuvent nous aider à changer notre façon de concevoir l'identité de sexe, l'identité de genre, l'orientation sexuelle et leurs expressions respectives. Mieux comprendre ce tournant conceptuel est le propos du présent article. Nous présenterons notamment les travaux d'Alfred Kinsey, de Sandra Bem et d'Anne Fausto-Sterling, lesquels ont respectivement participé à une révolution dans la façon de concevoir l'orientation sexuelle, le genre et le sexe. Nous proposerons d'inclure leurs contributions dans un modèle dit orthogonal, qui tient compte à la fois de la multiplicité et de la fluidité des identités de sexe ou de genre et de l'orientation sexuelle. Le but de cet article est donc d'effectuer une synthèse pour les intervenants dans le domaine de la santé et des services sociaux qui ont à composer avec la diversité sexuelle.

Afin d'éviter toute confusion, un petit détour s'impose en ce qui concerne les termes choisis, compte tenu des définitions multiples, et parfois contradictoires, de certains d'entre eux. Les notions de sexe et

2. Dans de plus récentes versions du DSM, le terme fut remplacé par « dysphorie de genre ».

40 ■ *Santé mentale au Québec*, 2015, XL, n° 3

de genre, en particulier, sont souvent confondues. Dans le présent article, le sexe d'une personne désignera essentiellement les caractéristiques physiologiques qui font en sorte qu'elle a été désignée à sa naissance comme étant de sexe mâle, femelle, indéterminé, ou encore comme étant intersexuée. L'identité de sexe³ fait, quant à elle, référence à la conscience ou la conviction d'appartenir à une catégorie de sexe, qui peut ne pas être celle que l'on nous a assignée, soulignons-le. Le genre, lui, est plutôt d'ordre social et culturel. Il réfère à ce qui est considéré comme masculin ou féminin dans une société donnée à un certain moment de son histoire. Selon le psychiatre Robert Stoller, un des premiers à avoir défini ce terme⁴, l'identité de genre désigne « les degrés différents de masculinité et de féminité que l'on peut trouver chez une personne » (Stoller, 1989, p. 21), y compris du point de vue de cette personne, me permettrai-je d'ajouter. L'identité de genre ne doit pas être confondue avec le rôle de genre, c'est-à-dire les conduites et les attitudes que la personne adopte pour exprimer son identité de genre. En effet, le genre que l'on ressent et celui que l'on exprime devant autrui peuvent être différents : par exemple, un homme peut se sentir très féminin intérieurement et néanmoins se comporter en société de manière très virile afin de ne pas laisser paraître cet aspect de son intériorité.

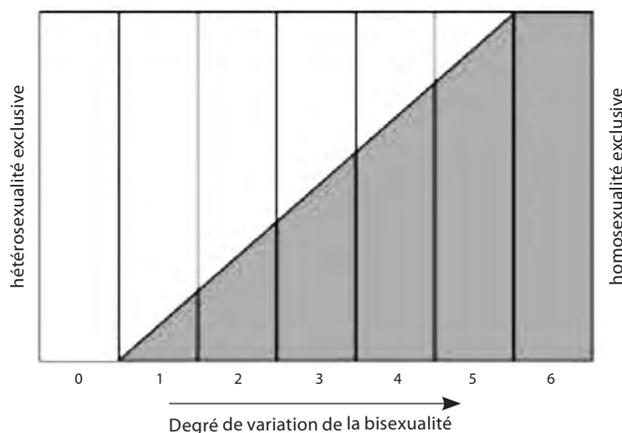
L'orientation sexuelle

Pionnier de la sexologie et de la sociologie de la sexualité, Alfred Kinsey fonda en 1947 *The Institute for Sex Research* (qui sera après sa mort rebaptisé *Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction*). Grâce à de généreuses subventions de la Fondation Rockefeller, il se lança dans une très vaste enquête sur les pratiques sexuelles de milliers d'hommes et de femmes, une première mondiale qui aboutit à la publication de deux ouvrages marquants (Kinsey, 1948 ; Kinsey, 1954).

3. L'expression « identité de sexe » comme conscience de faire partie d'une classe de sexe aurait été proposée pour la première fois par l'anthropologue Nicole-Claude Mathieu (1991, p. 231). Elle est préférable à « identité sexuelle », dont les définitions sont fluctuantes.
4. Cela dit, le psychiatre Richard Green utilisait déjà le terme auparavant, mais comme synonyme d'identité sexuelle, dans laquelle il incluait en fait trois choses : la conviction d'être mâle ou femelle, le fait d'avoir une conduite associée à ce qui est culturellement masculin ou féminin, enfin la préférence pour des hommes ou des femmes comme partenaires sexuels (voir Green, 1974, p. XV).

FIGURE 1

Échelle de Kinsey



Afin de tenir compte des réponses de ses milliers de répondants à propos de leurs conduites et leurs attirances sexuelles, Kinsey dut innover sur le plan conceptuel en inventant ce que l'on appelle depuis l'échelle de Kinsey, traduite et reproduite dans la figure 1.

Cette échelle rompt avec la façon binaire jusque-là en vigueur de penser l'orientation sexuelle. En conformité avec ses données, qui montraient que beaucoup de femmes et d'hommes étaient à divers degrés bisexuels, Kinsey proposa en effet de concevoir l'hétérosexualité et l'homosexualité comme les pôles d'un continuum. Beaucoup de personnes plutôt hétérosexuelles révélaient en effet avoir eu des relations homosexuelles de façon plus ou moins occasionnelle et, inversement, des personnes plutôt homosexuelles avaient eu des rapports hétérosexuels.

Dans leur ouvrage résultant aussi d'une très vaste enquête, *The Social Organisation of Sexuality*, les chercheurs Edward O. Laumann, John H. Gagnon, Robert T. Michael et Stuart Michaels (1994) ont, quatre décennies plus tard, montré qu'on pouvait non seulement concevoir l'orientation sexuelle comme un continuum, mais aussi comme la somme de trois composantes : le désir, la conduite et l'identité (prise dans le sens d'une auto-identification selon les affinités érotiques que l'on ressent). Or, désir, conduite et identité ne se recoupent pas forcément : on peut désirer certaines personnes sans nécessairement actualiser ces désirs, comme on peut avoir des rapports sexuels avec des gens qu'on ne désire pas. De surcroît, ni les désirs ni les comportements sexuels ne prescrivent forcément une identité : à la limite,

42 ■ *Santé mentale au Québec*, 2015, XL, n° 3

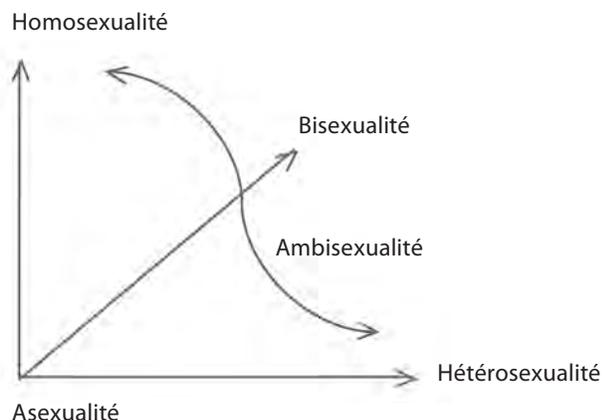
on peut avoir la conviction d'être homosexuel ou hétérosexuel sans jamais avoir eu une relation, ni même un désir, de cette nature. Selon les résultats obtenus par cette équipe de chercheurs, seulement 15 % des femmes et 24 % des hommes interrogés qui avaient des conduites et/ou des désirs homosexuels s'identifiaient comme homosexuels (voir Laumann *et al.*, 1994 ; p. 298-301). L'homosexualité identitaire ne serait pas une chose qui va de soi.

L'orientation sexuelle peut désigner en somme les affinités identitaires, les désirs ou les conduites sexuelles d'une personne selon son sexe et le sexe de ses partenaires, fussent-ils fantasmés. Notons que l'expression *préférence sexuelle*, avec laquelle elle est parfois confondue, possède une signification beaucoup plus large. Cette dernière inclut en effet les goûts et les pratiques qui actualisent l'orientation sexuelle : par exemple, les particularités recherchées chez ses partenaires selon leur âge et leur morphologie, ou encore selon les activités érotiques souhaitées avec eux. Quant aux attirances sexuelles, on pourrait dire qu'elles se situent « en amont », puisque c'est leur émergence et surtout leur directionnalité qui donnent à penser qu'on aurait une orientation sexuelle. Enfin, une orientation sexuelle peut être exprimée ou affirmée (et non « avouée », comme on l'entend trop souvent encore : tous les dictionnaires le confirment, on avoue une faute ou un crime, ce que l'orientation sexuelle n'est absolument pas), ou non.

Une orientation sexuelle est dite hétérosexuelle si elle porte sur des personnes de « l'autre sexe⁵ » ; homosexuelle, si elle porte sur des personnes du « même sexe » ; bisexuelle, si elle porte sur des personnes des « deux sexes ». On pourrait ajouter à cette liste l'orientation ambisexuelle dans le cas où il y a hésitation ou questionnement sur le sexe qui nous attire, et orientation autosexuelle si l'attirance est centrée sur son propre corps uniquement. Une orientation est asexuelle s'il y a absence d'inclinaison sexuelle, ce qui arrive aussi. Toutes ces inclinaisons peuvent varier en intensité non seulement selon les personnes, mais également selon les différentes étapes de leur vie. En effet, si les changements forcés d'orientation sexuelle sont à proscrire (et le sont nommément par l'APA, 2009), il advient que des individus constatent des changements, fortuits ou graduels, dans leurs attirances sexuelles, que ce soit sur le plan de l'orientation ou des préférences qui en découlent.

5. Dans la mesure où l'on croit qu'il n'y en a que deux, bien sûr (nous y reviendrons).

FIGURE 2

Modèle orthogonal de l'orientation sexuelle

Afin de tenir compte de la diversité et parfois de la fluidité de l'orientation sexuelle, nous proposons le schéma esquissé dans la figure 2. Le modèle suggéré permet non seulement de situer l'orientation sexuelle sur un continuum, comme le proposait Kinsey, mais aussi dans un cadre bidimensionnel comme le suggéra par la suite le psychologue Michael Storms (1980).

Le genre

Vingt ans après les avancées de Kinsey, une psychologue américaine va à son tour provoquer une petite révolution, cette fois dans la façon de percevoir le genre. En 1974, Sandra Bem (1974) publiait en effet un article pionnier portant sur l'androgynie, dans lequel elle affirme que la masculinité et la féminité ne sont pas des opposés, comme on le croyait jusqu'alors, mais plutôt des continuums, qui peuvent même se superposer. Au même moment, le psychobiologiste Richard Whalen (1974), bien qu'ignorant apparemment les travaux de Sandra Bem, propose, à partir de ses travaux sur des animaux de laboratoire, un modèle dit orthogonal du genre. Les figures 3 et 4 résument ces apports.

Les retombées des publications de Bem et de Whalen vont s'avérer importantes, notamment en raison du moment où ces idées surviennent, en plein essor de la révolution sexuelle et du mouvement des femmes, qui remettent tous deux en question les stéréotypes de genre. L'androgynie, qui peut avoir divers degrés, apparaît dès lors comme

44 ■ *Santé mentale au Québec*, 2015, XL, n° 3

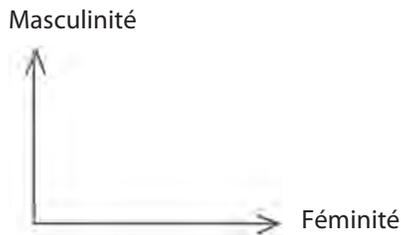
FIGURE 3

Modèle des continuums superposés inspiré de Sandra Bem

Continuum de féminité: -Féminin <-----> +Féminin
 Continuum de masculinité: -Masculin <-----> +Masculin

FIGURE 4

Modèle orthogonal inspiré par les travaux de Richard Whalen



une composante non seulement légitime, mais saine, souligneront des travaux ultérieurs de Sandra Bem (1975).

Le genre reposant sur des repères et des normes sociales ou culturelles elles-mêmes changeantes, il est plus subjectif et fluide que le sexe biologique. Quant à l'identité de genre, elle découle en somme d'une perception de soi, ou d'autrui, comme possédant, à des degrés divers, des caractéristiques féminines, masculines, ou androgynes. L'identité de genre se manifeste souvent (mais pas forcément, une personne pouvant tenir secret son sentiment intime en ce qui concerne son genre) dans ce que l'on appelle le *rôle de genre*, qui s'exprime par l'apparence, la gestuelle, l'habillement, et tout ce qu'on donne à voir dans l'expression de soi. Comme le genre masculin et le genre féminin ne sont pas hermétiques, il peut y avoir passage de l'un à l'autre, ce que l'on appelle le transgenrisme. Puisqu'on retrouve une grande diversité de situations sous le terme *transgenre*, quelques définitions sommaires, dans l'encadré A, permettront de s'y retrouver.

Encadré A – Quelques types de transgenrisme

Gender bender (ou gender queer) : personne qui transgresse à dessein les normes binaires et les stéréotypes de genre, que ce soit dans un objectif de libération personnelle ou de contestation artistique, sociale ou politique.

Repenser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle ■ 45

Travesti-e : personne qui, de façon occasionnelle (par exemple, lors de relations sexuelles ou dans le cadre de sa vie privée uniquement) ou permanente, exprime par son vêtement et son apparence un rôle de genre qui, selon les stéréotypes culturels en vigueur, ne correspondrait pas à son sexe (par exemple, un homme qui porte des robes, une femme qui porte uniquement des vêtements masculins, souvent afin de « passer pour » une personne de « l'autre sexe »).

Transformiste : artiste qui fait comme métier de reproduire, le plus fidèlement possible et à des fins de divertissement, des personnalités ou des personnages qui ne sont pas du même sexe que lui ou elle. Ainsi, un transformiste de sexe masculin imitera par exemple Madonna ou Cher, alors qu'une transformiste de sexe féminin imitera plutôt Justin Bieber ou Elvis Presley.

Drag queen et **drag king** : artistes comiques qui, dans le cadre de spectacles, imitent ou créent des personnages n'étant pas du même sexe qu'eux en exagérant sciemment, et souvent outrancièrement, la féminité (dans le cas des drag queens) ou la masculinité (dans le cas des drag kings) desdits personnages.

Enfin, les personnes **non conformistes** ou **créatives sur le plan du genre**, sans doute les plus nombreuses, ne sont pas forcément transgenres. Par leur façon néanmoins de transgresser, sciemment ou pas, et de diverses façons, les normes et les stéréotypes de genre, elles rappellent qu'il existe une infinie variété dans l'expression possible du masculin et du féminin, ou de l'androgynie, chez un être humain.

Ce sont en bonne partie les écrits féministes qui ont mis en vogue, voire imposé, le terme « genre », faisant logiquement suite à la fameuse phrase de Simone de Beauvoir : « On ne naît pas femme, on le devient. » Dans l'introduction de son ouvrage *Le deuxième sexe*, Beauvoir (1949) suggérait en effet que devenir une femme (entendre : une femme « féminine ») n'est pas un destin lié à la biologie, mais un parcours social, et plus particulièrement une intériorisation de normes et de stéréotypes. Autrement dit, même si le genre semble traduire le sexe, il n'en est rien ; il s'agirait plutôt d'une prophétie autoréalisatrice dans la mesure où l'on s'efforcerait de répondre aux attentes sociales et aux « apparences normales » afin de ne pas être socialement stigmatisé.

Toujours dans les années 1970, des sociologues comme Erving Goffman (1977) et Candace West et Don Zimmerman (1987⁶) ont précisément voulu montrer le caractère « construit » du genre, lequel résulterait de constantes adaptations à de multiples interactions et

6. À noter que le texte fut publié dix ans après la conférence sur le même thème prononcée par les auteurs au colloque de 1977 de l'American Sociological Association.

46 ■ *Santé mentale au Québec*, 2015, XL, n° 3

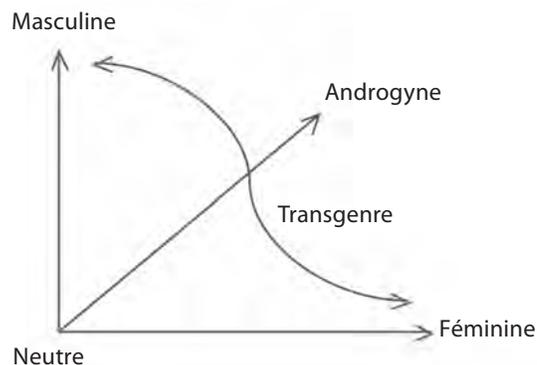
conventions sociales. Toutefois, c'est dans doute la théoricienne américaine Judith Butler (2005) qui a le plus influencé la définition du genre ces dernières années. Pour Butler, le genre est le dispositif par lequel le masculin et le féminin sont produits, reproduits et normalisés. Ils le sont à travers une incessante *performativité*. Par cette expression, Butler suggère qu'il faut comprendre le genre comme une performance socialement apprise et sans cesse répétée. La féminité et la masculinité apparaissent dès lors comme les effets d'un processus d'abord culturel et coercitif (on apprend à être masculin ou féminin, dès la plus tendre enfance, à travers notre socialisation), puis individuel (par exemple, on reproduit ces modèles, ou on les subvertit, comme le font les gender queers, ou encore on les parodie, comme le font les drag queens et les drag kings).

De ce point de vue, le genre ne traduit nullement une essence particulière, plus ou moins innée; il serait plutôt le résultat d'un entraînement et d'un conditionnement, mais aussi d'une capacité d'agir, puisque l'on donne à voir notre genre. Comme l'a écrit Éric Fassin dans la préface de *Trouble dans le genre*, «le genre est l'effet des normes de genre» (Butler, 2005). Paradoxalement, souligne Judith Butler, notre genre, «c'est une pratique d'improvisation qui se déploie à l'intérieur d'une scène de contrainte» (Butler, 1976, p. 13). Autrement dit, nous pouvons «jouer» notre genre, mais nous le faisons toujours en tenant compte des modèles disponibles et des réactions sociales suscitées ou anticipées. On peut certes choisir de résister aux normes, ou même de les subvertir, mais on ne choisit pas les normes auxquelles on est soumis.

Dans la figure 5, inspirée notamment des travaux de Bem et de Whalen, est présenté un modèle orthogonal qui tient compte de sur-

FIGURE 5

Modèle orthogonal de l'identité de genre



croît des allers-retours possibles entre le masculin et le féminin. La réalité plurielle des personnes transgenres requiert en effet que l'on puisse se représenter un passage, occasionnel ou permanent, du masculin au féminin, et vice versa.

Le sexe

Il faudra attendre vingt ans après les travaux de Bem et Whalen en psychologie ou de West et Zimmerman en sociologie pour que la binarité des sexes soit à son tour remise en question. Ce sera grâce à un retentissant article paru en 1993 dans *The Sciences*, signé par la biologiste et historienne des sciences Anne Fausto-Sterling. Le titre même de l'article est assez hardi : *Les cinq sexes. Pourquoi mâle et femelle ne sont pas suffisants*⁷. Réalisant que jusqu'à 4 % (du moins dans certaines parties du monde ; estimation ramenée depuis à 1,7 % à l'échelle mondiale) de la population serait plus ou moins intersexe, c'est-à-dire née avec des attributs des deux sexes, Fausto-Sterling propose d'ajouter aux sexes « mâle » et « femelle » les hermaphrodites véritables, qui ont à la fois des organes producteurs de spermatozoïdes et d'ovules (elle les appelle les HERMS), les pseudohermaphrodites masculins, qui possèdent des testicules et certains aspects de l'appareil génital féminin (elle les appelle les MERMS) et les pseudohermaphrodites féminins, qui possèdent des ovaires et certains éléments de l'appareil génital masculin (elle les appelle les FERMS). Dans un article ultérieur, *Les cinq sexes revisités* (Fausto-Sterling, 2013), et surtout dans son ouvrage *Sexing the Body* (Fausto-Sterling, 2012), l'auteure élabore sa pensée et conclut finalement qu'il y a une infinité de sexes, reprenant en quelque sorte l'idée de continuum que les Kinsey, Bem et Whalen avaient respectivement appliquée à l'orientation sexuelle et au genre.

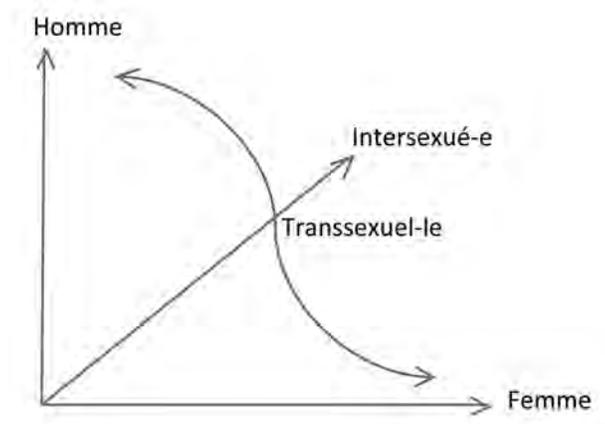
Tenant compte des réflexions de la professeure Fausto-Sterling en ce qui concerne la diversité des sexes, le modèle orthogonal qui suit à l'avantage d'inclure la situation des personnes intersexuées, qui possèdent à la naissance des attributs physiques des deux sexes, et aussi la situation des personnes transsexuelles, qui entendent changer de sexe afin de correspondre à leur profonde conviction de ne pas être nées avec le sexe auquel elles ont le sentiment d'appartenir.

7. Cet article existe en version française, car repris dans l'ouvrage éponyme *Les cinq sexes* (Fausto-Sterling, 2013).

48 ■ *Santé mentale au Québec*, 2015, XL, n° 3

FIGURE 6

Modèle orthogonal de l'identité de sexe



Pour mieux comprendre la réalité spécifique des personnes intersexuées, rappelons qu'il existe 5 critères pour identifier le sexe d'un individu à sa naissance (ou même avant) :

1. Les chromosomes (sexe chromosomique; sexe déterminé dès la fécondation et pouvant être obtenu par un test génétique);
2. Les hormones (sexe endocrinien ou hormonal; sexe déterminé par un test sur le taux d'androgènes ou d'oestrogènes, eux-mêmes sécrétés par les glandes pituitaires [au centre du cerveau] et les surrénales [situées au-dessus des reins]);
3. Les gonades (sexe embryonnaire sur le plan génital; peut être déterminé par un test pendant la grossesse, à partir de la 8^e semaine environ, alors qu'il y a « différenciation » sur le plan du sexe, car esquisse des canaux de Wolff, embryons des testicules, et des canaux de Müller, embryons des ovaires);
4. Organes sexuels internes (sexe anatomique ou morphologique selon la présence ou l'absence d'organes internes, par exemple prostate, utérus, etc.);
5. Organes sexuels externes (sexe anatomique ou morphologique selon la présence ou l'absence d'organes externes, par exemple pénis, testicules, vulve, clitoris, etc.).

Or, chez les enfants intersexués au moins un de ces éléments est en dissonance avec les autres. L'encadré B décrit brièvement les principaux types d'intersexuation (aussi appelée intersexualité).

Encadré B – Quelques types d'intersexuation (les plus courants)

1. **Hyperplasie congénitale des surrénales.** Héritée génétiquement, elle se manifeste chez des enfants XX (filles) en « masculinisant » leurs organes génitaux (on croit parfois que ce sont des garçons et ces enfants sont alors élevés comme tels).
2. **Syndrome d'insensibilité aux androgènes** (autrefois appelé le « testicule féminisant »). De source génétique. Ce sont des enfants XY (garçons) nés avec des organes génitaux « imprécis », quoique plutôt féminins : pas d'utérus, vagin très peu profond, testicules non descendus. Ils sont en général élevés en tant que filles. C'est souvent à l'âge de la puberté, vu l'absence de cette dernière, que ces cas seront détectés.
3. **Syndrome de Turner.** Affecte les filles dépourvues d'un second chromosome X (XO). Elles développeront en général une petite stature, plutôt « androgyne ». Elles n'ont pas d'ovaires et peu ou pas de caractéristiques sexuelles secondaires⁸ (des hormones, en particulier des oestrogènes, leur sont en général prescrites afin de leur assurer un développement plus « standard »).
4. **Syndrome de Klinefelter.** Affecte des garçons dotés d'un chromosome X supplémentaire (XXY). Ils sont infertiles et peuvent à l'adolescence avoir une poussée mammaire. Ils auront un corps plus grand que la moyenne, très longiligne, peu musclé, avec des organes génitaux peu développés (caractéristiques que des traitements de testostérone peuvent en partie pallier).

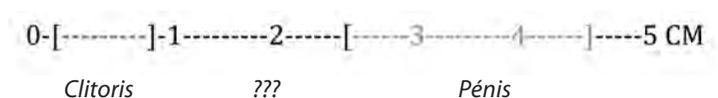
Traditionnellement, les bébés intersexués étaient opérés à la naissance ou peu après afin de donner une apparence dite « normale » à leurs organes génitaux visibles. La norme pour décider du sexe alors assigné était le « phallomètre », comme l'appelle Fausto-Sterling (2000, p. 81). Selon ce critère, un clitoris médicalement acceptable pour un nourrisson serait de 0,2 centimètre à moins 0,85 centimètre et un pénis médicalement acceptable, de 2,5 à 4,5 centimètres. Cela fait en sorte qu'entre 0,85 et 2,5 centimètres, il y aurait une incertitude quant au sexe de l'enfant. Comme il est plus facile chirurgicalement d'enlever que d'ajouter, le plus souvent alors on opère une réduction (on coupe

8. Rappelons que les caractères sexuels primaires désignent en général l'ensemble des organes génitaux externes qui permettent de différencier mâle et femelle d'une espèce; ils servent à déterminer le sexe biologique à la naissance. Les caractères sexuels secondaires apparaissent plutôt à la puberté, par exemple la pilosité et la mue de la voix chez l'homme ou le développement de la poitrine, la faculté de lactation et l'apparition du cycle menstruel chez la femme.

50 ■ *Santé mentale au Québec*, 2015, XL, n° 3

FIGURE 7

**Échelle graduée de ce qui est estimé médicalement acceptable
(d'après A. Fausto-Sterling)**



en partie) ou une récession du clitoris (sa dissimulation en le rentrant dans un pli de peau fabriqué à cet effet) pour faire de ces enfants des petites filles répondant aux standards établis.

Des associations pour les droits des personnes intersexuées et leurs alliés, de plus en plus nombreux, revendiquent aujourd'hui de laisser le libre choix de leur sexe et de leur corps aux personnes intersexuées une fois qu'elles seront devenues adolescentes ou jeunes adultes, et de cesser de les mutiler, dès leur petite enfance. D'autant que les critères utilisés par les médecins pour assigner et « corriger » le sexe laissent place à la subjectivité et ne sont pas forcément prescrits par la santé des personnes concernées (sans compter les problèmes ultérieurs que des opérations précipitées provoquent souvent sur le plan physique et psychologique). À noter que certains États se montrent sensibles à ces revendications : par exemple, l'Allemagne permet depuis 2013 d'inscrire un sexe indéterminé sur les certificats de naissance.

Par ailleurs, en ce qui concerne la transsexualité (à ce jour toujours identifiée comme possible « dysphorie de genre »), trois critères servent actuellement à la reconnaître : une identification persistante à l'« autre sexe » remontant à la petite enfance ; un grand inconfort quant à l'identité de sexe assignée ; un fonctionnement personnel, sexuel et social perturbé en raison des deux précédentes caractéristiques. On note toutefois que le DSM V, à ses onglets 302.6 et 302.85, portant sur la dysphorie de genre chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, tend à confondre l'identité de sexe (être homme ou femme) et l'identité de genre (être masculin et/ou féminin). Parmi les critères de la dysphorie de genre chez un jeune, le DSM V inclut en effet une forte préférence pour les activités, les vêtements et les jeux typiques de l'autre sexe et, à l'inverse, un rejet marqué pour les activités, les vêtements et les jeux typiques de son sexe biologique. Ces critères se réfèrent donc au genre et minimisent par exemple le fait qu'on peut être non conformiste sur le plan du genre sans pour autant aspirer à une réassignation de sexe.

En croisant les données disponibles, la chercheuse Anne Fausto-Sterling évalue à au moins 1,75 % de la population les personnes transsexuelles. Si on ajoute à ce nombre les personnes intersexuées (1,7 %), cela signifie qu'environ 3,5 % de la population serait soit intersexuée, soit transsexuelle, les deux groupes, quoique distincts, ayant en commun de subir la normativité du modèle binaire en ce qui concerne leur sexe. Sans parler des personnes, nombreuses, qui refusent tout simplement de se conformer aux conventions sociales relatives à l'identité de sexe ou de genre, et l'expression desdites identités. Il y a nécessité de reconnaître davantage leur existence. Notons au passage que le préfixe « trans- » signifie en lui-même changement, passage, traversée. Il peut impliquer non seulement le résultat d'une transition mais aussi un processus d'appropriation de sa vie et d'expression de son unicité.

Des avancées sont en cours. Depuis 2012, la Nouvelle-Zélande puis l'Australie offrent la possibilité d'obtenir un passeport sans mention de sexe et l'Argentine permet de changer la mention de sexe à l'état civil sans avoir subi préalablement d'interventions chirurgicales, ce qui est perçu comme une percée par les groupes de défense des droits des personnes transidentitaires⁹. Ces changements reconnaissent en effet que l'identité de sexe est un sentiment subjectif, certes, mais néanmoins profond et irrépressible. Comme l'a suggéré l'anthropologue Nicole-Claude Mathieu, qui a proposé le terme au début des années 1990, l'identité de sexe est ultimement la conscience de faire partie d'une communauté d'appartenance¹⁰.

Conclusion

Les recherches et les réflexions théoriques des dernières décennies nous amènent à interroger la façon dichotomique de catégoriser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle, qui passait sous silence leur grande diversité et leur possible fluidité. Peut-on encore aujourd'hui se représenter homme et femme, masculin et féminin, hétérosexuel et homosexuel comme des catégories exclusives, fixes et opposées ? Il n'y a rien à gagner pour les professionnels de la santé et des services sociaux à perpétuer une pensée binaire qui tend à ignorer, à sous-estimer ou à exclure une portion non négligeable de la population.

9. Rappelons que le terme « transidentitaire » fédère la grande diversité des façons d'être transgenre ou transsexuel, ou même de refuser ces désignations.

10. Mathieu, N.-C., 1991.

52 ■ *Santé mentale au Québec*, 2015, XL, n° 3

Ainsi, pour en revenir aux trois situations présentées en vignette au début du présent article, on pourrait permettre sans problème à Nathalie de porter le pantalon comme tenue vestimentaire à l'école, si c'est dans ce vêtement qu'elle se sent vraiment à l'aise (et en profiter pour faire un peu d'éducation sur l'égalité des sexes et des genres auprès des jeunes de l'école). On pourrait aussi accompagner Sacha afin de faire en sorte qu'elle soit bien dans sa peau, acceptée par son milieu familial et scolaire, et qu'elle puisse prendre en temps voulu et en toute connaissance de cause les décisions qui lui sembleront les meilleures concernant une possible réassignation de sexe. Enfin, Dominique pourrait être incitée à trouver ses propres repères et à définir sa propre identité par-delà les étiquettes concernant son sexe, son genre ou son orientation sexuelle; on pourrait aussi accompagner ses proches afin qu'ils lui apportent le soutien requis.

La diversité sexuelle n'est assurément pas un phénomène nouveau (Dorais, 1999). Elle devient toutefois plus visible à mesure que les droits et libertés, les avancées législatives, les mentalités et les connaissances évoluent. Reconnaître cette diversité et, plus encore, apprendre ce qu'elle nous enseigne ne peut qu'améliorer la qualité de toute relation d'aide (Dorais, 2015), quelle qu'en soit la nature. *A fortiori*, les intervenants en santé mentale ont beaucoup à faire pour sortir définitivement des carcans qui ont produit tant de dégâts par le passé chez les jeunes de la diversité sexuelle. C'est non seulement une question de santé publique, la marginalisation et l'exclusion étant, on le sait, nuisibles à la santé mentale, mais aussi d'équité et de justice sociale.

BIBLIOGRAPHIE

- APA (2009), *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, 2009; <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf>.
- APA (2015), *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*. <http://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>.
- Bem, S. L. (1974). « The Measurement of Psychological Androgyny ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S. L. (1975). « Sex Role Adaptability: One Consequence of Psychological Androgyny ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 634-643.
- Burke, P. (1996). *Gender Shock*. New York, N.Y.: Anchor Books.
- Butler, J. (2006). *Défaire le genre*. Paris, France: éd. Amsterdam.

Repenser le sexe, le genre et l'orientation sexuelle ■ 53

- Butler, J. (2005). *Trouble dans le genre*. Paris, France : La Découverte (à noter que la première édition en langue anglaise de l'ouvrage date de 1990).
- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe*. Paris, France : Gallimard.
- Dorais, M. (1999). *Éloge de la diversité sexuelle*, Montréal : VLB éditeur.
- Dorais, M. (2015). *Le métier d'aider*, Montréal : VLB éditeur.
- Fausto-Sterling, A. (2013). *Les cinq sexes*. Paris, France : Petite Bibliothèque Payot.
- Fausto-Sterling, A. (2012). *Corps en tous genre. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*. Paris, France : La Découverte.
- Goffman, E. (1977). « The Arrangement between the Sexes », *Theory and Society*, 4(3) (Autumn 1977), 301-331.
- Green, R. (1975). *Sexual Identity Conflict in Children and Adults*. Baltimore, Mar. : Penguin Books.
- Kinsey, A. (1954) *Le Comportement sexuel de la femme*. Paris, France : Amiot Dumont.
- Kinsey, A. (1948), *Le Comportement sexuel de l'homme*. Paris, France : éd. du Pavois.
- Laumann, E. O., Gagnon, J.H., Michael R.T. & Michael, S. (1994). *The Social Organisation of Sexuality*, Chicago, Ill. : University of Chicago Press.
- Mathieu, N.-C. (1991). *L'anatomie politique. Catégorisation et idéologies du sexe*. Paris, France : Éditions côté-femmes.
- Stoller, R. (1989). *Masculin ou féminin ?* Paris, France : PUF.
- Storms, M. D. (1980). « Theories of Sexual Orientation ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(5), 783-792.
- Terry, J. (1999). *An American Obsession. Science, Medecine, and Homosexuality in Modern Society*, Chicago, Ill. : Chicago University Press.
- West, C. & Zimmerman, D. (1987). « Doing Gender ». *Gender & Society*. 1(2) (June 1987), 125-151.
- Whalen, R.E. (1974). « Sexual Differentiation : Models, Methods, and Mechanisms » in *Sex Differences in Behavior* (Friedman RC, Richart RH, Wiele RLV, eds). New York, N. Y. : Wiley, 467-484.

Défier le binaire - Caractéristiques du sexe social des Ontariennes et Ontariens Trans



Développement de nos communautés grâce à la recherche

1.3

Bulletin électronique de Trans PULSE

Volume 2, Numéro 2

le 15 décembre 2011

Trans PULSE est un projet de recherche communautaire qui étudie l'impact de l'exclusion sociale et la discrimination sur la santé des personnes trans en Ontario, Canada. Financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, ce projet est un partenariat entre les chercheurs, les membres de la communauté trans, et les organismes communautaires engagés à améliorer la santé des personnes trans. Nous espérons que les professionnels de santé, les décideurs, les communautés trans et leurs alliés se servira des résultats de cette recherche à supprimer les obstacles et créer des changements positifs.

Introduction

Les termes liés au sexe social (femme/homme) sont des concepts qui importent non seulement les gens s'y identifient, mais ces termes sont enracinés dans notre histoire sociale, dans nos institutions et dans nos savoirs médicaux. Dans tous ces domaines, le sexe et le sexe social ont été conçu sur un mode binaire, c'est à dire qu'ils se rapportent aux hommes et aux femmes. Cette conception binaire s'étend à plusieurs aspects des individus : l'apparence, l'identité et l'anatomie. De plus, ces deux catégories de sexe social sont affirmées par nos systèmes

juridique, médical et religieux. Notre sexe et sexe social nous sont assignés à la naissance et se font renforcer tout au long de notre vie. Tenter d'élargir leurs frontières ou de les changer peut engendrer des grands frais personnels : financiers, affectifs ou sociaux. Les résultats de l'étude Trans PULSE démontrent que le binaire de hommes/femme ne captent pas la diversité sexuelle qui existe dans notre société. Ces résultats soulignent aussi besoin urgent d'éduquer les prestataires de services, les éducateurs et le reste de la société sur la question de diversité sexuelle.

Notre Approche

Trans PULSE a adopté une approche unique afin de recueillir des informations sur les personnes trans à travers de l'Ontario, Canada – des personnes ayant une gamme d'identités, de relations avec leurs corps, et de croyances personnelles sur la nécessité de transition physique. Ici, nous présentons des informations sur les caractéristiques liées au sexe social recueillies auprès des communautés trans de l'Ontario, en utilisant une méthode de recherche qui nous a permis de faire le portrait statistique le plus précis que possible.¹ Les questionnaires ont été remplis par 433 personnes trans de 16 ans ou plus qui vivent, travaillent ou reçoivent des soins de santé dans la province de l'Ontario. Pour accroître l'accessibilité, les participants pouvaient remplir un questionnaire sur l'internet, une version papier (envoyé par la poste), ou par téléphone avec un interprète. Pour participer, les répondants devaient s'identifier sous le terme générique «trans», mais il n'était pas nécessaire d'avoir commencé une transition sociale ou médicale. Plusieurs questions concernant l'identité en lien avec le sexe social ont été demandés à fin de s'assurer que la diversité des sexes sociaux des communautés trans de l'Ontario soit prise en considération.

Conclusions Principales et L'impact sur la Politique et la Pratique

La fluidité entre les sexes La fluidité entre les sexes

Parmi les répondants trans Ontariennes et Ontariens de 16 et plus, 54% se retrouvaient sur le spectre de femme à homme (*FtM*), et 47% sur le spectre de homme à femme (*MtF*). Vingt pour cent ne se place pas dans le binaire homme/femme, se considérant comme étant à la fois homme et femme, ni un ni l'autre,

	FtM^a %	MtF^b %	Total %
Spectre du sexe social			
Femme à homme	--	--	54
Homme à femme	--	--	47
Diagnostic d'intersexualité			
Oui	5	6	6
Non	81	77	80
Pas certain	14	17	15
L'identité de sexe social			
Masculin	84	0	45
Féminin	2	73	35
Les deux, ni, ou plus fluide	14	27	20

a spectre femme à homme ou transmasculin
b spectre homme à femme ou transféminin

ou fluide. Comme les études d'accompagnement qui utilisent le sexe social pour classer ses membres, on peut donc de questionner à savoir s'il est approprié d'utiliser les catégories « masculin » ou « féminin » pour les documents identitaire. Cette pratique crée des barrières d'accès pour les personnes trans qui tentent d'accéder des installations qui sont séparées par le sexe social, comme les refuges², les centres d'agression sexuelle, et les soins de santé sexuelle. Des supports pour ceux qui s'identifient comme *genderqueer*, par exemple, doivent mis être en place pour permettre l'accès équitable aux services.

L'intersexualité

Un diagnostic médical d'intersexualité a été rapporté par 6% des personnes trans en Ontario. Un autre quinze pour cent n'étaient pas certains.

Vivre dans le sexe social auquel on s'identifie

Parmi les répondants, 48 % vivent à temps

plein dans le sexe social qu'ils ou elles se sentent appartenir et un autre 30 % qui le font à temps partiel. Vingt-deux pour cent ne vivaient pas du tout dans le sexe social auquel ils ou elles s'identifient. Cela peut aussi créer des entraves aux services pour les personnes trans. La stigmatisation et la discrimination attendu par les personnes trans peut potentiellement conduire à une volonté diminué pour certains de vivre dans le sexe social qu'ils ou elles s'identifient, ce qui entraîne un manque de visibilité et une sous-estimation du nombre de services et de soutiens nécessaires pour les personnes trans. Ceci ne fait donc qu'augmenter la stigmatisation des personnes trans.

Parmi ceux qui vivent actuellement dans le sexe social qu'ils ou elles se sentent, 34 % ont commencé à le faire avant l'âge de 20 ans, et 26 % entre les âges de 15 et 19. Plus de la moitié des Ontariennes et Ontariens trans (59%) avaient moins de 10 ans quand ils ont pris conscience que leur sexe social ne correspondait pas à leur corps. Cela souligne l'importance de l'éducation sur l'identité liée au sexe social et sur les personnes trans dans les écoles primaires et secondaires.

La transition médicale

Environ un quart des Ontariennes et Ontariens trans ont complété un processus de transition médicale. Dans notre étude, un « processus de transition médicale complété » a été fondée sur le sentiment propre de chacun des répondants qu'ils ou elles avaient complété leur transition médicales, quel que soit que ceci signifie pour eux ou elles. En outre, 4 % n'avaient pas l'intention de commencer une transition médicale, 10 % n'étaient pas certain s'ils ou elles allaient commencer une transition médicale, et pour 9 %, la transition n'était pas pertinente. Parmi ceux qui ont commencé, complété, ou vont commencé une transition médicales, les deux tiers n'avaient pas terminé tous les traitements médicaux dont ils estiment avoir besoin. Pour certains, cela ne

	FtM ^a %	MtF ^b %	Total %
L'âge à laquelle ils ou elles ont été conscient du fait que leur sexe social ne correspond pas à leur corps			
< 10 ans	57	61	59
10-14 ans	20	22	21
15-19 ans	15	10	13
20-29 ans	8	5	7
30+ ans	0.5	2	1
Vivant actuellement dans le sexe social qu'ils ou elles se sentent			
Plein temps	49	49	48
Temps partiel	35	24	30
Pas du tout	16	30	22
Si ils ou elles vivent dans le sexe social qu'ils ou elles se sentent, l'âge où cela a commencé			
< 10 ans	3	5	4
10-14 ans	4	4	4
15-19 ans	36	12	26
20-29 ans	44	34	40
30-39 ans	11	23	16
40-49 ans	2	14	7
50+ ans	0.3	9	4
L'état de leur transition médicaux^c			
La réalisation d'une transition	25	26	25
Dans le processus de transition	15	32	24
Planification, mais pas encore commencé	38	15	28
Pas de planification de transition	6	3	4
Notion de "transition" n / a	6	14	9
Pas certains s'ils ou elles vont commencer une transition	9	11	10

a spectre femme à homme ou transmasculin

b spectre homme à femme ou transféminin

c Transition médicales inclus des hormones et/ou des interventions chirurgicales, et les transitions complétées variées en ce qui concerne les procédures

concernait que les hormones ou une chirurgie simple et pour d'autres ceci concernait une combinaison de procédures et de hormones. De nombreux services pour les personnes trans sont disponibles uniquement pour ceux qui ont subi des chirurgies de reconstruction des organes génitaux. Ceci contribue au manque de visibilité de ceux qui s'identifient comme fluide entre les sexes sociaux et ceux qui ont fait une transition, mais qui ne subissent pas toutes les procédures médicales possibles. Nous devons redéfinir la reconnaissance sociale du sexe social de façon à accueillir toutes les personnes trans, plutôt que seulement ceux qui peuvent cocher chaque case sur une liste prédéterminée de chirurgies et des hormones et qui suppose une approche «tout ou rien» concernant la transition.

Avec 59 % des personnes trans indiquant

qu'ils ou elles savaient leur identité de sexe social avant l'âge de 10 ans, donc avant le commencement de la puberté. Il est crucial que l'intervention médicale avec des hormones soit disponible avant la puberté, lorsque tant de changements corporel irréversibles se produisent.

Que peut-on faire?

- ◆ L'identité et l'expression de sexe social ajouté aux programmes scolaires primaires et secondaires
- ◆ L'identité et l'expression de sexe social ajouté aux codes des droits de la personne
- ◆ Les traitements d'hormones avant la puberté devraient être plus largement disponibles
- ◆ Formation pour les services classifiés par le sexe social (par exemple les systèmes de logement) pour comprendre les besoins et problèmes spécifiques rencontrés par les personnes trans

Références

1. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling II: Deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social Problems*. 2002; 49(1): 11-34.
2. Dénommmé-Welch, Scanlon K, Pyne J (pour le FTM Safer Shelter Project Research Team). *Invisible Men: FTMs and Homelessness in Toronto*. The Wellesley Institute. Récupéré le 16 janvier, 2011, de <http://www.wellesleyinstitute.com/files/invisible-men.pdf>.

Une note concernant le "sexe social"

Sexe social sera utilisé plutôt que genre lors de cette traduction. Bien que genre soit utilisé assez souvent dans le vernaculaire trans, c'est dans ce cas-ci un anglicisme qui touche au cœur de la compréhension socio-culturelle de sexualité. Le projet de loi C-389 proposait « l'identité sexuelle et l'expression sexuelle » comme équivalent. Ce bulletin n'est pas un texte de loi traduit par des bureaucrates qui ne sont pas nécessairement parties de nos communautés. Nous vous proposons un terme équivalent qui a émergé des communautés elle-même plutôt que d'utiliser un terme pris du discours politique.

Bulletins électroniques sur une variété de sujets ainsi que des présentations et des articles peuvent être téléchargés à l'adresse:

Auteurs contributeurs:

Todd Coleman, Greta Bauer, Kyle Scanlon, Robb Travers, Matthias Kaay, Matt Francino

Merci à:

Natalie Duchene pour ses suggestions concernant la traduction

www.transpulseproject.ca

**Pour plus d'informations :
info@transpulseproject.ca**

Trans PULSE is funded by

Project Partners



MODULE 2

Contre les mythes et les préjugés sur les personnes de la diversité sexuelle,
leur couple et leur famille

MODULE 2 – CONTRER LES MYTHES ET LES PRÉJUGÉS SUR LES PERSONNES DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE, LEUR COUPLE ET LEUR FAMILLE

- 2.1 *Des recherches scientifiques pour déconstruire les mythes à propos des familles homoparentales, extrait de Famille LGBT. Le guide (M. Grennbaum), pages 23 à 50.*

- 2.2 *Nouveau regard sur l'homophobie et l'hétérosexisme au Canada (B. Ryan, Société canadienne du sida, 2003), pages 4 à 12.*

2.1

DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES POUR DÉCONSTRUIRE LES MYTHES À PROPOS DES FAMILLES HOMOPARENTALES



Mona Greenbaum
*Directrice de la Coalition des
familles homoparentales*



DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES POUR DÉCONSTRUIRE LES MYTHES À PROPOS DES FAMILLES HOMOPARENTALES

Cette section expose une dizaine de mythes au sujet des familles homoparentales et les déconstruit en s'appuyant sur plus de trente ans de recherche scientifique sur cette question. Les données scientifiques résumées dans cette section ont été colligées en collaboration avec l'Équipe sur la famille et son environnement de l'UQAM et le Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill (COSUM) et sont tirées de plusieurs articles publiés dans des revues scientifiques reconnues¹.

Mythe 1 : Les personnes homosexuelles n'ont pas d'enfants.

Mythe 2 : Il n'y a pas de recherches scientifiques sur les familles homoparentales.

Mythe 3 : Les personnes homosexuelles sont incapables d'être de bons parents.

Mythe 4 : Les enfants en contact avec des personnes homosexuelles risquent davantage d'être victime d'abus sexuels.

Mythe 5 : Les enfants de familles homoparentales peuvent être confus quant à leur identité de genre (suis-je un garçon ? une fille ?) et aux rôles de genre conventionnels (fille garçonne, garçon efféminé).

Mythe 6 : Les enfants ayant des parents homosexuels deviendront eux-mêmes homosexuels.

Mythe 7 : Les enfants de familles homoparentales risquent de développer davantage de problèmes sociaux, affectifs, cognitifs et comportementaux que les autres enfants.

Mythe 8 : Les enfants de familles homoparentales ont plus de difficultés dans leurs relations sociales que les autres enfants.

Mythe 9 : Les enfants des familles homoparentales ont moins de contacts avec leur famille élargie (grands-parents, etc.) que les enfants de familles hétéroparentales.

Mythe 10 : Il n'est plus nécessaire de faire de la recherche sur les familles homoparentales.

N.B. Les notes de fin de texte pour cette section se trouvent sur les pages 31-32. Pour la bibliographie complète, veuillez consulter le module bibliographie.



MYTHE 1

LES PERSONNES HOMOSEXUELLES N'ONT PAS D'ENFANTS

Loin d'être un phénomène marginal, le nombre croissant de familles homoparentales résulte d'un ensemble de facteurs interdépendants, tels que :

- Les constellations familiales se sont largement diversifiées depuis les années 1960 (p. ex., familles recomposées, monoparentales, biculturelles, etc.);
- Les parents homosexuels sont de plus en plus nombreux à affirmer leur orientation sexuelle;
- Des lois ont été adoptées au Québec qui reconnaissent et accordent les mêmes droits et responsabilités juridiques aux familles homoparentales qu'aux autres familles;
- Les services d'adoption au Québec permettent aux partenaires de couples de même sexe d'adopter des enfants conjointement;
- L'accès aux nouvelles technologies de reproduction s'est démocratisé;
- Dans notre société qui accepte de mieux en mieux l'homosexualité, les personnes homosexuelles sont de plus en plus nombreuses à désirer et à être en mesure de fonder une famille².

3

MYTHE 1 EN BREF

Les personnes homosexuelles n'ont pas d'enfants

NOMBRE CROISSANT DE FAMILLES
HOMOPARENTALES

2 À 8 MILLIONS DE PARENTS GAIS ET
LESBIENS AUX ÉTATS-UNIS

1,3 % DE TOUTES LES MÈRES ET 0,2 %
DE TOUS LES PÈRES AU QUÉBEC SONT
HOMOSEXUELS

DES MILLIERS D'ENFANTS AU QUÉBEC
DANS DES FAMILLES HOMOPARENTALES

DIFFÉRENTS TYPES DE STRUCTURES
FAMILIALES HOMOPARENTALES (VOIR
PAGES 30-32)



Pour plusieurs raisons, il est difficile de déterminer le nombre de familles homoparentales. Tout d'abord, plusieurs gais et lesbiennes sont réticents à dévoiler leur orientation sexuelle dans les grandes enquêtes sociales. Mis à part le désir de préserver leur intimité, plusieurs parents gais et lesbiens craignent de perdre leur emploi ou même la garde de leurs enfants. Il faut se rappeler qu'au cours des années 1980, les juges québécois retiraient encore les enfants des ménages lesbiens en raison de l'orientation sexuelle de leurs mères³.

Les chiffres concernant la prévalence des familles homoparentales varient aussi en fonction des définitions de la famille homoparentale et de l'homosexualité des parents retenues par les chercheurs. Les chercheurs définissent parfois l'homosexualité comme un comportement sexuel, parfois comme une identité sexuelle (je suis gai, lesbienne, etc.) déclarée par l'individu. Pourtant, une personne peut avoir des relations sexuelles avec des personnes du même sexe sans pour autant s'identifier comme étant homosexuelle, et d'autres peuvent s'identifier comme étant homosexuelles même si elles ne sont pas sexuellement actives. La difficulté à définir l'homosexualité rend difficile le dénombrement des familles homoparentales.

Aux États-Unis, diverses études estiment qu'entre 2 et 8 millions de parents gais et lesbiens élèvent entre 3 et 14 millions d'enfants⁴. Les données sur la population européenne sont plus rares. On estime que plusieurs millions d'enfants grandissent dans des familles homoparentales : environ 20 000 aux Pays-Bas, 650 000 en Allemagne, des dizaines de milliers en France.

Selon une analyse secondaire de la banque de données de l'*Enquête sociale et de santé du Québec* de 1998, on estime que 1,3 % de toutes les mères et 0,2 % de tous les pères au Québec ayant la garde d'au moins un enfant (biologique ou adopté) de moins de 18 ans sont homosexuels ou bisexuels⁵. Ces estimations sont conservatrices étant donné qu'elles sont basées sur une divulgation volontaire des comportements sexuels dans le cadre d'un sondage gouvernemental. Néanmoins, ces statistiques nous apprennent qu'il y a des milliers d'enfants qui vivent dans des familles homoparentales au Québec.

Ces parents homosexuels sont-ils célibataires ou en couple ? Ont-ils adopté ou utilisé les services d'une mère porteuse ? Une clinique de fertilité a-t-elle été impliquée ? Le donneur est-il connu ? Les sondages et les analyses statistiques populationnelles n'ont pas encore déterminé les proportions des différents types de structures familiales compris dans la catégorie que nous appelons « familles homoparentales ».



DIFFÉRENTES STRUCTURES FAMILIALES HOMOPARENTALES

Comme dans le cas des familles dont les parents sont hétérosexuels, le terme générique de « famille homoparentale »⁶ regroupe une grande variété de structures familiales. Voici une brève description des différentes formes de familles homoparentales.

1 ENFANTS CONÇUS DANS LE CADRE D'UNE RELATION HÉTÉROSEXUELLE ANTÉRIEURE

Jusqu'à récemment, la majorité des familles homoparentales étaient composées de parents ayant conçu leurs enfants dans le cadre d'une relation hétérosexuelle et ayant par la suite vécu une relation avec une personne de même sexe. Après une rupture avec un partenaire hétérosexuel, le parent homosexuel peut obtenir la garde partielle ou complète des enfants. Il peut être impliqué dans une relation conjugale avec une personne du même sexe ou simplement s'affirmer comme étant homosexuel sans avoir de partenaire conjugal régulier, comme c'est le cas de plusieurs divorcés hétérosexuels. Si le parent homosexuel est en couple, le partenaire de même sexe peut assumer un certain rôle parental auprès des enfants, bien que ce ne soit pas nécessairement le cas. Cependant, la loi ne reconnaît pas de droit parental au nouveau conjoint, qu'il soit hétérosexuel ou homosexuel, sans égard à l'étendue de son engagement dans l'éducation des enfants.

2 RECOURS AUX SERVICES DE PROCRÉATION ASSISTÉE

Les lesbiennes et les gais peuvent également fonder une famille dans le cadre d'une relation conjugale homosexuelle. Pour un couple de lesbiennes ou une femme célibataire, une des options consiste à se tourner vers une clinique de fertilité. La loi fédérale sur la procréation assistée (Loi concernant la procréation assistée, 2004) interdit aux services de fertilité de refuser l'accès à une personne à cause de son orientation sexuelle ou de son statut civil. Cette loi exige que les donneurs d'ovules et de sperme demeurent anonymes. Dans un couple de femmes, chacune des femmes peut vivre une grossesse. Parfois, les deux femmes d'un couple donnent chacune naissance à un ou des enfants.

3 INSÉMINATION MAISON

Une lesbienne seule ou en couple peut également demander à un ami ou à une connaissance de donner son sperme. Par conséquent, le donneur de sperme est un « donneur connu ». On parle alors d'une insémination maison qui sera pratiquée à l'aide d'une seringue sans aiguille.





Dans ce cas, où le donneur est connu, la ou les mères lesbiennes et le donneur doivent décider ensemble quel sera l'engagement du donneur dans la vie de l'enfant. Parce que la loi ne permet pas de reconnaître légalement plus de deux parents, le couple lesbien ou la lesbienne célibataire ainsi que le donneur doivent décider ensemble quels noms (un maximum de deux) seront sur l'acte de naissance et, par conséquent, qui seront reconnus légalement comme étant les parents.

Au Québec, la plupart du temps, les couples de lesbiennes décident d'être reconnus légalement comme étant les parents et assument toutes les responsabilités relatives à l'éducation de l'enfant. Plusieurs donneurs acceptent d'aider des lesbiennes à fonder des familles sans vouloir assumer des responsabilités légales ou financières. L'implication sociale du donneur varie beaucoup selon les cas. Ainsi, certains enfants connaissent leur père biologique sans que celui-ci ne s'implique, alors que certains donneurs jouent un rôle important dans la vie de l'enfant et peuvent même être reconnus socialement comme un père.

4 COPARENTALITÉ

Les gais et lesbiennes peuvent décider d'être des coparents du même enfant. Par exemple, un couple lesbien et un couple gai peuvent décider de fonder une famille ensemble grâce à une insémination maison. L'engagement légal et social de chaque parent dépend de chaque personne impliquée au début du projet parental et des réponses qu'ils et elles auront donné aux questions suivantes : quels parents seront légalement reconnus? comment les soins à l'enfant seront-ils divisés entre les quatre adultes? et, comment la garde de l'enfant sera-t-elle partagée?

Bien que possible, selon les statistiques de la Coalition des familles homoparentales du Québec, ce type de famille homoparentale à plusieurs parents semble plus rare au Québec que les autres types de familles homoparentales. Selon l'Association des parents gais et lesbiens de France, la famille homoparentale à plusieurs parents est plus répandue en France où la possibilité que deux parents du même sexe soient reconnus légalement n'existe pas.



5 ACCUEIL OU ADOPTION D'UN ENFANT RÉSIDANT AU QUÉBEC

Le *Code civil* du Québec permet également à tout adulte, sans égard à son orientation sexuelle, d'adopter ou d'accueillir un enfant résidant au Québec⁷. Il s'agit d'une option particulièrement intéressante pour les hommes gais. L'adoption et l'accueil d'enfants résidant au Québec sont du ressort des services de la protection de la jeunesse.

6 ADOPTION INTERNATIONALE

L'adoption internationale, bien que possible, est très difficile pour les gais et les lesbiennes. En effet, la plupart des pays ayant des enfants disponibles pour l'adoption internationale n'acceptent pas les candidats qui se déclarent homosexuels. Ainsi, le Secrétariat à l'adoption internationale, l'organisme responsable de la supervision des adoptions hors Québec ne peut accepter les gais et lesbiennes en tant que futurs parents adoptifs, s'ils se déclarent comme tels.

7 MATERNITÉ DE SUBSTITUTION (MÈRE PORTEUSE)

Certains hommes gais se tournent vers une mère porteuse afin de fonder une famille. La loi fédérale sur la procréation assistée interdit la rémunération d'une *mère porteuse*. Ainsi, les hommes gais doivent trouver une mère porteuse ayant des motivations altruistes pour les aider. Cette pratique est légale au Québec, mais les contrats entre les mères porteuses et les futurs parents ne sont pas reconnus par le Code civil du Québec.

LES LOIS CONCERNANT LA MATERNITÉ DE SUBSTITUTION

Au Québec, les contrats de mère porteuse n'ont aucune validité : ils sont considérés comme nuls, « de nullité absolue ». Par conséquent, les personnes (homosexuelles ou hétérosexuelles) qui s'entendent avec une femme pour qu'elle porte « leur » enfant n'auront aucun recours si cette dernière change d'avis et décide de garder l'enfant; de même, la mère porteuse ne pourra pas forcer l'homme ou le couple à adopter l'enfant et à s'en occuper si ces derniers changent d'avis en cours de grossesse.

Quand l'enfant vient au monde, l'accoucheur doit signer un « constat de naissance » qui indique, entre autres, le nom de la mère; donc, celle-ci a ensuite l'obligation de remplir et signer la déclaration de naissance qui est ensuite transmise au Directeur de l'état civil. Cette déclaration peut aussi contenir le nom et la signature du père (ou de celui qui accepte de l'être) si celui-ci consent à signer la déclaration.

Après la naissance, si la mère remet l'enfant au père et au conjoint de celui-ci, et renonce à ses droits parentaux, puis signe un consentement spécial à l'adoption en faveur du conjoint du père, ce conjoint peut effectivement présenter une requête pour ordonnance de placement en vue de l'adoption, première des deux étapes judiciaires pour l'adoption d'un enfant. Quant au jugement final d'adoption, il a pour effet d'établir une nouvelle filiation : le nom de la mère porteuse « disparaît » de l'acte de naissance de l'enfant, qui a désormais deux pères.

LES LOIS RÉCENTES CONCERNANT LES FAMILLES HOMOPARENTALES

MARIAGE CIVIL ET UNION CIVILE POUR LES CONJOINTS DE MÊME SEXE

Le 7 juin 2002, l'Assemblée nationale du Québec a voté unanimement l'adoption de la *Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation* (loi 84). Cette loi a été adoptée 25 ans après la disposition de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* interdisant la discrimination basée sur l'orientation sexuelle. En modifiant 54 lois québécoises, la législation a accordé aux couples unis civilement les mêmes droits et responsabilités qu'aux couples mariés.

En 2004, le mariage civil entre conjoints de même sexe a été reconnu au Québec et, en 2005, grâce à la *Loi sur le mariage civil*, les gais et lesbiennes à travers le Canada ont enfin eu accès à l'institution du mariage.

LES LIENS LÉGAUX ENTRE LES PARENTS HOMOSEXUELS ET LEURS ENFANTS

Aspect important pour les familles homoparentales, la loi 84 a également amendé le Code civil en y ajoutant des règles sur la procréation assistée et en clarifiant les règles d'adoption pour les parents homosexuels qu'ils soient conjoints de fait ou unis civilement.

Dorénavant au Québec, les couples ou individus gais ou lesbiens peuvent adopter des enfants résidant au Québec par les centres jeunesse.

Dans le cas d'une procréation assistée, le *Code civil* établit une filiation légale qui confère les mêmes droits et responsabilités au parent non biologique qu'au parent biologique, pour les couples de lesbiennes dont les enfants sont nés dans le cadre d'un « projet parental commun ». Lorsqu'un enfant naît, les mères lesbiennes doivent simplement inscrire leurs deux noms sur son acte de naissance afin d'établir le lien légal entre les mères et l'enfant. Une fois que le nom des mères est inscrit sur cet acte de naissance, la loi ne fait aucune distinction entre le parent biologique et le parent non biologique relativement aux droits et responsabilités envers l'enfant.



MYTHE 2

IL N'Y A PAS DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE SUR LES FAMILLES HOMOPARENTALES

Plusieurs écrits sur les familles homoparentales ont été publiés depuis les années 1970. Cependant, bon nombre d'entre eux présentent des points de vue ou des débats d'idées sur la question, sans se soucier des faits empiriques^a. Afin de séparer les faits empiriques des opinions ou des jugements de valeur, nous considérerons seulement dans ce texte les écrits dans lesquels les auteurs utilisent une méthodologie scientifique et des analyses statistiques de données recueillies auprès des membres de familles homoparentales comparées à des familles hétéroparentales.

Au Québec et ailleurs dans le monde, les recherches empiriques scientifiques valides ont été de la plus haute importance pour étayer les décisions des juges et des politiciens lorsqu'il a été question des droits des parents gais et lesbiens et, particulièrement, de ceux de leurs enfants. Les membres de l'Assemblée nationale du Québec, par exemple, ont eu besoin de cette information afin d'élaborer des lois pour protéger les familles homoparentales.

MYTHE 2 EN BREF

Il n'y a pas de recherches scientifiques sur les familles homoparentales

RECHERCHES PUBLIÉES DEPUIS LES ANNÉES 1970

COMPARAISONS ENTRE LES FAMILLES HOMOPARENTALES ET LES FAMILLES HÉTÉROPARENTALES

BEAUCOUP DE RECHERCHES SUR LA CAPACITÉ PARENTALE DES HOMOSEXUELS ET LE DÉVELOPPEMENT DE LEURS ENFANTS

1^È GÉNÉRATION DE RECHERCHES : ENFANTS NÉS DANS FAMILLE HÉTÉROPARENTALE AVEC LE « COMING OUT » TARDIF D'UN PARENT

2^E GÉNÉRATION DE RECHERCHES : ENFANTS NÉS DANS DES FAMILLES HOMOPARENTALES

3^E GÉNÉRATION DE RECHERCHES : MÉTHODES D'ÉCHANTILLONNAGE ALÉATOIRE ET VASTES ENQUÊTES NATIONALES

Les premières recherches ont porté sur l'évaluation des capacités parentales des gais et lesbiennes comparées aux capacités parentales des parents hétérosexuels. Elles ont également évalué le développement psychosexuel et émotif des enfants de parents gais et lesbiens, comparés aux autres enfants. Finalement, elles ont évalué l'expérience sociale de ces enfants avec leurs pairs et avec les adultes.

Les premières études ont été réalisées au cours des années 1970 en Angleterre et aux États-Unis. Elles ont été menées à la suite de procès dans lesquelles des mères lesbiennes divorcées étaient évaluées psychologiquement parce que des ex-conjoints contestaient le droit de ces mères lesbiennes à la garde des enfants en raison de leur orientation sexuelle. Cette première génération de recherches comparait généralement des enfants de femmes hétérosexuelles divorcées à des enfants de femmes lesbiennes divorcées⁹. La limite des résultats de ces recherches consiste principalement en ce qu'elles ne nous informent pas sur le développement des enfants nés dans le contexte d'un projet parental entre deux femmes ou deux hommes. Étant donné le nombre croissant de gais et de lesbiennes qui ont des enfants (par insémination ou grâce à l'adoption) dans le cadre d'une identité homosexuelle déclarée, les chercheurs ont pu commencer à étudier les enfants qui grandissent, dès leur naissance, dans une famille homoparentale.

À partir des années 1990, une deuxième génération de recherches a donc étudié le cas des enfants nés dans des familles homoparentales comparés aux enfants nés dans des familles hétéroparentales. Une des limites de ces recherches, tout comme dans le cas de la génération précédente de recherches, est généralement la petite taille des échantillons et l'absence de variabilité de ceux-ci. Les caractéristiques démographiques des participants de ces études sont trop homogènes : par exemple, qu'ils soient homosexuels ou hétérosexuels, les parents utilisant des cliniques de fertilité privées pour fonder leurs familles ont généralement un revenu élevé et un haut niveau de motivation à devenir parents. Il est donc difficile de généraliser ces résultats à tous les types de familles homoparentales.

En réponse aux limites posées par l'échantillonnage, une troisième génération d'études plus récentes utilise des méthodes d'échantillonnage aléatoires dans le cadre de vastes enquêtes nationales sur la famille ou la santé¹⁰.





MYTHE 3

LES PERSONNES HOMOSEXUELLES SONT INCAPABLES D'ÊTRE DE BONS PARENTS

Les divers ordres professionnels liés à la psychiatrie, la psychologie et le travail social ne considèrent plus l'homosexualité comme une maladie mentale. Il y a de nombreuses années que l'Association psychiatrique américaine a retiré « l'homosexualité » de sa liste des troubles mentaux en déclarant que « l'homosexualité en soi n'implique aucune diminution dans le jugement, la stabilité, la fiabilité ou les capacités sociales et techniques en général¹¹ ». La décision de retirer l'homosexualité de la liste des troubles mentaux résultait de recherches exhaustives menées pendant trois décennies et démontrant que l'homosexualité n'était pas un problème d'adaptation psychologique¹².

MYTHE 3 EN BREF

Les homosexuels sont incapables d'être de bons parents

L'ORIENTATION SEXUELLE N'ENTRAVE PAS LE FONCTIONNEMENT PSYCHOLOGIQUE

AUCUNE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE DANS L'APPROCHE D'ÉLEVER DES ENFANTS

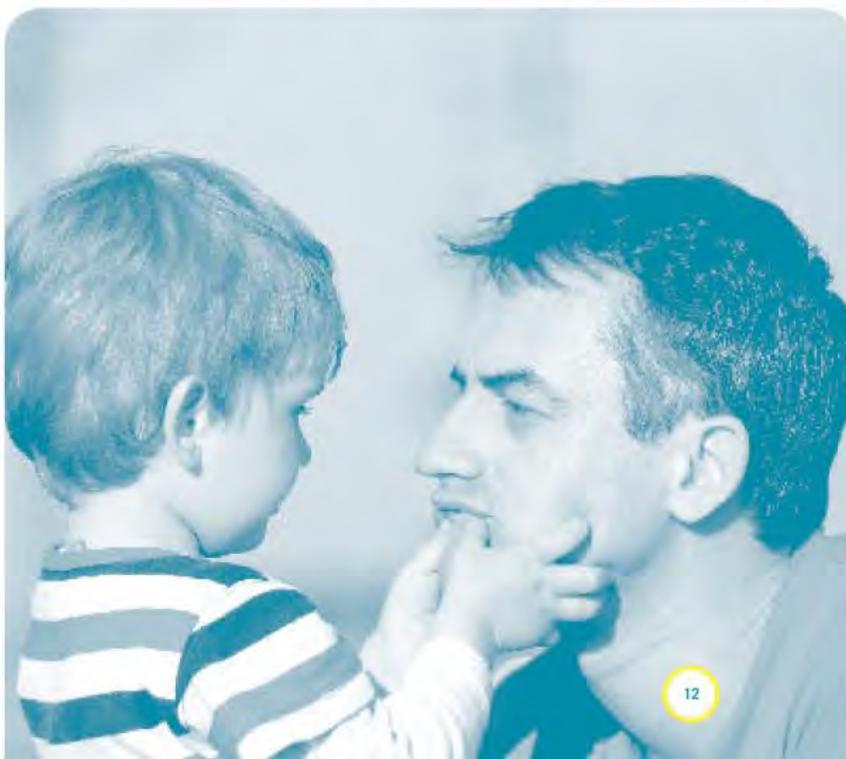
GRAND NOMBRE DE GAIS ET DE LESBIENNES VIVENT DES RELATIONS À LONG TERME STABLES ET SATISFAISANTES

DIVISION DES TÂCHES MÉNAGÈRES ET FAMILIALES DE MANIÈRE ÉQUITABLE

PARENTS NON BIOLOGIQUES ACCEPTÉS ÉGALEMENT PAR LES ENFANTS

Il n'existe aucune preuve que l'orientation sexuelle en soi entrave le fonctionnement psychologique. Toutefois, il existe de solides données empiriques montrant que la stigmatisation sociale, l'homophobie et l'hétérosexisme entraînent des problèmes de détresse psychologique et peuvent avoir un impact sur le bien-être physique de la personne qui les subit¹³ (pour les données de recherche empirique sur ces effets négatifs sur les familles, voir notre section suivante sur l'homophobie, page 61).

Malgré le fait que différents ordres professionnels nord-américains aient éliminé de leurs manuels diagnostics le concept d'homosexualité en tant que maladie mentale dans les années 1970, certains professionnels travaillant auprès des familles maintiennent encore des attitudes négatives relativement aux capacités parentales des gais et lesbiennes. Certains persistent à croire que les lesbiennes et les gais sont psychologiquement inadaptés, que les lesbiennes sont moins maternelles que les femmes hétérosexuelles et les pères gais moins responsables que les pères hétérosexuels; ou, finalement, que les relations des lesbiennes et des gais avec des partenaires sexuels laissent peu de temps aux interactions parent-enfant¹⁴. Pourtant, la recherche n'a confirmé aucun de ces préjugés et croyances, bien au contraire¹⁵.



Les croyances voulant que les adultes gais et lesbiens soient des parents incompetents ne reposent sur aucune donnée empirique¹⁶. Les lesbiennes et les femmes hétérosexuelles ne sont pas différentes, que ce soit par rapport à leur santé mentale en général ou par leur approche pour élever un enfant¹⁷. De la même façon, il n'a pas été démontré que les relations amoureuses et sexuelles des lesbiennes avec d'autres femmes constituent des entraves à leur capacité de s'occuper de leurs enfants¹⁸. Les recherches sur les pères gais ont aussi démontré qu'ils ont les mêmes compétences parentales que les pères hétérosexuels¹⁹.

De plus, les gais et les lesbiennes souhaitent autant que les hétérosexuels vivre des relations amoureuses à long terme²⁰. Un grand nombre de gais et de lesbiennes vivent des relations à long terme stables et satisfaisantes. En fait, la lutte pour le mariage entre conjoints de même sexe au Canada a illustré l'importance que ces relations de longue durée soient reconnues légalement.

La recherche montre que, lorsque les parents homosexuels sont en couple, les mères lesbiennes divisent les tâches ménagères et familiales de manière équitable. Elles se disent également satisfaites par leur relation de couple²¹. La recherche sur les pères gais indique également qu'ils ont tendance à diviser également le travail par rapport aux soins des enfants et qu'ils sont heureux par rapport à leur relation de couple²².

Plusieurs études ont examiné la place des parents biologiques et non biologiques dans les familles homoparentales recomposées. Comme dans les familles recomposées hétérosexuelles, une étude sur les pères gais de familles recomposées a démontré que la satisfaction familiale était plus grande lorsque les enfants considéraient le partenaire masculin de leur père biologique comme faisant partie de la famille²³. Chez les familles recomposées lesbiennes, trois études ont également démontré que les enfants considéraient la partenaire de leur mère comme faisant aussi partie de la famille²⁴. Pour les enfants nés de parents de même sexe, les relations des enfants avec leur parent biologique et leur parent non biologique ne montrent pas de différences significatives ni de différence relativement à l'autorité et à l'acceptation²⁵.

La recherche n'a découvert aucune raison de croire que les mères lesbiennes ou les pères gais étaient des parents inadéquats. Au contraire, les résultats de recherche indiquent que les parents lesbiens et gais sont semblables aux parents hétérosexuels, ils ne sont ni meilleurs ni pires.





MYTHE 4

LES ENFANTS QUI SONT EN CONTACT AVEC DES PERSONNES HOMOSEXUELLES RISQUENT DAVANTAGE DE SUBIR DES ABUS SEXUELS

Les résultats des travaux sur la question des abus sexuels envers les enfants révèlent que la grande majorité des adultes qui commettent des abus sexuels sont des hommes qui ne font pas partis de la famille immédiate (oncles, grands-pères, membres de la famille élargie, voisins, etc.). Ces abus sont généralement reconnus comme étant reliées à l'absence de surveillance des parents²⁶. Les abus sexuels sur des enfants commis par des femmes sont extrêmement rares²⁷. De plus, la grande majorité des cas d'abus sexuels infligés à des enfants est le fait d'un homme adulte qui abuse d'une jeune fille²⁸. Des études révèlent que les hommes gais ne

MYTHE 4 EN BREF

Les enfants risquent davantage de subir des abus sexuels

MAJORITÉ DES ABUSEURS NE FONT PAS PARTI DE LA FAMILLE IMMÉDIATE

ABUS SEXUELS COMMIS PAR DES FEMMES SONT RARES

GRANDE MAJORITÉ DES CAS : HOMME ADULTE QUI ABUSE D'UNE JEUNE FILLE

HOMMES GAIS NE SONT PAS PLUS SUSCEPTIBLES D'ABUSER SEXUELLEMENT DES ENFANTS

POUR ADOPTION : RIGOREUSE ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE DES PARENTS POSTULANTS



sont pas plus susceptibles d'abuser sexuellement des enfants que des hommes hétérosexuels²⁹. Très peu d'études pertinentes au problème des abus sexuels infligés à des enfants sous la garde de parents lesbiens ou gais ont été publiées. Une étude récente a cependant démontré qu'aucune des mères lesbiennes participant à une étude longitudinale n'a abusé de son enfant³⁰. De plus, au Québec, les gais et lesbiennes qui adoptent les enfants en ayant recours au service d'adoption des centres jeunesse subissent une évaluation psychosociale rigoureuse avant de se voir confier des enfants, et il serait étonnant que des prédateurs sexuels réussissent avec succès cette évaluation. Les craintes qu'un enfant sous la garde de parents lesbiens ou gais puisse être plus susceptible de subir des abus sexuels ne sont donc pas appuyées par la recherche scientifique.



MYTHE 5

LES ENFANTS QUI VIVENT DANS DES FAMILLES HOMOPARENTALES VIVENT DE LA CONFUSION QUANT À LEUR IDENTITÉ DE GENRE ET AUX RÔLES DE GENRE CONVENTIONNELS

Le mythe selon lequel les parents gais et lesbiens ne sont pas en mesure de fournir des modèles appropriés pour le développement d'identités de genre ou de rôles de genre appropriés au sexe de leurs enfants est très répandu. La recherche montre que la plupart des parents gais et lesbiens s'assurent que leurs enfants aient des contacts réguliers et positifs avec une diversité de modèles, tels que leurs grands-parents, les enseignantes et enseignants, les entraîneurs sportifs, les tantes, les oncles, les amis et les voisins. Comme les enfants de parents hétérosexuels, les enfants sont exposés à des modèles positifs diversifiés dans tous les milieux qu'ils fréquentent.

MYTHE 5 EN BREF

La confusion des enfants quant à leur identité de genre et aux rôles de genre

LES ENFANTS ONT DES CONTACTS RÉGULIERS ET POSITIFS AVEC UNE DIVERSITÉ DE MODÈLES MASCULINS ET FÉMININS

DÉVELOPPEMENT DE L'IDENTITÉ DE GENRE SUIT LES MODÈLES HABITUELS

LES ENFANTS NE SONT NI PLUS NI MOINS FÉMININS OU MASCULINS QUE LEURS PAIRS

PLUS GRANDE « FÉMINITÉ » SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE (P. EX. EMPATHIE)

MOINS DE PRÉFÉRENCES STÉRÉO-TYPÉES POUR ACTIVITÉS

RÔLES DE GENRE SE SITUENT DANS LA NORME ÉTABLIE

L'IDENTITÉ DE GENRE

L'identité de genre réfère à la conviction d'une personne d'être de sexe masculin ou féminin. En général, cette conviction concorde avec le sexe biologique. L'analyse, dans plusieurs études utilisant une diversité de méthodes, de 300 enfants de familles homoparentales âgés de 5 à 14 ans montre des résultats comparables pour les enfants de familles homoparentales et hétéroparentales : le développement de l'identité de genre chez les enfants suit les modèles habituels. La grande majorité des enfants n'ont aucun trouble d'identité de genre, ni ne souhaitent être de l'autre sexe ou n'agissent comme s'ils étaient de l'autre sexe. Selon l'ensemble des études sur l'identité de genre, les enfants des deux types de famille développent des identités de genre de manière comparable, et l'idée de difficultés accrues chez les enfants de mères lesbiennes ne repose sur aucune évidence empirique. À ce jour, il n'y a pas eu de recherche scientifique menée au sujet des enfants de pères gais.



RÔLES DE GENRE

Les rôles de genre relèvent de comportements, pratiques et rôles sociaux attribués aux personnes selon leur sexe, à une époque et dans une culture donnée. Comme dans le cas de l'identité de genre, les recherches auprès d'enfants de familles homoparentales et d'enfants de familles hétéroparentales montrent des profils comparables. Les comportements se situent dans les limites des rôles de genre conventionnels³¹. Par exemple, Kirkpatrick et ses collègues (1981) n'ont constaté aucune différence entre les enfants de mères lesbiennes et ceux de mères hétérosexuelles par rapport aux jouets préférés, activités, intérêts ou choix professionnels. Ces enfants ne sont ni plus ni moins féminins, ni plus ni moins masculins que leurs pairs élevés par des parents hétérosexuels.

Rees (1979) a fait passer le test « Bem Sex Role Inventory » (BSRI) à 24 adolescents dont la moitié avait une mère divorcée lesbienne et l'autre moitié une mère divorcée hétérosexuelle. Ce test évalue la masculinité et la féminité en tant que facteurs indépendants puis fournit un score d'androgynéité basé sur le ratio masculinité/féminité. Les enfants de mères lesbiennes et ceux de mères hétérosexuelles ne différaient pas sur la

masculinité et sur l'androgynéité. Cependant, les enfants de mères lesbiennes avaient une plus grande « féminité » sur le plan psychologique (affectueux, loyal, sensible aux besoins des autres) que les enfants de mères hétérosexuelles. Ce résultat semble aller à l'encontre des prédictions voulant que les mères lesbiennes socialisent les enfants de manière masculines.

Les rôles de genre des enfants ont également été évalués par Green et ses collègues (1986). Aucune différence entre 56 enfants de mères lesbiennes et 48 enfants de mères hétérosexuelles n'a été constatée lors d'entrevues avec les enfants, au sujet de leurs émissions de télévision préférées, de leurs personnages de télévision préférés ou encore de leurs jeux et jouets préférés. Par contre, les enfants de mères lesbiennes avaient moins de préférences stéréotypées selon le sexe quant aux activités menées à l'école et dans leur quartier.

En concordance avec ce résultat, les mères lesbiennes ont indiqué que leurs filles participaient souvent à des jeux turbulents ou jouaient parfois avec des jouets « masculins » comme des camions, mais elles n'ont signalé aucune différence en ce sens pour les garçons. Les mères lesbiennes n'étaient ni plus ni moins enclines que les mères hétérosexuelles à rapporter que leurs enfants jouaient souvent avec des jouets « féminins » tels que des poupées. Dans les deux types de familles toutefois, les rôles de genre se situaient dans la norme établie.

Plus récemment, Brewaeys et ses collègues ont évalué les rôles de genre chez 30 enfants de 4 à 8 ans ayant été conçus par insémination artificielle par des couples lesbiens et ont comparé ces enfants à 30 enfants du même âge conçus par insémination artificielle par des couples hétérosexuels, ainsi qu'à 30 autres enfants du même âge conçus naturellement par des couples hétérosexuels. Ils ont utilisé le « Pre-School Activities Inventory³² », un questionnaire conçu pour identifier les comportements « masculins » et « féminins » parmi un échantillon d'enfants choisis au hasard. Ils n'ont constaté aucune différence entre les enfants de parents lesbiens et hétérosexuels quant aux jouets, jeux et activités associés à un sexe³³.



En résumé, ces recherches indiquent que les enfants de mères lesbiennes développent des rôles de genre semblables à ceux des autres enfants. Très peu de différences ont été observées dans les choix de jouets, jeux, activités ou vêtements préférés, de préférences en amitié ou de choix de carrières des garçons ou des filles ayant une mère lesbienne avec ceux ayant une mère hétérosexuelle. Lorsque des différences ont été observées, elles respectaient les normes de la culture occidentale. À ce jour, aucune recherche n'a porté sur les rôles de genre des enfants de pères gais.

Pour en savoir davantage sur les questions d'identité de genre et de rôles de genre, d'excellents comptes rendus de recherche sont disponibles en anglais et en français³⁴



MYTHE 6

LES ENFANTS QUI ONT DES PARENTS HOMOSEXUELS SERONT AUSSI HOMOSEXUELS

Une question fréquemment posée à propos des enfants de parents gais et lesbiens consiste à demander s'ils deviendront eux aussi homosexuels. Plusieurs recherches traitent de cette question³⁵. Au-delà de l'observation tombant sous le sens que la grande majorité des individus homosexuels ont eu des parents hétérosexuels, et bien que la cause de l'homosexualité ne soit pas connue, qu'elle soit innée ou acquise, la documentation démontre que les enfants adultes de pères gais ou de mères lesbiennes ne sont pas plus susceptibles d'être homosexuels que les enfants de parents hétérosexuels.

Dans toutes les études, la grande majorité des enfants de mères lesbiennes et de pères gais se décrivent comme étant hétérosexuels. Les études montrent qu'entre 0 et 10 % des enfants se définissent comme étant homosexuels ce qui correspond aux estimations de la proportion de

MYTHE 6 EN BREF

Les enfants seront aussi
homosexuels

LA CAUSE DE L'HOMOSEXUALITÉ N'EST
PAS CONNUE

LES ENFANTS NE SONT PAS PLUS
SUSCEPTIBLES D'ÊTRE HOMOSEXUELS

LES ENFANTS SONT PLUS OUVERTS
FACE À LA DIVERSITÉ SEXUELLE

ÉTUDE QUÉBÉCOISE MONTRE QUE : 3 %
DES FILLES ET 6 % DES GARÇONS DE
FAMILLES HOMOPARENTALES ÉTAIENT
HOMOSEXUELS

personnes homosexuelles et bisexuelles dans la population³⁶. Dans une autre étude, Bailey et ses collègues (1995) se sont intéressés aux garçons adultes de pères homosexuels et ont constaté que plus de 90 % des garçons étaient hétérosexuels. Bien que la taille des échantillons de ces études soit petite, prises dans leur ensemble, les données n'indiquent pas de taux plus élevés d'homosexualité parmi les enfants ayant des parents homosexuels.

Golombok et Tasker³⁷ ont étudié 25 jeunes adultes élevés par des mères divorcées lesbiennes et 21 jeunes adultes élevés par des mères divorcées hétérosexuelles. Leur étude indique que les enfants de mères lesbiennes ne sont pas plus susceptibles que les enfants de mères hétérosexuelles de se décrire comme étant attirés par des partenaires du même sexe. S'ils étaient attirés de cette manière cependant, les jeunes adultes avec une mère lesbienne étaient plus enclins à indiquer qu'ils envisageraient une relation homosexuelle et qu'ils étaient plus susceptibles d'avoir effectivement eu une relation de ce genre. Ils n'étaient toutefois pas plus enclins à s'identifier en tant que non-hétérosexuels (c'est-à-dire lesbienne, gai, bisexuel ou bisexuelle). De toute évidence, les enfants des familles homoparentales qui sont attirés par des personnes du même sexe seront moins angoissés à cause de la présence d'un modèle de rôle et d'un environnement favorable, contrairement aux enfants de parents hétérosexuels qui éprouvent les mêmes sentiments. Ces résultats ont été obtenus à partir d'un petit échantillon et doivent être interprétés avec prudence. Cependant, cette étude est la première à suivre des enfants des mères divorcées lesbiennes jusqu'à l'âge adulte.

Une étude québécoise³⁸ auprès de 148 mères lesbiennes de 139 filles et 141 garçons, rapporte que, selon ces mères, 3 % des filles et 6 % des garçons ayant atteint l'âge de connaître leur orientation sexuelle étaient homosexuels. Ces données sont comparables aux estimations du pourcentage de personnes homosexuelles dans la population en général. La recherche indique que les pères gais et les mères lesbiennes n'ont pas plus d'enfants homosexuels que la population en général.





MYTHE 7

LES ENFANTS DE FAMILLES HOMOPARENTALES RISQUENT DE DÉVELOPPER DAVANTAGE DE PROBLÈMES SOCIAUX, AFFECTIFS, COGNITIFS ET COMPORTEMENTAUX QUE LES AUTRES ENFANTS

Les personnes qui s'inquiètent du phénomène de l'homoparentalité insistent parfois sur les études de familles monoparentales (un seul parent) montrant que les enfants élevés dans ces familles sont plus à risque d'éprouver des problèmes d'adaptation (abandon scolaire, problèmes de comportement, toxicomanie, etc.). Les conclusions de ces recherches donnent l'idée que les enfants ont besoin d'une mère et d'un père pour fonctionner normalement. Cependant, il importe de clarifier ici que les études sur les familles monoparentales³⁹ ne se penchent pas sur l'orientation sexuelle des parents. Elles comparent plutôt des familles hétérosexuelles monoparentales à des familles hétérosexuelles biparentales.

MYTHE 7 EN BREF

Les enfants risquent de développer davantage de problèmes sociaux, affectifs, cognitifs et comportementaux

LE NOMBRE DE PARENTS ET NON PAS LEUR SEXE EST IMPORTANT

AUCUNE DIFFÉRENCE SUR LES ASPECTS DÉVELOPPEMENTAUX DES ENFANTS

PAS PLUS DE PROBLÈMES DE COMPORTEMENT

AU POINT DE VUE DE LA PERSONNALITÉ IL N'Y A PAS DE DIFFÉRENCE



Les résultats de ces comparaisons suggèrent en fait que le *nombre de parents* (sans préciser le sexe) ainsi que les effets perturbants du divorce sont les facteurs responsables, et non le sexe des parents. Par exemple, une étude⁴⁰ montre que l'estime de soi des adolescents est meilleure lorsque la mère vit en couple, hétérosexuel ou homosexuel, plutôt qu'en situation de monoparentalité. Les enfants de familles mono-parentales ont en effet habituellement accès à moins de ressources économiques et éducatives que ceux de familles biparentales, et leurs parents (mono-parentaux) ont généralement des réseaux sociaux de soutien plus petits que ceux de familles bi-parentales. La recherche montre que ceci est aussi vrai des familles monoparentales hétérosexuelles que des familles monoparentales homoparentales.

Par ailleurs, les études sur les aspects du développement des enfants de parents lesbiens et gais ont évalué un large éventail de caractéristiques développementales, notamment la séparation-individuation⁴¹, les traits psychiatriques⁴² les problèmes comportementaux⁴³, la personnalité⁴⁴, l'image de soi⁴⁵, le lieu de contrôle* (voir note en bas de page)⁴⁶, le jugement moral⁴⁷, l'adaptation à l'école⁴⁸, l'intelligence⁴⁹, et l'estime de soi⁵⁰. Certaines études ont utilisé le *Teacher's Report Form*, une grille d'évaluation remplie par l'enseignant et qui traite du comportement de l'enfant. Dans l'ensemble, ces études montrent que les enfants de parents homosexuels ne sont pas significativement différents de ceux de parents hétérosexuels pour l'ensemble des caractéristiques étudiées. En somme, la recherche laisse entendre que les inquiétudes quant aux difficultés dans ces domaines chez les enfants de mères lesbiennes sont dans l'ensemble injustifiées.

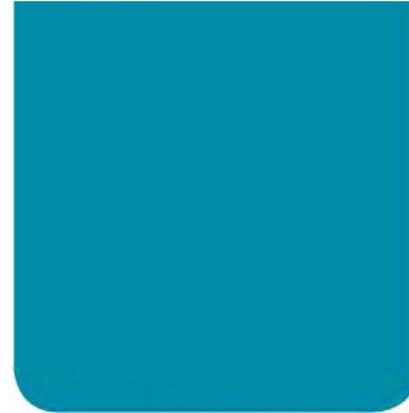
* **Lieu de contrôle** (« locus of control » en anglais) : croyance personnelle relative à la cause des bonnes et mauvaises choses dans sa vie, que ce soit d'ordre général ou dans un domaine spécifique comme la santé ou le succès académique. Cela peut être interne (par exemple la personne croit être en contrôle d'elle-même et de sa vie) ou externe (par exemple la personne croit que l'environnement, un pouvoir supérieur ou d'autres personnes contrôlent ses décisions et sa vie).



MYTHE 8

LES ENFANTS QUI SONT ÉLEVÉS DANS DES FAMILLES HOMOPARENTALES ONT PLUS DE DIFFICULTÉS DANS LEURS RELATIONS SOCIALES

Les relations sociales des enfants de familles homoparentales avec leurs pairs ont constitué le centre d'intérêt le plus souvent examiné par les chercheurs à cause de l'idée selon laquelle les enfants des familles homoparentales seraient ostracisés en raison de l'orientation sexuelle de leurs parents. Les études se sont également penchées sur les relations des enfants avec les adultes.





LES RELATIONS SOCIALES AVEC LES AUTRES ENFANTS

Les données publiées sur les relations avec les pairs des enfants de mères lesbiennes s'étendent sur près de deux décennies⁵¹. Bien que les enfants de parents homosexuels doivent apprendre à naviguer dans un environnement parfois homophobe et hétérosexiste, les études sur les parents et celles sur les enfants indiquent des modèles typiques de développement des relations avec les pairs. La plupart des enfants d'âge scolaire disent avoir de bons amis ainsi que des groupes d'amis du même sexe, sans égard à l'orientation sexuelle de leurs mères⁵². La qualité des relations des enfants avec les pairs est généralement décrite en termes positifs par les chercheurs⁵³, ainsi que par les mères et leurs enfants⁵⁴. De plus, le nombre et la qualité des relations amoureuses des adolescents et des jeunes adultes ne sont pas liés à l'orientation sexuelle de leur mère⁵⁵. À ce jour, aucune donnée sur les enfants de pères gais n'a été rapportée dans ce domaine.

MYTHE 8 EN BREF

Les enfants ont plus de difficultés dans leurs relations sociales

MODÈLES TYPIQUES DE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS AVEC LES PAIRS

POUR JEUNES ENFANTS : BONS AMIS, AINSI QUE DES GROUPES D'AMIS DU MÊME SEXE

POUR ADOLESCENTS : NOMBRE ET QUALITÉ DES RELATIONS AMOUREUSES SONT NORMALES



LES RELATIONS SOCIALES DES ENFANTS AVEC DES ADULTES

Le nombre total d'adultes que fréquentent les enfants ne diffère pas selon l'orientation sexuelle des parents dans trois études sur le sujet⁵⁶. Selon Patterson et al. (1998), les enfants des familles homoparentales socialisent à la fois avec les adultes hétérosexuels et homosexuels. Les études montrent que les mères lesbiennes, plus que les mères hétérosexuelles, veulent que leurs enfants développent des relations positives avec des hommes adultes. Kirkpatrick et al. (1981) ont établi que les mères lesbiennes avaient davantage d'amis masculins que les mères hétérosexuelles. Les mères lesbiennes incluent plus souvent des hommes dans les activités familiales, surtout lorsqu'elles sont dans une relation de couple stable⁵⁷.

Les études sur la qualité des relations entre les enfants de familles homoparentales et des adultes soulignent également une image généralement positive⁵⁸. Par exemple, les relations des adolescents avec leurs parents sont décrites comme étant chaleureuses et aimantes, sans égard au fait que les parents aient des partenaires du même sexe ou du sexe opposé⁵⁹. Une recherche indique que les enfants de mères divorcées lesbiennes sont plus susceptibles d'avoir eu des contacts récents avec leurs pères que les enfants de mères divorcées hétérosexuelles⁶⁰. Une autre étude, cependant, n'a pas trouvé de différence à cet égard⁶¹. Dans une autre étude les enfants de pères gais et de mères lesbiennes ont des relations parent-enfant positives⁶², mais que les parents hétérosexuels semblent plus susceptibles que les parents homosexuels à affirmer que les visites de leurs enfants chez l'autre parent présentent des difficultés pour eux⁶³. Enfin, une étude montre que les jeunes adultes de mères divorcées lesbiennes rapportent communiquer plus ouvertement avec leur mère et la partenaire de leur mère que les enfants adultes de parents divorcés hétérosexuels⁶⁴.

MYTHE 8 EN BREF (SUITE)

Les enfants ont plus de difficultés dans leurs relations sociales

NOMBRE TOTAL D'ADULTES QUE FRÉQUENTENT LES ENFANTS NE DIFFÈRE PAS

LES LESBIENNES VEULENT QUE LEURS ENFANTS DÉVELOPPENT DES RELATIONS POSITIVES AVEC DES HOMMES

RELATIONS POSITIVES DES ADOLESCENTS AVEC LEURS PARENTS

DANS LE CAS D'UN DIVORCE, LES ENFANTS MAINTIENNENT DE BONNES RELATIONS AVEC LES DEUX PARENTS BIOLOGIQUES



MYTHE 9

LES ENFANTS DES FAMILLES HOMOPARENTALES N'ONT PAS DE CONTACT AVEC LEUR FAMILLE ÉLARGIE, TELS QUE LEURS GRANDS-PARENTS

La recherche s'est également penchée sur les contacts des enfants avec les membres de leur famille, surtout les grands-parents. Les parents sont souvent le lien entre la première et la troisième génération. Parce que les grands-parents sont généralement d'un grand soutien pour leurs petits-enfants, toute tension entre les parents et les grands-parents pourrait réduire la fréquence des contacts entre les enfants et les grands-parents et ainsi priver les petits-enfants d'une importante ressource pour leur développement.

MYTHE 9 EN BREF

Les enfants n'ont pas de contacts avec leurs grands-parents

LES GRANDS-PARENTS SONT UNE IMPORTANTE RESSOURCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES PETITS-ENFANTS

CONTACTS RÉGULIERS AVEC LES GRANDS-PARENTS

LES GRANDS-PARENTS RECONNAISSENT LES ENFANTS COMME LEURS PETITS-ENFANTS

REFLET D'UNE ACCEPTATION SOCIALE CROISSANTE DES FAMILLES HOMOPARENTALES EN AMÉRIQUE DU NORD

Différentes recherches⁶⁵ suggèrent que, comme dans les familles hétéroparentales, l'interaction des enfants de familles homoparentales avec leurs grands-parents influence de manière positive leurs développements social, cognitif et émotif. Patterson et ses collègues ont évalué ces possibilités dans deux études distinctes⁶⁶. Leurs constats révèlent que la majorité des enfants de mères lesbiennes ont des contacts réguliers avec leurs grands-parents⁶⁷ et ne présentent pas de différence à ce sujet avec les enfants de familles hétéroparentales⁶⁸. Deux études rapportent que les grands-parents reconnaissent souvent les enfants de leurs filles lesbiennes comme des petits-enfants⁶⁹. Ainsi, les données disponibles suggèrent que, contrairement aux inquiétudes répandues, les relations intergénérationnelles dans les familles de mères lesbiennes sont satisfaisantes. Il est important de noter que ces études sont relativement récentes et peuvent refléter une acceptation sociale croissante des familles homoparentales en Amérique du Nord.





MYTHE 10

IL N'EST PLUS NÉCESSAIRE DE FAIRE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE SUR LES FAMILLES HOMOPARENTALES

Bien qu'il y ait eu de nombreuses recherches sur les familles homoparentales au cours des trois dernières décennies, il est nécessaire de mener d'autres recherches dans plusieurs domaines. Il est clair que les gais et lesbiennes ne sont pas inférieurs aux hétérosexuels en regard de leurs compétences parentales, que leurs enfants se développent normalement et ne réussissent ni mieux ni moins bien que les enfants de parents hétérosexuels. Même si quelques études longitudinales ont été menées⁷⁰, d'autres suivant les familles avec des parents gais et lesbiens dans le temps sont nécessaires.

MYTHE 10 EN BREF

Il n'est plus nécessaire de faire de la recherche scientifique sur les familles homoparentales

D'AUTRES ÉTUDES LONGITUDINALES SUIVANT LES FAMILLES DANS LE TEMPS SONT NÉCESSAIRES

D'AUTRES RECHERCHES CONSIDÉRANT LA DIVERSITÉ STRUCTURELLE DES FAMILLES SONT NÉCESSAIRES

BESOIN DE RECHERCHE SUR LES FACTEURS QUI PEUVENT AGGRAVER LE STATUT MINORITAIRE DE CES FAMILLES

BESOIN DE RECHERCHE SUR LES PÈRES GAIS, LES PARENTS BISEXUELS ET TRANSEXUELS

MANIÈRE DONT LES ENFANTS PERÇOIVENT LEUR PROPRE FAMILLE DOIT ÊTRE EXPLORÉE

Avec leur visibilité croissante, les familles homoparentales ne se présentent plus comme un seul groupe homogène. En plus de la variabilité des familles homoparentales quant à leurs expériences, la recherche doit se pencher davantage sur la diversité structurelle des familles homoparentales et les stressors qui leur sont propres (par exemple, les familles recomposées, biparentales, avec donneur connu, etc. font face à des difficultés spécifiques). La recherche doit aussi se pencher sur d'autres facteurs qui peuvent aggraver le statut minoritaire de ces familles, tels le statut socio-économique, l'origine culturelle, le niveau d'éducation, les différences entre les milieux urbains et les milieux régionaux. Pour l'ensemble de ces circonstances, les chercheurs doivent examiner les réseaux de soutien social et l'homophobie vécue.

Enfin, les études ayant surtout été faites sur les mères lesbiennes, nous avons besoin de recherches sur les pères gais, les parents bisexuels et les parents transsexuels et transgenres. Entre autres, la paternité gaie au moyen de l'adoption est un phénomène relativement nouveau et en croissance au Québec, et nous avons grandement besoin d'en étudier toutes les facettes.

La manière dont les enfants perçoivent leur propre famille a reçu peu d'attention jusqu'à maintenant et doit également être explorée. Les quelques découvertes dans ce domaine indiquent que les enfants ne semblent pas faire de distinction entre leur configuration familiale et celle des autres⁷¹ et que les enfants informés à l'adolescence de l'orientation sexuelle de leur parent éprouvent davantage de difficulté à l'accepter que ceux qui l'apprennent plus jeunes⁷².

Enfin, la question des origines biologiques des enfants n'est pas nouvelle et concerne non seulement les familles homoparentales, mais également toutes les familles hétérosexuelles ayant utilisé des donneurs de sperme ou d'ovules par le biais de cliniques de fertilité ou ayant adopté des enfants. Toutefois, chez les enfants de familles homoparentales et hétéroparentales nés dans ces contextes de procréation assistée ou chez les enfants adoptés, il importe de savoir si ceux de familles homoparentales gèrent différemment la part d'inconnu associée à la procréation assistée et à l'adoption que les enfants de parents hétérosexuels.





CONCLUSION

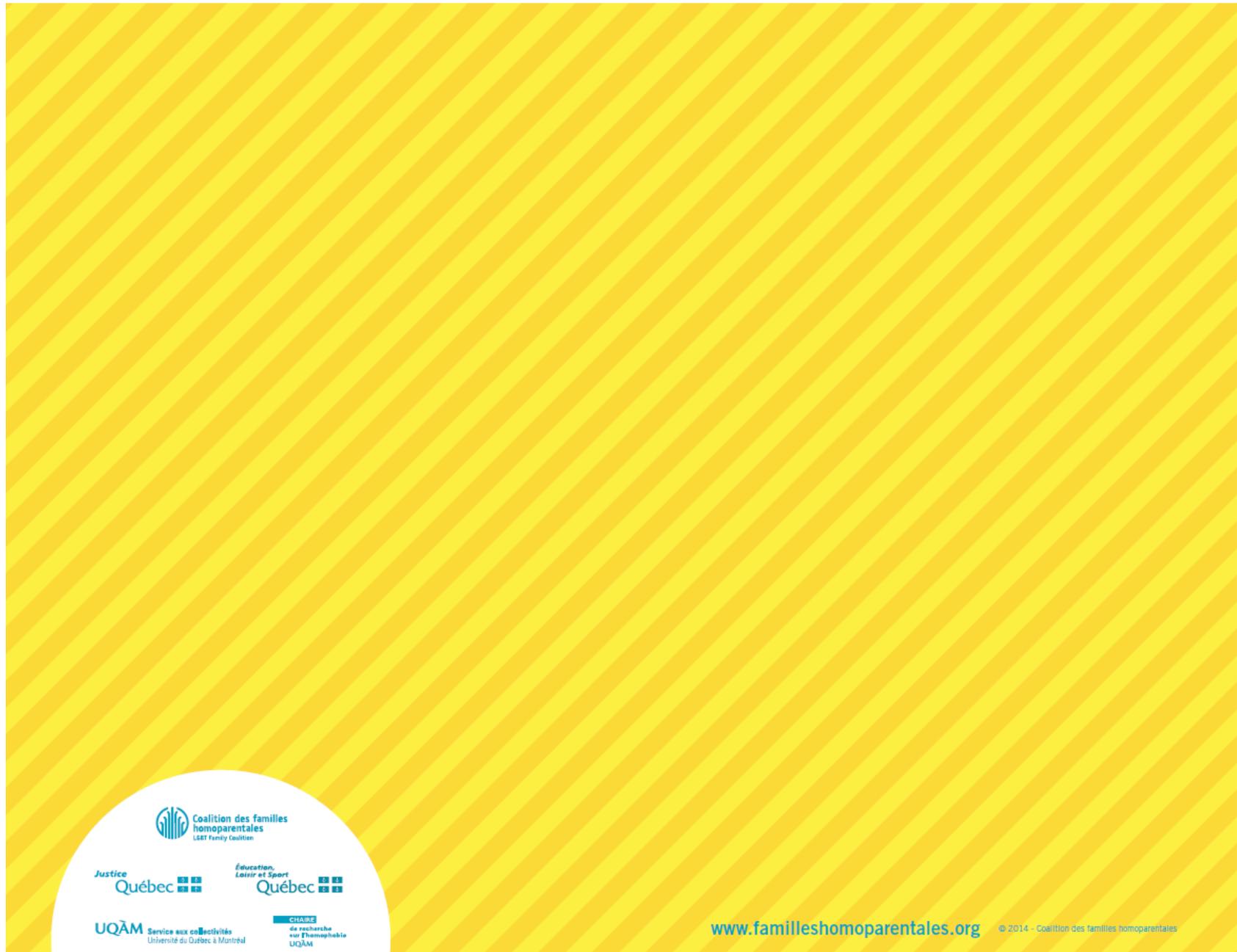
En somme, les recherches comparant les familles homoparentales aux familles hétéroparentales montrent que rien n'indique que les lesbiennes et les gais sont incapables d'être parents. Les craintes qu'un enfant sous la garde de parents lesbiens ou gais puisse être plus susceptible de subir des abus sexuels ne sont pas non plus appuyées par la recherche scientifique. Les compétences parentales n'ont rien à voir avec l'orientation sexuelle du parent. Quels que soient leur sexe et leurs choix sexuels, les parents homosexuels et hétérosexuels sont aussi capables les uns que les autres de créer des foyers chaleureux et riches en ressources favorisant le développement optimal des enfants.

Les enfants des familles homoparentales ont des relations typiques avec les adultes et sont exposés à une grande variété de modèles de même sexe ou de sexe opposé. Les grands-parents des enfants de familles homoparentales jouent un rôle aussi important que ceux des familles hétéroparentales. De plus, bien que les enfants de parents homosexuels grandissent dans une constellation familiale qui est différente de la norme, les études sur ces enfants indiquent généralement des modèles typiques de développement des relations avec leurs pairs.

Les environnements familiaux de parents lesbiens et gais sont aussi susceptibles de soutenir le développement d'un enfant que les environnements familiaux de parents hétérosexuels. Comme dans le cas de l'identification sexuelle, les études sur le bien-être psychologique des enfants n'ont démontré aucune différence importante entre les enfants des familles homoparentales et ceux des familles hétéroparentales. Dans l'ensemble, les recherches indiquent que les enfants de parents homosexuels sont aussi bien adaptés sur le plan psychologique que leurs pairs et qu'ils ne montrent ni plus ni moins de déficit du développement psychologique ou comportemental.

NOTES DE FIN DE TEXTE (SUITE)

47. Rees, 1979.
48. Wainright et al., 2004.
49. Green et al., 1986.
50. Gershon et al., 1999; Golombok et al., 2003; Vanfraussen et al., 2003b; Vecho, 2005.
51. Golombok et al., 1983, 1997; Green, 1978, 1986; Patterson, 1994a.
52. Golombok et al., 1983; Green, 1978; Patterson, 1994a.
53. Golombok et al., 1983; O'Connell, 1993; Vanfraussen et al., 2002 and 2003b.
54. Golombok et al., 1997; Green et al., 1986.
55. Tasker & Golombok, 1997; Wainright et al., 2004.
56. Fulcher et al., 2002; Golombok et al., 1983; Patterson et al., 1998.
57. Kirkpatrick, 1987.
58. Brewaeys et al., 1997a, 1997b; Golombok et al., 1983; Harris & Turner, 1985/86; Kirkpatrick et al., 1981; Wainright et al., 2004.
59. Wainright et al., 2004.
60. Golombok et al., 1983.
61. Kirkpatrick et al., 1981.
62. Harris & Turner, 1985/1986.
63. Harris & Turner, 1985/1986.
64. Tasker et Golombok, 1997.
65. Leblond de Brumath & Julien, 2001; Julien et al., 2005.
66. Fulcher et al., 2002; Patterson et al., 1998.
67. Patterson et al., 1998.
68. Fulcher et al., 2002.
69. Gartrell et al., 2000; Julien et al., 2006.
70. Gartrell et al., 1996, 1999, 2000; Tasker & Golombok, 1997.
71. Dundas et al., 2000.
72. Barrett & Tasker, 2001.



 Coalition des familles
homoparentales
LGBT Family Coalition

Justice
Québec 

Éducation,
Loisir et Sport
Québec 

UQAM Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal

CHERCHE
de recherche
sur l'homophobie
UQAM

www.familleshomoparentales.org

© 2014 - Coalition des familles homoparentales

2.2

*Nouveau
regard sur l'* **h**omophobie

et l' **h**étérosexisme

au Canada

Bill Ryan, M.Ed., M.Serv.Soc.

*Canadian AIDS
Society*



*Société canadienne
du sida*

REMERCIEMENTS AUX BAILLEURS DE FONDS

L'appui financier au présent document a été fourni par le secteur privé dans le cadre du financement d'activités de sensibilisation au VIH/sida sur « la stigmatisation et la discrimination » – thème choisi par les Nations Unies en vue de la Journée mondiale du sida et d'activités de sensibilisation au VIH/sida en 2002-2003.

La Société canadienne du sida remercie ces bailleurs de fonds, pour leur contribution :

ABBOTT LABORATORIES, LIMITED

**BRISTOL-MYERS SQUIBB VIROLOGY –
BRISTOL-MYERS SQUIBB PHARMACEUTICAL GROUP**

MERCK FROSST CANADA & CO.

Copyright © 2003 Société canadienne du sida/Canadian AIDS Society

Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'ensemble de ce document à des fins commerciales, que ce soit par des moyens électroniques ou mécaniques, y compris par la photocopie, l'enregistrement ou toute autre méthode actuelle ou à venir de stockage de l'information ou extraction de données, sont interdites à moins d'obtenir la permission écrite préalable de l'éditeur. Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales.

ISBN 0-921906-00-2

This document is also available in English

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels des commanditaires.

LA LITTÉRATURE

Il est important de noter qu'étant donné les changements profonds des trois dernières décennies, dans l'attitude des sciences sociales et, dans une moindre mesure mais avec une vaste portée, dans la société en général, à l'égard des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles et de leurs vies, il y a encore beaucoup à étudier et à écrire sur le sujet. Une grande partie des écrits d'avant le milieu des années 1970 est aujourd'hui rigoureusement examinée et critiquée, en raison principalement de sérieux doutes quant aux biais personnels des chercheurs, conditionnés qu'ils étaient par l'homophobie et l'hétérosexisme, de même que de doutes quant aux populations gaies, lesbiennes et bisexuelles qu'ils ont étudiées. Il est important par ailleurs de noter que la vaste majorité des études, en particulier depuis l'avènement du VIH, s'est concentrée sur les hommes gais.

Les éléments suivants semblent revêtir une pertinence particulière au contexte du présent document :

1. Les attitudes, dans la société et parmi les professionnels des services d'aide, à l'égard des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles ainsi que de leurs identités personnelles et sociales;
2. les questions liées au stigmatisme et à son application aux vies des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles;
3. les facteurs du développement et de l'acquisition d'identités gaies et lesbiennes, en particulier l'estime de soi, la sortie du placard, l'homophobie intériorisée et la honte, l'absence de modèles, les considérations socioéconomiques et du milieu de travail, l'éducation, l'impact du VIH ainsi que le contexte sociopolitique;
4. l'adaptation du développement, dans la famille d'origine, au fait qu'un membre de la famille soit gai, lesbienne ou bisexuel-le; et
5. la diversité des expériences d'être gai, lesbienne ou bisexuel-le au Canada, d'après les perceptions et expériences des Canadien-nes autochtones et d'origine africaine, caraïbe et latine.

1.1 LES ATTITUDES VIS-À-VIS DES PERSONNES GAIES, LESBIENNES ET BISEXUELLES

1.1.1 Les attitudes sociétales

Une attitude est définie comme une « manière d'agir, de penser ou de sentir, qui révèle la disposition de la personne » (Guralnik, 1974). Katz a pour sa part défini une attitude comme « la prédisposition d'un individu à évaluer un symbole, un objet ou un aspect de son monde de manière favorable ou défavorable » (cité dans Halloran, 1967). La notion comprend des éléments cognitifs, affectifs et comportementaux.

La recherche sur les attitudes négatives à l'égard de l'homosexualité et des personnes gaies et lesbiennes s'est intensifiée, au cours des trente dernières années. Cependant, on n'a porté pratiquement aucune attention aux positions neutres et positives. Autrement dit, nous commençons à comprendre les réactions homophobiques et leurs causes, mais on a peu étudié les raisons pour lesquelles certaines personnes ne sont pas homophobes, ou comment certaines se sont défaites de leur homophobie ou l'ont réduite. Les études ne sont pas parvenues à différencier entre les éléments des attitudes, créant ainsi des ambiguïtés. Plusieurs études qualifient d'homophobique toute attitude négative vis-à-vis de l'homosexualité (Leavitt et Klassen, 1974; Lumby, 1976; Melham et coll., 1976; Steffensmeir, 1974). Dans d'autres, on a limité le terme « homophobie » aux cas de peur, d'aversion et de dégoût (Fone, 2000; Fyfe, 1983; Hudson et Richetts, 1980; MacDonald, 1976; Weinberg, 1973). Weinberg a défini l'homophobie comme « le fait de redouter d'être dans un espace restreint, à proximité d'un homosexuel » (Weinberg, 1973). MacDonald (1976) l'a définie comme une « peur et une appréhension irrationnelles et persistantes à l'égard des

homosexuels ». Toute autre réaction anti-homosexuelle a été qualifiée d'« homo-négativisme » par Hudson et Richetts (1980). Fyfe (1983) a affirmé que l'on doit faire la différence entre un biais socioculturel homo-négatif, vis-à-vis des gais et lesbiennes, et les « réactions phobiques à l'égard des homosexuels, en tant qu'expérience individuelle d'inconfort excessif et d'évitement lorsque l'individu est confronté à un stimulus générateur d'angoisse ».

MacDonald (1976) a identifié trois sources principales d'« homo-négativisme » :

1. les convictions religieuses et morales à l'effet que l'activité sexuelle n'est permise que dans le but de procréer;
2. les mythes et stéréotypes qui se sont développés en raison d'un manque de compréhension à propos des gais et/ou lesbiennes et de leurs comportements – p. ex. le mythe que les gais abusent d'enfants; et
3. l'idée qu'un comportement qui s'écarte de ce qui a été établi comme « normal », par la culture dominante, est mauvais.

M. Myron Thompson, député (Wild Rose, Alliance canadienne) :

Je veux que le monde entier sache que je ne ferme pas les yeux sur l'homosexualité. Je ne ferme pas les yeux sur les activités des homosexuels... Je n'aime pas ce qu'ils font. Je crois que c'est mal, contre nature et totalement immoral... Je m'y opposerai à chaque fois qu'ils s'attaqueront à l'unité familiale traditionnelle qui a servi à bâtir notre pays. [trad.]

Hansard, 15 juin 1995

Ces éléments ne rendent cependant pas compte du vigoureux rejet émotif qui a fréquemment été documenté (Fone, 2000; Fyfe, 1983; Herek, 1984; Weinberg, 1973). Un facteur établi comme étant la cause de telle réaction est celui de menace personnelle (Morin et Garfinkle, 1984; Shields et Harriman, 1984).

Il subsiste des préjugés répandus, à l'égard des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles, dans le monde occidental, même si cette négativité semble s'atténuer, au Canada davantage qu'aux États-Unis. Un sondage Gallup effectué en 1997 a révélé que 65 p. cent des Américains considéraient que les gais ne devraient pas être autorisés à être enseignants; 44 p. cent considéraient qu'ils ne devraient pas être autorisés à pratiquer la médecine; et 38 p. cent trouvaient qu'ils devraient être exclus des forces armées (Morin et Garfinkle, 1978). Un sondage du magazine Newsweek, en 1983, a conclu que seulement un tiers de la population des États-Unis considérait que l'homosexualité était acceptable, comme mode vie alternatif (Herek, 1984).

Ne serait-il pas merveilleux de ne pas se faire déranger lorsqu'on marche dans la rue avec son partenaire, main dans la main, ou que l'on fait la même chose que les couples hétérosexuels, et que ce soit accepté?

Ryan, Groupe de discussion d'hommes gais, 2000

Des sondages américains plus récents ont montré que ces réactions négatives ont considérablement diminué. Au Canada, les sondages montrent des diminutions encore plus marquées des réactions négatives (Egale, 2002). La plupart des Canadiens, dans toutes les régions du pays, considèrent à présent que la discrimination au motif de l'orientation sexuelle est fautive et devrait être illégale. Les Canadiens sont plus nombreux à appuyer l'extension du mariage aux couples de même sexe, qu'à s'y opposer; plus jeunes sont les répondants, plus élevé est le taux d'appui à cette proposition (Globe and Mail, septembre 2002).

Byrne (1982) a développé un modèle de séquence du comportement sexuel pour tenter d'expliquer les mécanismes sous-jacents au développement de l'homophobie. Il a proposé qu'un

individu qui n'est pas confortable avec des personnes gaies ou lesbiennes peut penser que l'homosexualité est soit un comportement appris (culture), soit le résultat d'une base physiologique ou génétique (nature). Du point de vue du comportement appris, un gai ou une lesbienne qui a des ressemblances à la personne homophobe lui paraîtra plus menaçant. Du point de vue de la différence génétique, la personne homophobe peut considérer les gais et les lesbiennes comme désavantagées en comparaison avec les autres, ce qui conduirait à reléguer leurs réalisations, ou réussites, au rang d'exceptions à la règle.

Byrne postule aussi qu'il y a des stratégies définies de réponse émotionnelle à des stimuli sexuels. L'érotophilie est une réponse positive à un stimulus sexuellement excitant; l'érotophobie est une réponse négative. D'après Byrne, les émotions et les croyances interagissent pour produire le comportement observé, comme l'approche/évitement et l'expression de sympathie/antipathie. Aquero, Bloch et Byrne (1984), avec une classe d'étudiants en psychologie, ont constaté que ceux qui étaient érotophiles avaient plus d'antipathie à l'égard d'un homme gai s'ils croyaient que l'homosexualité était apprise. Les érotophobes avaient de l'antipathie sans égard au fait de croire que l'homosexualité était apprise ou innée. En revanche, les érotophiles qui croyaient que l'homosexualité était un trait génétique avaient eux-mêmes des comportements homosexuels en proportions statistiquement significatives. Cela a été interprété comme indiquant qu'ils se sentaient en sécurité dans l'exploration de la réalité nouvelle d'une sexualité gaie, sans craindre un risque de l'« attraper ».

Voyez-vous, aujourd'hui le 27 juin, c'est la journée de la Fierté gaie et lesbienne – un de ces groupes minoritaires dont je parlais. Leurs pratiques sont déjà perverses et dégoûtantes, et il faudrait en plus les célébrer avec fierté. Je sais que ces personnes sont des enfants de Dieu, comme nous... mais n'ayons pas peur des mots. Ce sont des pervers. Chacun d'entre eux. Et aujourd'hui, ils tiennent une grande manifestation à Toronto pour montrer à quel point ils sont fiers de leurs habitudes perverses.

Nipigon Gazette, 9 juin 1993

L'un des instruments les plus utilisés pour évaluer l'homophobie, l'Index d'homophobie (IH), a été conçu par Hudson et Richetts (1980). Il s'agit d'un questionnaire en 25 points, qui vise à tester les réactions personnelles et émotionnelles à l'égard de l'homosexualité. La méthode a montré un degré élevé de fiabilité ainsi qu'une bonne validité sur les plans du contenu et du construit. Elle est fondée sur le postulat que l'homosexualité est une orientation acceptable. Des éléments comme « Je serais déçu si j'apprenais que mon enfant est homosexuel » sont interprétés comme révélateurs d'homophobie, par Hudson et Richetts.

Les études qui ont placé le point de mire sur l'évaluation des croyances culturelles à propos de l'homosexualité n'ont pas constaté de différence importante entre les attitudes des hommes et des femmes à l'égard de l'homosexualité (Leavitt et Klassen, 1974; MacDonald et Games, 1974; MacDonald et coll., 1972; Morin, 1974; Baals, 2000). Cependant, les recherches portant sur les réponses émotionnelles à l'égard des gais ont constaté que les hommes réagissent plus négativement que les femmes (Milham, San Miguel et Kellogg, 1976; Minnigerode, 1976; Steffensmeir, 1974). Milham et ses collègues (1976) ont constaté qu'un degré d'homophobie plus élevé s'exprimait lorsque les personnes considéraient l'homosexualité dans le contexte de leur propre sexe.

Une étude récente, mais malheureusement inédite, sur les attitudes d'élèves d'écoles secondaires québécoises à l'égard des gais et des lesbiennes (Bals, Charbonneau et Martin, 2000) a permis de constater que les adolescents de sexe masculin démontraient beaucoup plus de réactions homophobiques que les adolescentes : 33% des garçons avaient des réactions positives vis-à-vis des gais et lesbiennes, contre 72,5% des filles; fait plus préoccupant encore, 33% des garçons avaient des attitudes qualifiées de négatives à extrêmement négatives, en comparaison avec 7,9% des filles. On peut considérer encourageant le fait qu'un tiers des garçons réagissaient de manière positive; cependant, d'énormes différences de socialisation entre garçons et filles se dégagent, lorsque l'on compare cette proportion aux près de 73 p. cent de filles qui avaient des attitudes positives. Il ne peut s'agir d'une coïncidence.

Quelques études ont examiné les aspects comportementaux des attitudes. McConaghy (1977) a mesuré les variations du volume pénien en réaction à des photos de nudité d'hommes et de femmes. Son groupe expérimental était composé d'hommes gais et le groupe témoin était composé d'étudiants en médecine hétérosexuels. Il a constaté, comme il en avait posé l'hypothèse, que les hommes gais démontraient plus d'excitation en voyant des photos d'hommes nus. Ces hommes montraient aussi un peu d'excitation, ou une réaction neutre, devant les nus de femmes. La grande surprise, toutefois, fut la réaction du groupe témoin. Leurs pénis rétrécissaient à la vue des photos d'hommes nus. Le chercheur a interprété ce signe comme l'indice d'une réaction de peur.

Des études sur l'effet d'interactions avec des hommes gais ont porté sur l'utilisation de l'espace interpersonnel par les sujets. Leurs auteurs ont constaté que les sujets mâles plaçaient leur chaise trois fois plus loin de leur voisin expérimental s'ils le croyaient gai, en comparaison avec un autre qu'ils présumaient hétérosexuel (Karr, 1978; Morin, Taylor et Kreelman, 1975).

Milhan, San Miguel et Milhan (1976) ont constaté que les hommes hétérosexuels qui sont homophobes montrent plus d'agression vis-à-vis d'un homme gai si ce dernier a des ressemblances avec eux.

Des réponses négatives accrues, à l'égard de l'homosexualité, se rencontrent parmi les catégories suivantes de personnes :

1. personnes plus âgées et moins éduquées (Herek, 1984; Karr, 1978);
2. personnes plus autoritaires (MacDonald et Games, 1974);
3. personnes qui fréquentent l'église et pratiquent une religion fondamentaliste (Kerel, 1984);
4. résidents de certaines régions géographiques associées au conservatisme (De Crescenzo, 1984);
5. personnes qui ont moins d'expérience personnelle auprès de gais et de lesbiennes (De Crescenzo, 1984; Milham et coll, 1976).

1.1.2 Les attitudes des professionnels d'aide

Les professionnels d'aide qui comprennent les dynamiques de l'homophobie sociétale et de l'homophobie intériorisée et enracinée dans la psyché de plusieurs, sinon de la plupart, des personnes gaies et lesbiennes, peuvent les aider à reconnaître l'homophobie et à développer des stratégies efficaces pour affronter et surmonter les difficultés d'être gai ou lesbienne dans un monde à prédominance hétérosexiste ou souvent homophobique. En même temps, ces intervenants peuvent travailler à des changements aux attitudes négatives de la société et aux actes d'oppression (Schoenberg, 1983-4). Comme l'ont indiqué Glodberg et Schoenberg (1981), « ce qui distingue le travail social gai n'est pas qu'il s'agisse de services fournis par des travailleurs sociaux (homosexuels ou non) à des gais et des lesbiennes; c'est plutôt l'adaptation de la fourniture des services que rendent nécessaire l'attitude négative de la société à l'égard de l'homosexualité et les réactions des homosexuels à ces attitudes ». Au moment où la profession du travail social met un terme à son silence traditionnel à propos de l'homosexualité, ces chercheurs ont identifié quatre domaines à circonscrire et à étudier :

1. Les minorités raciales. Il faut reconnaître que les gais et lesbiennes appartenant à des minorités culturelles ont des préoccupations et des besoins propres, et qu'ils vivent l'oppression à divers degrés.
2. Les femmes. Les lesbiennes doivent affronter des suppositions hétérosexistes à propos de leur vie et affronter la définition patriarcale dominante quant au rôle des femmes.
3. Les parents gais ou lesbiennes. Cette catégorie en émergence, souvent oubliée, a les mêmes besoins que les parents hétérosexuels et plusieurs préoccupations particulières.
4. Les considérations éthiques. Étant donné que les professionnels d'aide, d'un point de vue historique, ont dans les meilleurs cas négligé l'oppression des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles, ou dans les pires cas collaboré à cette oppression, la promotion des intérêts comporte des exigences éthiques qui nécessitent une attention particulière.

De Crescenzo (1984) a décrit les préjugés répandus à propos de l'homosexualité, dans la population en général et parmi les professions de la santé :

1. Les gais et les lesbiennes ont un passé de relations troublées avec un parent ou les deux.
2. L'homosexualité est un désordre névrotique.
3. Les gais et les lesbiennes ont du mal à nouer des relations intimes.
4. Les gais, et dans une moindre proportion les lesbiennes, s'adonnent à la promiscuité sexuelle.
5. Les hommes gais ont avec leurs mères des relations anormalement proches.
6. Les gais et les lesbiennes ont une piètre capacité d'adaptation psychologique.
7. Les gais et les lesbiennes utilisent plus de drogue et d'alcool que les hétérosexuels.
8. Les hommes gais ont tendance à abuser d'enfants.
9. L'homosexualité peut être corrigée par une intervention psychothérapeutique appropriée.
10. L'homosexualité constitue un stade figé du développement psychologique.

En ce qui concerne les origines de ces croyances, Fone (2000) affirme que l'homophobie découle de multiples facteurs : le tabou judéo-chrétien contre l'homosexualité, la peur secrète d'être homosexuel, l'envie réprimée à l'endroit de la perception de facilité de vie des homosexuels, l'impression que l'homosexualité menace la vie et les valeurs familiales, ainsi que la résurgence de crainte devant la mort (crainte attribuée au fait que les homosexuels sont souvent des personnes sans enfants).

Morin (1977) souligne que ces croyances ne peuvent pas être scientifiquement validées, mais sont plutôt le résultat de tabous culturels, de mythes et d'ignorance. Il a identifié ce que nous désignons maintenant comme l'hétérosexisme – « un biais hétérosexuel qui valorise l'hétérosexualité comme étant supérieure à l'homosexualité et/ou plus naturelle que cette dernière ». Ceci caractérise la majeure partie de la recherche qui a été effectuée sur l'homosexualité et sur la santé psychiatrique/psychologique des gais et lesbiennes, partant de la supposition que l'homosexualité est révélatrice, en soi, d'une psychopathologie. La majeure partie des premiers écrits sur l'homosexualité est bâtie de manière à donner une légitimité à cette idéologie dominante. Les premières études à aborder les expériences des gais et lesbiennes, et à examiner si l'homosexualité, en soi, était ou n'était pas révélatrice de psychopathologie, ont été conçues par Evelyn Hooker (1956). Elle a démontré que des cliniciens formés ne pouvaient pas différencier entre l'orientation sexuelle de non-patients homosexuels et hétérosexuels.

La position de Bieber (1962) à l'effet que l'homosexualité était une condition névrotique caractérisée par une anxiété induite a été remise en question par une recherche qui n'a décelé aucune différence entre des hommes gais et hétérosexuels, dans des tests conçus pour mesurer l'anxiété (Siegelman, 1972). Des études comparant les souvenirs d'enfance d'hommes gais et hétérosexuels ont contredit la croyance répandue à l'effet que les hommes gais avaient des relations d'attachement inhabituel avec leurs mères (Bone, 1965). La question elle-même présume qu'en quelque sorte une relation étroite avec la mère est inappropriée. Ces types de biais sont des exemples de fondement de recherches sur une acceptation dogmatique d'une option idéologique prédéfinie et supportée par la culture dominante.

Je coordonne le suivi à l'importante conférence sur les aînés, tenue à l'automne, et je m'inquiète du fait que l'on n'y ait abordé aucune question liée aux personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenre, bispirituelles ou autochtones. C'est terrible.

Participant au Groupe de discussion sur l'âge, Colombie-Britannique, 2000

Moses et Hawkins (1982) affirment que même si les professionnels d'aide sont généralement prêts à concéder que l'homosexualité ne devrait pas être considérée comme une maladie, plusieurs la considèrent encore comme un indicateur de pathologie et d'un certain dérangement dans le processus « normal » d'acquisition de maturité.

Les écoles de formation professionnelle et les universités sont encore très réticentes à aborder des questions d'orientation sexuelle, en classe. Tant, pendant les années 1970, l'homosexualité a été présentée comme une pathologie et une déviance dans toutes les institutions du Canada, tant ce discours est à présent remplacé par un silence quasi-complet. Dans plusieurs écoles de psychologie, il est encore possible de trouver l'homosexualité abordée dans le cadre de cours sur la déviance, bien qu'il soit très soigneusement expliqué que « déviance » réfère à une anomalie « statistique ». Cela est fort problématique et signifie que nous continuons de diplômé des étudiants sans leur avoir donné grand information pour les préparer à un monde où, du moins au Canada, plusieurs personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles refusent dorénavant de se cacher. Au pire, cela signifie que des professionnels des soins de la santé continuent de perpétuer des positions stéréotypées, caricaturales et à teneur pathologique, sur l'homosexualité (Brotman, Ryan et Rowe, 2001; Ryan, Brotman et Malowaniec, 2002).

Certains s'étonneront d'apprendre que les seuls établissements de formation au Canada qui, en vertu de politiques en la matière, incluent systématiquement une formation de sensibilisation à l'orientation sexuelle sont les Forces armées canadiennes et leurs sections jeunesse (p. ex. les cadets de l'air, de l'armée et de la marine) et quelques établissements provinciaux de formation policière. La formation professionnelle pour préparer adéquatement les étudiants au monde des jeunes qui sont dans le processus de la sortie du placard, ainsi qu'aux réalités des couples de même sexe ou de parents de même sexe a une histoire très sommaire, dans les universités du Canada (Chervin, Brotman, Ryan et Mullin, 2003). L'on ne devrait pas présumer qu'en ne mentionnant pas l'orientation sexuelle on arrive à faire en sorte que les étudiants ressortent avec des attitudes neutres. Au contraire. Parce que l'orientation sexuelle n'est pas reconnue comme un champ d'étude valide, les étudiants repartent avec des suppositions homophobiques et hétérosexistes qui n'ont pas été rectifiées ni remises en question, et qui sont un héritage de leur culture (Mulé, 2003).

D'importance peut-être au moins égale, en 2003, est la manière dont les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles perçoivent les professionnels d'aide, plutôt que l'inverse. À l'origine, la littérature, des années 1950 jusqu'aux années 1970, examinait les perceptions de professionnels d'aide qui sous-estimaient peut-être leurs biais. Aujourd'hui, au Canada, il est possible de trouver plus de personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles qui sont prêtes à parler des expériences qu'elles ont vécues auprès de professionnels de la santé, des services sociaux, de la justice et de l'éducation. De plus, les agences de financement sont à présent plus ouvertes à octroyer des fonds pour des recherches qui examinent les vies des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles.

Brotman, Ryan, Jalbert et Rowe (2002) ont observé une grande méfiance, parmi les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles, à l'endroit des professionnels de la santé. Plusieurs participants à une étude nationale canadienne ont affirmé que le degré de connaissance parmi ces professionnels était inadéquat, que la prévalence de réactions homophobiques à leur vécu était contraire à l'éthique, et que la volonté du système des soins de santé de s'adapter à leurs besoins était minime. D'autant plus pour les personnes autochtones de deux esprits, qui sont aux prises avec l'homophobie dans leurs communautés d'origine et avec le racisme en milieu urbain (Brotman et Ryan, 2002). Les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles de minorités culturelles ont décrit des expériences semblables de rejet par leurs familles et par les réseaux sociaux ainsi que de racisme dans les institutions sociales et de santé (Ryan, Brotman et Rowe, 2001). Cela, ajouté au racisme et au sexisme structurels, dans notre société, complique les vies des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles de communautés ethnoculturelles.

Il est important de noter également que le milieu universitaire et de la recherche n'est pas dépourvu d'attitudes et de croyances homophobiques. Plusieurs chercheurs sur la santé et l'éducation qui s'intéressent à l'orientation sexuelle font état de milieux de travail opprimants et d'attitudes homophobiques parmi leurs collègues; d'une réticence des agences de financement à octroyer des fonds à des études axées sur la vie des gais ou des lesbiennes lorsque cela n'est pas en lien avec le VIH; d'obstacles sérieux à des questions formulées à propos des problématiques touchant les femmes; et de difficulté à faire publier leurs articles dans des périodiques scientifiques (Ryan, Brotman et Malowaniec, 2003).

1. 2 LE STIGMATE

Les gens, et les sociétés qu'ils créent, développent avec le temps des valeurs et des croyances (ou normes) qui conduisent à l'établissement de règles par lesquelles sont définis les comportements appropriés selon les situations. Briser les règles est considéré moralement répréhensible; la personne qui brise les règles perd la confiance ou est discréditée, et devient « étrangère » (Becker, 1963). La stigmatisation est un processus qui entre en jeu lorsqu'un individu est étiqueté comme différent, donc moins digne de confiance que les autres (English, 1979). Altman a écrit qu'« d'être homosexuel dans notre société, c'est être constamment conscient que l'on porte un stigmate » (Weeks, 1977).

Il est important de signaler qu'un acte n'est pas en soi déviant. C'est un jugement de la société, qui lui attribue un caractère déviant. La réaction de la société à un acte quelconque varie selon le temps et les circonstances, selon l'individu qui l'a commis et celui qui est considéré comme en subissant un préjudice, ou d'autres circonstances encore.

Goffman (1963) identifie trois catégories principales de stigmate : les invalidités d'ordre « physique », comme la paraplégie; les difformités de « caractère », comme l'homosexualité; et les différences « raciales » ou « religieuses », comme le fait d'être noir ou juif. On peut facilement postuler que l'oppression multiple implique l'expérience de stigmate de plus d'une catégorie, ce qui pourrait expliquer la complexité d'être une lesbienne noire ou un gai handicapé.

Un individu stigmatisé est considéré comme « pas tout à fait humain ». La théorie à la base du stigmate est construite pour expliquer l'infériorité du sujet et le danger qu'il présente – un peu comme l'Église moyenâgeuse déterminait qui étaient les hérétiques, non à partir de la théorie religieuse qu'ils pouvaient représenter, mais plutôt en jugeant que de leur « permettre » d'exister allait éventuellement menacer la place établie de quelqu'un dans la théocratie. Remettre en question la théologie était un acte politique. Ainsi sont étiquetés les déviants; ainsi leur est attribuée une diversité de défauts.

D'après Goffman, les gais et les lesbiennes réagissent au stigmate des manières suivantes :

1. Ils peuvent tenter de régler le problème directement, par exemple en reniant l'homosexualité et en ayant des relations avec des personnes du sexe opposé.
2. Ils peuvent tenter de corriger le problème indirectement, en excellant à quelque chose qui serait normalement considéré impossible pour quelqu'un qui a leur stigmate; par exemple en excellant dans un sport, ou en démontrant une extrême masculinité qui peut résulter en un comportement violent à l'égard de ceux qu'ils perçoivent comme étant gais ou lesbiennes.
3. Ils peuvent se servir de leur stigmate pour faire des « gains » auxiliaires, par exemple pour justifier un échec scolaire.
4. Ils peuvent développer d'autres habiletés pour faire contrepoids au stigmate, conduisant à des opportunités qu'ils n'auraient pas autrement envisagées, comme le développement d'aptitudes artistiques.
5. Ils peuvent réévaluer la situation d'autres personnes, par exemple mettre en relief l'échec du mariage hétérosexuel.
6. Ils peuvent s'isoler, entretenir un sentiment de colère à l'égard de la société qui les a stigmatisés.
7. Ils peuvent faire de grands efforts pour plaire, en raison de leur incertitude quant aux réactions de la société; par exemple en se pliant aux souhaits de parents à cause de la peur du rejet advenant que l'on découvre leur orientation sexuelle.

Goffman établit une distinction entre la personne « discréditée », qu'il décrit comme un individu qui croit que l'on connaît sa différence, et la personne « discréditable », qui prend pour acquis qu'on ne connaît pas sa différence mais qui vit en pensant constamment à la menace qu'on l'identifie et la stigmatise. Plusieurs gais et lesbiennes sont discréditables, car leur orientation sexuelle n'est pas une entité tangible et en soi reconnue. Lorsque l'individu se considère discréditable, son but est de

gérer l'information non divulguée et potentiellement dommageable, par le biais d'un processus dit « de passage » (Goffman, 1963). Plus intime est la relation, plus grande sont les chances que le secret soit découvert, car un certain degré d'ouverture devient nécessaire au développement d'une relation de confiance. En revanche, les gais et les lesbiennes sont devant un dilemme, puisque la divulgation nécessite de révéler une part intime d'information qui n'est normalement pas exprimée, dans notre société, hormis à des personnes particulièrement proches de soi.

Le recours de plus en plus courant au concept de minorité révèle un virage fondamental dans la signification du fait d'être gai ou lesbienne, et une tendance de la société et des spécialistes en sciences sociales à considérer l'homosexualité en termes sociaux plutôt qu'individuels (Altman, 1982). La théorie attributive suggère que la perception et l'évaluation d'un individu sont fonction, en partie, de la personnalité de l'observateur et de la situation sociale qui entoure la perception (Shaver, 1975). Ces éléments sont évidemment conditionnés et en évolution, au Canada.

La peur de l'étiquette d'homosexuel, avec ses connotations de violation des rôles sexuels, semble contribuer à garder les hommes dans des rôles définis par la tradition. Fone (2000) ainsi que Kaufman et Levi (1996) soulignent l'efficacité d'accusations comme « tapette », « fifi » ou « moumoune » pour contrôler le comportement masculin, dès l'enfance. Plusieurs études ont démontré que le besoin de percevoir des différences claires entre les hommes et les femmes est un trait plus répandu que le conservatisme sexuel, dans les attitudes négatives envers l'homosexualité (MacDonald, 1974; MacDonald et Games, 1974; MacDonald, Huggiss, Yung et Swanson, 1973). Le rôle du mâle est considéré par Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz et Vogel (1970) comme étant plus sain, « plus idéal » que celui de la femme; ces chercheurs ont affirmé que la pression pour préserver le rôle masculin pouvait être plus grande que celle qui vise à préserver le rôle féminin.

La position de Karr (1978) se situe dans la même ligne : « Ceux qui s'intéressent à modifier les attitudes péjoratives envers les hommes gais auraient intérêt à porter plus attention à changer les dynamiques plus élémentaires du rôle masculin ». Les conclusions de son étude ont montré que :

1. des hommes s'assoient considérablement plus loin d'un homme s'il est étiqueté comme gai, qu'ils ne le feraient si ce même homme n'a pas cette étiquette;
2. des hommes auront une communication moins complète avec un homme étiqueté comme gai qu'avec ce même homme sans cette étiquette, pour discuter d'une tâche spécifique qui requiert une coopération de groupe pour résoudre un problème;
3. l'efficacité dans la résolution de problème en groupe est considérablement réduite lorsque le groupe en question croit qu'un homme gai est présent;
4. un homme étiqueté comme gai recevra des cotes d'appréciation considérablement plus faibles que s'il n'était pas étiqueté ainsi;
5. un homme qui obtient un pointage élevé au test d'homophobie réagira de façon plus prononcée à tous les éléments ci-dessus qu'un homme ayant un pointage homophobique moins élevé.

En tant que société et en tant qu'individus, la réaction générale de la culture dominante en est une d'homophobie, d'hétérosexisme, d'invalidation de la sexualité ainsi que d'aliénation des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles à titre d'êtres humains. Pour cette raison, les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles ont eu tendance à converger dans les grands centres urbains afin de pouvoir vivre un certain anonymat, dans un climat plus sûr. Une fois dans les villes, ces personnes ont fondé leurs propres établissements de soutien et de contact social, en réaction à la réticence de la majorité hétérosexuelle à les accepter (Altman, 1982; Kinsman, 1987; Remiggi, 1998). Le contact des communautés gaie et lesbienne avec la culture dominante a conduit à alléger les tensions avec elle (Kinsman, 1987). Bien qu'aujourd'hui de nombreuses personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles retournent après un certain temps dans leurs communautés plus petites, la migration vers des centres urbains demeure un phénomène important (Remiggi, 1998).

MODULE 3

Quelques problèmes susceptibles d'être rencontrés par les personnes de la
diversité sexuelle, en particulier les jeunes

MODULE 3 – QUELQUES PROBLÈMES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE RENCONTRÉS PAR LES PERSONNES DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE, EN PARTICULIER LES JEUNES

3.1 L'homosexualité à l'âge adulte

Bibliographie pour en savoir plus

3.1 L'HOMOSEXUALITÉ À L'ÂGE ADULTE : PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.

1. Le développement de l'orientation homosexuelle à l'âge adulte

- Processus de développement de l'homosexualité à l'âge adulte.
- Principaux questionnements et sentiments vécus par l'adulte.
- Difficultés rencontrées dans la révélation de l'homosexualité aux proches, à la famille, en milieu de travail.
- Accompagner un adulte qui se questionne sur son orientation sexuelle : quelques pistes d'intervention.

2. Les stratégies de clandestinité ou de dévoilement de l'orientation sexuelle

- Pourquoi tant de personnes homosexuelles cachent-elles leur orientation affective et sexuelle dans leur vie quotidienne et dans leurs rapports avec les intervenants?
- Les contextes qui incitent à l'invisibilité et au secret; les contextes qui favorisent le dévoilement de son orientation affective et sexuelle.
- Les effets du secret sur la santé mentale, physique et sexuelle des personnes homosexuelles ou bisexuelles.
- Favoriser l'affirmation de l'orientation sexuelle : quelques pistes d'intervention.

3. Le rôle de la sexualité dans les cultures gaie et lesbienne

- La sexualité : un marqueur de l'identité gaie et lesbienne.
- Les différences entre la culture gaie et la culture lesbienne.
- Culte du corps et de la jeunesse, commercialisation du désir homosexuel et facteurs de risque quant à la transmission du VIH.
- Identité versus compulsivité sexuelle : quelques pistes d'intervention.

4. Les caractéristiques spécifiques de la conjugalité chez les gais et les lesbiennes

- Rôles des partenaires dans un couple de même sexe, intimité et durée de ces couples.
- Des différences marquées entre les couples d'hommes et de femmes.
- Le réseau d'ami-e-s et d'amant-e-s : un réseau de soutien important, une “ famille choisie ”.
- Principales difficultés rencontrées par les couples gais et lesbiennes : quelques pistes d'intervention.

5. La parentalité chez les gais et lesbiennes

- Le désir d'enfant chez les lesbiennes et les gais et les obstacles rencontrés.
- L'homosexualité : un secret de famille? ou la double vie des couples et des familles non-conformistes.
- Le dire ou ne pas le dire aux enfants, mais surtout comment?
- Le rôle du conjoint ou de la conjointe de même sexe dans les familles reconstituées.
- Soutenir un parent homosexuel ou un enfant ayant un parent homosexuel : quelques pistes d'intervention.

6. La toxicomanie chez les gais et lesbiennes

- La surconsommation d'alcool et de drogues récréationnelles chez les gais et lesbiennes.
- Les bars dans les cultures gaie et lesbienne : un important lieu de socialisation.
- Toxicomanie et vulnérabilité quant à la propagation du VIH.
- Homosexualité et toxicomanie : quelques pistes d'intervention.

7. Le vieillissement chez les gais et lesbiennes

- Une minorité invisible parmi les personnes âgées.
- Relation avec la famille et avec les services de santé et les services sociaux.
- Un secret bien gardé dont le dévoilement ne saurait être forcé.
- Adapter les services aux besoins de cette clientèle : quelques pistes d'intervention.

BIBLIOGRAPHIE POUR EN SAVOIR PLUS :

Vulnérabilité et stigmatisation des enfants non normatifs dans l'expression de leur genre,
Françoise Susset, Revue Québécoise de psychologie, vol 35, no 3, 2014.

MODULE 4

Les droits des personnes de la diversité sexuelle, de leur couple
et de leur famille : implications pour les intervenants

MODULE 4 – LES DROITS DES PERSONNES DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE, DE LEUR COUPLE ET DE LEUR FAMILLE : IMPLICATIONS POUR LES INTERVENANTS

- 4.1 Résumé de la politique québécoise de lutte contre l’homophobie (2009)

- 4.2 Grandes dates dans l’évolution des droits

- 4.3 Réalités juridiques et sociales des minorités sexuelles dans les principaux pays d’origine des personnes nouvellement arrivées au Québec, Ministère de l’immigration, de la diversité et de l’inclusion, 2014 (extrait)

- 4.4 Dix raisons confessionnelles pour appuyer l’éducation inclusive des personnes LGBTQ, extrait de Fonds Égale Canada pour les droits de la personne/Diversité sexuelle et de genre, Guide du Nouveau Brunswick, p. 58
http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/K12/LGBTQ/5-Information_et_ressources_pour_enseignants.pdf PAGE 58

Bibliographie pour en savoir plus

4.1

Ensemble vers l'égalité sociale

POLITIQUE QUÉBÉCOISE

de lutte contre l'homophobie

EN BREF

L'objectif de la politique

Améliorer la situation des personnes de minorités sexuelles au Québec, pour l'atteinte de l'égalité sociale.

Son origine

Rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse intitulé *De l'égalité juridique à l'égalité sociale — Vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, rendu public en mars 2007 et dont la première recommandation consistait en l'adoption d'une politique nationale de lutte contre l'homophobie.

Ses principes directeurs

- le respect de la dignité des personnes de minorités sexuelles et de leurs différences ;
- l'élimination de toute discrimination envers les personnes de minorités sexuelles ;
- la reconnaissance de la légitimité de l'aspiration au mieux-être des personnes de minorités sexuelles ;
- la prise en compte des spécificités des personnes de minorités sexuelles dans l'offre de service ;
- la position de chef de file de l'État en tant que garant du respect des droits et libertés et gardien de l'ordre public ;
- la responsabilisation et l'engagement de tous les acteurs institutionnels et sociaux ainsi que de l'ensemble de la population à l'égard du phénomène de l'homophobie.

Son contenu

Pour se donner les moyens de lutter efficacement contre le phénomène de l'homophobie, le gouvernement a défini quatre grandes orientations. Celles-ci constituent les assises de la politique et chacune comporte des choix stratégiques qui visent des objectifs précis.

ORIENTATION UN

Reconnaître les réalités des personnes de minorités sexuelles

Les préjugés sont à la source des attitudes et des comportements homophobes et obligent très souvent les personnes de minorités sexuelles à taire leur orientation sexuelle, ce qui perpétue l'incompréhension et le rejet des différences. Des efforts doivent donc être consentis afin de «démystifier» les réalités propres aux diverses identités et orientations sexuelles, de favoriser la reconnaissance de ces réalités et d'approfondir les connaissances à leur égard.

CHOIX STRATÉGIQUES

- **Sensibiliser et éduquer** — a pour objectif de «démystifier» les réalités des personnes de minorités sexuelles et de lever le voile sur ces réalités. En outre, il vise à promouvoir les valeurs d'ouverture et d'inclusion à l'égard de la diversité sexuelle.
- **Favoriser la recherche** — vise à accroître les connaissances relatives à la diversité sexuelle de façon à pouvoir se doter des moyens permettant de contrer l'homophobie plus efficacement.

ORIENTATION DEUX

Favoriser le respect des droits des personnes de minorités sexuelles

Le harcèlement et la discrimination à l'endroit des personnes de minorités sexuelles persistent dans différents secteurs d'activité. Les droits de ces personnes sont encore largement méconnus, ce qui contribue à maintenir l'influence des considérations homophobes ou hétérosexistes sur les décisions et les comportements. La deuxième orientation vise donc à assurer la pleine reconnaissance sociale des droits des personnes de minorités sexuelles.

CHOIX STRATÉGIQUES

- **Promouvoir les droits** — vise le renforcement de la reconnaissance sociale des droits des personnes de minorités sexuelles.
- **Soutenir les personnes dans l'exercice de leurs droits** — veut assurer l'existence de ressources pouvant venir en aide aux personnes victimes d'homophobie pour la défense de leurs droits.

ORIENTATION TROIS

Favoriser le mieux-être

Il importe également de veiller à ce que les personnes de minorités sexuelles puissent avoir accès à des ressources et à des services qui tiennent compte de leurs réalités. Cela implique notamment que l'on s'attaque aux valeurs hétérosexistes lorsque celles-ci imprègnent les cultures institutionnelles.

CHOIX STRATÉGIQUES

- **Soutenir les victimes d'homophobie** — vise à assurer aux personnes dont l'intégrité physique ou psychologique est menacée ou atteinte en raison de manifestations d'homophobie qu'elles auront accès à des services appropriés.
- **Favoriser l'adaptation des services publics** — vise à offrir des mesures favorisant l'adaptation des services publics aux besoins spécifiques des personnes de minorités sexuelles.
- **Soutenir l'action communautaire** — marque la volonté de reconnaître le rôle de premier plan que jouent les organismes communautaires dans la lutte contre l'homophobie. Il vise à soutenir leur action afin qu'elle rejoigne davantage les personnes victimes d'homophobie et que son efficacité soit accrue.

ORIENTATION QUATRE

Assurer une action concertée

Afin d'assurer la cohérence et l'efficacité des actions entreprises dans la lutte contre l'homophobie, il importe que tous les acteurs sociaux déploient leurs efforts de façon simultanée et coordonnée. Cette orientation marque la volonté du gouvernement de prendre la position de chef de file qui lui revient dans la lutte contre l'homophobie, et d'y associer tous les acteurs de la société.

CHOIX STRATÉGIQUES

- **Coordonner l'action des institutions publiques** — traduit la volonté gouvernementale d'assurer la cohérence et la synergie des initiatives de l'ensemble des ministères et des autres institutions publiques pour contrer l'homophobie.
- **Encourager l'adhésion des instances locales et régionales et celle des autres partenaires du gouvernement** — vise la participation du plus large éventail d'acteurs sociaux aux efforts de lutte contre l'homophobie.

Sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation

La ministre de la Justice est responsable de la lutte contre l'homophobie. Sous son autorité sera créé un comité interministériel ayant pour mandat la mise en œuvre de la politique au moyen d'un plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie. En outre, ce comité :

- veillera à l'application et au suivi du plan d'action gouvernemental et à l'arrimage des autres politiques gouvernementales et ministérielles avec la politique de lutte contre l'homophobie ;
- agira comme interface entre les autorités ministérielles et les groupes LGBT (lesbiennes, gais et personnes bisexuelles, transsexuelles et transgenres).

4.2 GRANDES DATES DANS L'ÉVOLUTION DES DROITS

Quelques dates dans l'évolution de la législation québécoise et fédérale relative à la reconnaissance des droits des personnes de minorités sexuelles – et autres décisions déterminantes

(adapté de : Politique québécoise de lutte contre l'homophobie, 2009, p. 20)

1969 Amendement au Code criminel, qui a pour effet de décriminaliser les rapports sexuels entre deux adultes consentants, y compris de même sexe.

1973 et 1974 Retrait, suite à un vote des psychiatres membre de l'APA, de l'homosexualité en tant que telle de la liste des maladies mentales dans le DSM (Diagnostical Statistical Manual)

1976 Modification à la Loi sur l'immigration pour retirer les personnes homosexuelles de la catégorie des personnes dont l'admission est interdite au Canada.

1977 Modification à la Charte des droits et libertés de la personne pour inclure l'orientation sexuelle dans les motifs de discrimination interdits. Extrait de l'article 10 de la Charte : « Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur..... le sexe..... l'orientation sexuelle..... ». (À noter que la liste des motifs possibles de discrimination illicite est plus longue et complète; un jugement a ultérieurement établi que la transidentité était incluse dans la mention «sexe»).

1987 Retrait de «l'homosexualité égodystonique» du DSM, mettant ainsi fin complètement à la catégorisation de l'homosexualité comme trouble mental

1992 : L'Organisation Mondiale de la Santé déclare que l'homosexualité ne doit plus être considérée comme une maladie mentale.

1995 Modification au Code criminel pour y inclure l'orientation sexuelle comme facteur aggravant lors de crimes haineux. De plus, inclusion des couples de même sexe dans la politique québécoise de violence conjugale.

1996 Abrogation de l'article 137 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, qui permettait d'inclure des distinctions basées sur l'orientation sexuelle dans les régimes de rentes, de retraite, les régimes d'assurances ou tout autre régime d'avantages sociaux. De plus, adoption de la Loi modifiant la Loi canadienne sur les droits de la personne pour y inclure l'orientation sexuelle au nombre des motifs de distinction illicites (comme cela avait été fait au Québec presque 20 ans plus tôt).

1999 Adoption de la Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les conjoints de fait, qui accorde aux conjoints de même sexe les mêmes droits et obligations que ceux dont bénéficient les conjoints hétérosexuels. De plus, l'American Psychological Association reconnaît comme faute éthique le fait de considérer l'homosexualité comme un trouble, une déviance ou une psychopathologie.

2000 Adoption de la Loi visant à moderniser le régime d'avantages et d'obligations dans les Lois du Canada, modifiant diverses lois pour assurer une application uniforme des lois fédérales aux couples homosexuels et hétérosexuels non mariés.

2001 Reconnaissance des conjoints de même sexe dans la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés.

2002 Adoption de la Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation : le Code civil du Québec reconnaît ainsi ce que l'on appellera l'homoparentalité. Les enfants de couples formés de personnes de même sexe ont désormais les mêmes droits que les autres. L'APA déclare que la recherche montre que les enfants élevés par des couples formés de personnes de même sexe se développent aussi bien que les enfants élevés par des couples formés de partenaires de sexe différent.

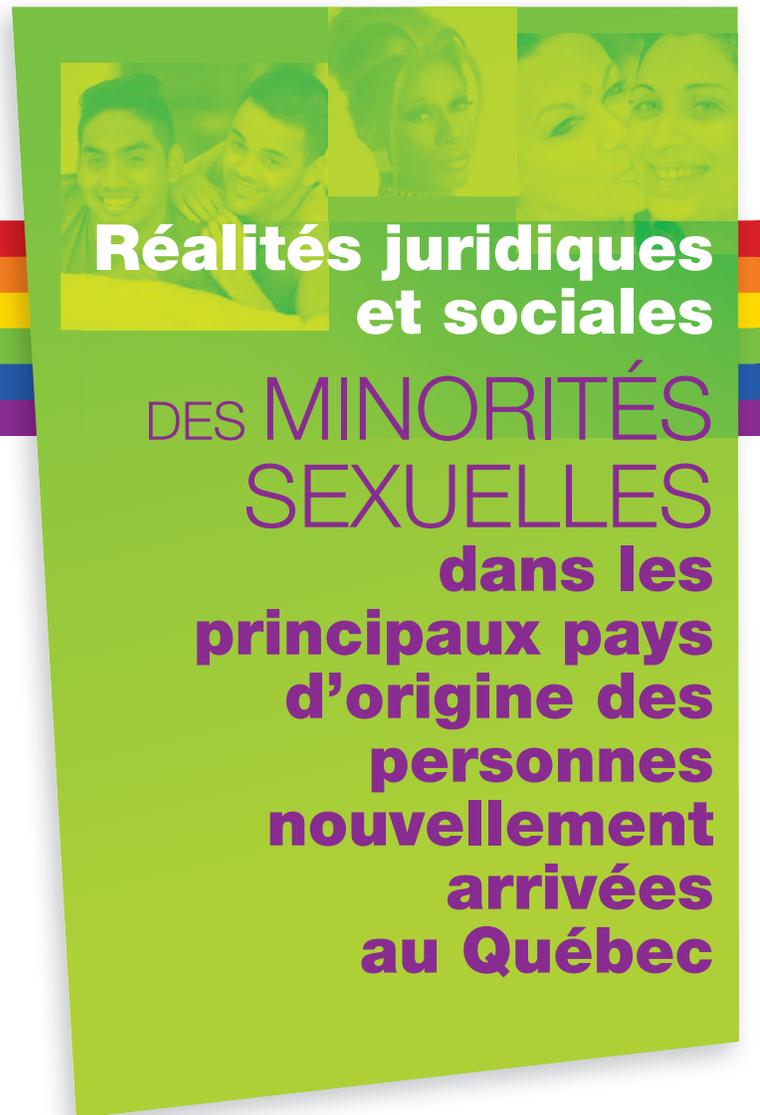
2004 Modification du Code criminel en ce qui concerne la propagande haineuse pour y inclure des dispositions protégeant l'orientation sexuelle. La Cour Suprême du Canada déclare que le mariage (civil) entre deux personnes de même sexe ne peut être exclu; elle laisse toutefois aux religions la liberté de célébrer, ou non, des mariages religieux. Adoption au Québec de la Loi modifiant le Code civil relativement au mariage pour permettre aux couples unis civilement, dont les conjoints de même sexe, de poursuivre leur vie commune sous le régime du mariage.

2005 Adoption de la loi fédérale sur le mariage civil qui accorde aux couples de même sexe le droit de contracter un mariage civil. Le Canada est le quatrième pays à adopter une telle législation.

2009 Le gouvernement du Québec émet sa première politique de lutte contre l'homophobie.

2016 Le Québec permet aux jeunes transidentitaires de moins de 18 ans de changer au registre de l'État civil leur nom ou leur mention de sexe, sans intervention chirurgicale. Les enfants de 13 ans et moins peuvent changer de nom et modifier la mention de sexe apparaissant sur leur acte de naissance si la demande au Directeur de l'état civil est formulée par leur tuteur ou leurs parents. Ceux de 14 ans et plus peuvent présenter leur demande eux-mêmes. Dans tous les cas, si un des parents s'oppose au changement souhaité par le jeune, un tribunal devra en décider dans l'intérêt de l'enfant.

4.3



Guide
d'information
3^e édition

Ce document d'information a été réalisé par la Direction des politiques et programmes de francisation et d'intégration, avec la collaboration de la Direction des affaires publiques et des communications, du ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion.

Recherche et rédaction

Olivier Roy, Direction des politiques et programmes de francisation et d'intégration

Ce document est disponible en format PDF dans le site Internet du Ministère : www.midi.gouv.qc.ca

Tous les hyperliens électroniques permettent d'accéder aux sites Internet ainsi qu'aux documents en format Word ou PDF et sont fonctionnels en date du 30 mai 2014.

Direction des politiques et programmes de francisation et d'intégration
Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion
Édifice Gérald-Godin
360, rue McGill, bureau RC 01
Montréal (Québec) H2Y 2E9

Première édition 2008
ISBN 978-2-550-54544-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-54554-5 (version électronique)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
ISBN 978-2-550-71228-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec – 2014
Tous droits réservés pour tous pays

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à la condition que la source soit mentionnée.

AVANT-PROPOS

Dans plusieurs parties du monde, l'égalité juridique et sociale demeure fragile, voire inexistante pour les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et transsexuelles. Soixante-dix-sept États, principalement en Afrique et en Asie, disposent de lois qui criminalisent les rapports sexuels entre adultes consentants de même sexe. Seulement soixante-sept pays disposent de lois qui protègent les personnes de minorités sexuelles des discriminations. Au cours des dernières années, des progrès significatifs ont été réalisés, comme l'illustre la décriminalisation de l'homosexualité à São Tomé-et-Principe et au Lesotho en 2012, ou encore la légalisation du mariage entre personnes de même sexe au Brésil, en France, en Nouvelle-Zélande et en Uruguay, entre autres, en 2013.

Au plan social toutefois, la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre est souvent occultée et les comportements homophobes et transphobes, y compris les plus violents, restent souvent impunis, même là où il existe des lois contre la discrimination. En somme, plusieurs personnes de minorités sexuelles sont la cible de discrimination et d'exclusion et souvent elles ne bénéficient pas de la protection de leur État.

Pour certaines personnes de minorités sexuelles, migrer vers le Québec est un moyen de fuir les persécutions et les discriminations, d'affirmer plus librement leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, de pouvoir réaliser une vie familiale et de vivre leur vie comme elles l'entendent, et ce, dans l'espoir d'une sécurité et d'une dignité plus grandes.

Toutefois, la migration présente son lot d'embûches. Il est donc important de combattre les préjugés et les comportements homophobes et transphobes qui peuvent survenir au cours du processus migratoire, afin de lever les obstacles à l'inclusion et à la participation des personnes immigrantes des minorités sexuelles.

Le présent guide dresse un portrait des réalités juridiques et sociales des minorités sexuelles dans les principaux pays d'origine des personnes nouvellement arrivées au Québec. Il est destiné aux conseillères et aux conseillers en immigration, aux professeuses et aux professeurs des programmes de français pour personnes immigrantes et aux intervenantes et aux intervenants du milieu communautaire qui souhaitent être mieux informés de ces réalités et en tenir compte dans leurs contacts avec les personnes nouvellement arrivées de minorités sexuelles.

En 2008, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles publiait la première édition de ce guide qui faisait suite aux recommandations qui lui avaient été adressées par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans le rapport *De l'égalité juridique à l'égalité sociale – Vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, dévoilé en mars 2007. Conformément à un engagement pris dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016*, le Ministère a publié une deuxième édition en 2011 et publie maintenant la troisième édition.

Hubert de Nicolini, directeur
Direction des politiques et programmes de francisation et d'intégration

Table des matières

INTRODUCTION	3
Les minorités sexuelles au Québec	7
AFGHANISTAN	9
ALGÉRIE	9
ALLEMAGNE	10
ARABIE SAOUDITE	11
ARGENTINE.....	12
BANGLADESH	13
BÉLARUS	14
BELGIQUE	15
BÉNIN	16
BHOUTAN	16
BRÉSIL.....	17
BULGARIE	18
BURKINA FASO.....	19
BURUNDI	20
CAMEROUN	21
CHILI	22
CHINE.....	23
COLOMBIE	25
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	26
CORÉE DU SUD.....	26
CÔTE-D’IVOIRE	27
CUBA.....	28
ÉGYPTE	29
EL SALVADOR.....	30
ÉTATS-UNIS.....	31
FRANCE	33
GUINÉE	34
HAÏTI	34
INDE.....	35
IRAN.....	37
IRAQ	38
ISRAËL.....	39
ITALIE.....	40
JAPON	41
KAZAKHSTAN	42
KIRGHIZISTAN	43
LIBAN	44
MADAGASCAR	46
MALI	46
MAROC	47
MAURICE	48
MEXIQUE	49
MOLDAVIE	50
NÉPAL	51
NIGÉRIA	52
PAKISTAN.....	53
PÉROU	54
PHILIPPINES	55
RÉPUBLIQUE DOMINICAINE	56
ROUMANIE	57

ROYAUME-UNI	58
RUSSIE	59
RWANDA	61
SAINT-VINCENT-ET-LES-GRENADINES	62
SÉNÉGAL	62
SRI LANKA	63
SUISSE.....	64
SYRIE.....	65
TOGO.....	66
TUNISIE.....	66
TURQUIE.....	67
UKRAINE.....	68
VENEZUELA.....	69
VIËT NAM.....	70
Annexe 1 – Analyse de la problématique du droit des minorités sexuelles	73
Annexe 2 – Lexique	79

INTRODUCTION

Ce guide vise à renseigner les personnes qui travaillent auprès des personnes immigrantes et réfugiées sur les réalités des personnes immigrantes et réfugiées de minorités sexuelles, afin qu'elles en tiennent compte lors d'intervention auprès de personnes de minorités sexuelles candidates à l'immigration ou nouvellement arrivées. Il faut rappeler que plusieurs de ces personnes entreprennent leur parcours migratoire dans un état de relative vulnérabilité en raison de l'homophobie ou de la transphobie vécue. Elles ont parfois du mal à vivre et exprimer leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, qui représentent une dimension de leur intégration à la société québécoise.

Les dynamiques inégales de la mondialisation ont accru les possibilités d'immigration, en permettant à des personnes provenant de pays en voie de développement ou de pays émergents de migrer dans l'espoir de meilleures conditions de vie. Dans certains pays, l'immigration et la demande du statut de réfugié sont devenues, pour des personnes de minorités sexuelles, des moyens de fuir la persécution et la discrimination et de vivre en sécurité leur vie amoureuse. Au Canada, l'orientation sexuelle est reconnue depuis 1991 comme un motif de persécution pour obtenir le statut de réfugié.

Les analyses montrent que la situation des minorités sexuelles dans le monde varie considérablement. La majorité des États ont décriminalisé les relations sexuelles entre adultes consentants de même sexe au cours des dernières décennies. Plusieurs dizaines leur accordent une protection légale contre la discrimination. D'autres États ne reconnaissent toutefois pas la légitimité de ces pratiques et de ces identités. En 2013, les cas de l'Ouganda, où une loi adoptée aggrave la criminalisation de l'homosexualité¹, de la Russie où une loi criminalisant la « propagande pour les relations sexuelles non traditionnelles devant mineur »² a été adoptée et de la Gambie qui a criminalisé le travestissement³, sont révélateurs des dynamiques sociales et politiques sous-jacentes au maintien, voire au durcissement, de lois homophobes et transphobes. Ils montrent comment des forces politiques et religieuses utilisent cet enjeu afin de détourner l'attention de problèmes socioéconomiques et politiques, mais aussi l'importance du contexte : plusieurs des États qui criminalisent l'homosexualité sont des pays caractérisés par une précarité et une pauvreté endémique qui affectent toutes les minorités et la population en général (voir Annexe 1 pour une discussion plus détaillée).

Ce guide offre un portrait synthétique de la situation actuelle. La situation parfois difficile des minorités sexuelles ne doit pas porter à croire que les pays documentés ne vivent aucune transformation sociale : la majorité des pays a connu des changements positifs importants au cours des récentes décennies. Il est important de ne pas porter un jugement hâtif et catégorique sur ces pays : la présence d'homophobie, de transphobie et d'hétérosexisme ne correspond pas à une caractéristique immuable et culturellement déterminée. Elle est plutôt alimentée par des dynamiques sociales, économiques, politiques et religieuses favorables et défavorables aux minorités sexuelles.

De plus, la situation dans ces pays n'est pas uniforme : certains milieux sociaux sont moins ouverts aux droits des minorités sexuelles, tandis que d'autres les acceptent plus aisément. Il faut noter que dans plusieurs pays occidentaux, des actes homophobes et transphobes surviennent encore et sont valorisés dans des milieux conservateurs. Certaines sociétés sont actuellement plus ouvertes à la diversité sexuelle, mais aucune société n'est essentiellement homophobe. La lecture de ce guide doit donc être prudente afin que les nuances propres aux différents contextes sociaux ne soient pas occultées au profit de conclusions hâtives ou trop générales.

¹ BBC (2014), « Uganda President Yoweri Museveni signs anti-gay law », 24 février, www.bbc.com/news/world-africa-26320102.

² AFP (2013), « Russie : Poutine promulgue les lois contre la “propagande” homosexuelle », *Libération*, 30 juin, www.liberation.fr/monde/2013/06/30/russie-poutine-signe-la-loi-contre-la-propagande-homosexuelle_914761.

³ Senenews (2013), « Gambie : Le parlement gambien durcit la loi contre l'homosexualité », 17 avril, www.senenews.com/2013/04/17/gambie-le-parlement-gambien-durcit-la-loi-contre-lhomosexualite_57360.html.

Par ailleurs, il ne faut pas présumer que les situations décrites se retrouvent à l'identique au sein des minorités ethniques et racisées du Québec, car cette présomption d'homophobie est porteuse de maintes dérives⁴. Il serait réducteur de présumer, par exemple, que toutes les personnes d'origine iranienne au Québec sont homophobes parce que des lois criminalisent l'homosexualité en Iran. D'une part, toutes les personnes dans les pays d'origine ne se conforment pas aux édits légaux, politiques et religieux et, d'autre part, la pensée et les valeurs des personnes immigrantes et réfugiées changent au fil de leur intégration. Il en va de même, *a fortiori*, des personnes nées au Québec, de parents immigrants, et scolarisées ici : leur pensée sur la diversité sexuelle, bien qu'influencée par celle de leurs parents, est assurément influencée par leur socialisation dans la société québécoise.

La sélection des pays traités correspond à leur importance dans les flux migratoires vers le Québec au cours des dernières années. À partir des *Tableaux sur l'immigration au Québec, 2008-2012*⁵, nous avons retenu les pays de naissance représentant un volume minimal de 500 personnes nouvellement arrivées au cours de cette même période. Il s'agit donc de 64 pays, d'où proviennent 240 175 personnes, soit 94 % de toutes les personnes arrivées au Québec au cours de cette période.

Les états de situation sur le plan juridique ont été dressés principalement à partir du rapport *State-sponsored homophobia. A world survey of laws : Criminalisation, protection and recognition of same-sex love*, publié en 2014⁶ par l'*International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association* (ILGA) qui recense toutes les lois qui criminalisent l'homosexualité.

Les situations sociales sont rédigées à partir de nombreuses sources documentaires produites par des organismes de défense des droits de la personne (internationaux et nationaux), par des associations de personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et transsexuelles (LGBT) internationales, nationales et locales ainsi que par quelques médias, de même qu'à partir de publications universitaires. Cette combinaison de sources vise à assurer une fiabilité maximale des renseignements.

La combinaison des contextes juridiques et sociaux est nécessaire pour plusieurs raisons. Premièrement, l'existence de lois qui criminalisent les relations sexuelles entre adultes consentants de même sexe n'implique pas que ces lois sont toujours appliquées. Elles peuvent au contraire ne plus être appliquées depuis plusieurs années ou décennies, comme au Sri Lanka, ou bien n'être appliquées qu'en période de panique morale (comme ce fut le cas au Royaume-Uni et aux États-Unis dans les années 1950, lorsque la crainte du communisme a mené à la persécution des homosexuels). Cependant, même lorsque ces lois ne sont plus appliquées, leur simple existence permet aux autorités de harceler, d'intimider ou d'extorquer quelque chose à des personnes de minorités sexuelles⁷. Deuxièmement, certains États ont

⁴ Haritaworn, Jin (2013), « Beyond 'Hate': Queer Metonymies of Crimes, Pathology and Anti-Violence », *Jindal Global Law Review*, 4(2) : 44-78.

⁵ Québec (2013), « Tableaux sur l'immigration permanente au Québec, 2008-2012 », ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles.

⁶ Il est à noter que dans son édition de 2014, l'ILGA affirme que 78 États criminalisent l'homosexualité, en plus de 4 entités. Or, le Lesotho, mentionné dans cette liste, a décriminalisé l'homosexualité en 2012. Le nombre d'États qui criminalisent l'homosexualité s'élève donc, en juin 2014, à 77, ainsi qu'à 4 entités. De plus, il faut noter que la République centrafricaine, incluse dans cette liste, ne criminalise les actes contre-nature avec un individu du même sexe que s'ils sont commis dans un lieu public; son inclusion dans cette liste est donc discutable.

⁷ Précisons que ces lois ciblent des pratiques très diversifiées. Cinquante-sept États criminalisent explicitement les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe, comme le Maroc, le Nigeria et Singapour, ou plus précisément la sodomie, comme certaines anciennes colonies britanniques des Caraïbes et d'Asie du Sud. Par contre, 20 États criminalisent, de façon générale, les « actes sexuels contre-nature » ou les « actes de grossière indécence » : dans certains cas, ces termes sont interprétés et appliqués comme une criminalisation de l'homosexualité, comme au Belize, au Liban et en Égypte, mais dans d'autres cas, comme au Botswana et au Mozambique, rien n'indique que l'État interprète la loi de façon à criminaliser l'homosexualité. Historiquement, ces lois étaient promulguées pour criminaliser tout rapport sexuel hormis le rapport conjugal visant la procréation, englobant ainsi, dans l'illégalité, toute forme de rapport hétérosexuel à des fins de plaisirs, ainsi que la sodomie, la fellation, la pédophilie, le viol, la bestialité, etc. Ce type de loi, aujourd'hui, est susceptible d'être interprété de diverses façons et est utilisé, entre

décriminalisé ces actes, comme la Russie, mais ceci n'implique pas nécessairement qu'ils sont socialement acceptés. L'homophobie peut au contraire y être répandue, voire instituée et légitimée par diverses personnes. De plus, les autorités ont parfois recours à des lois d'application générale, par exemple des lois sur les bonnes mœurs et l'ordre public, pour harceler les minorités sexuelles, comme c'est le cas en Égypte. Troisièmement, l'existence de lois qui protègent les minorités sexuelles contre la discrimination et la violence ne signifie pas que ces lois sont appliquées par les autorités concernées. Ainsi, il était nécessaire de compléter le contexte juridique par un contexte social qui permet de voir les effets possibles de ces lois, ainsi que les dynamiques sociales, qui ne suivent pas toujours les lois.

La situation des femmes de minorités sexuelles et des personnes transgenres et transsexuelles est souvent plus difficile à documenter. Cela ne doit pas laisser croire que l'homophobie affecte plus les hommes que les femmes, ni que la transphobie n'existe pas. Au contraire, puisque ces minorités vivent à l'intersection du sexisme, de l'homophobie et de l'hétérosexisme, leur situation est caractérisée par une marginalisation accrue, comme l'illustre la pratique dite de « viol correctif » en Afrique du Sud, c'est-à-dire le viol de femmes présumées lesbiennes pour les forcer à devenir hétérosexuelles⁸, et les nombreux cas de meurtres de personnes transgenres et transsexuelles dans plusieurs pays.

L'homosexualité masculine fait l'objet de plus d'attention médiatique et politique, en partie parce qu'elle est perçue comme une menace plus importante à la valorisation hétérosexiste de la masculinité dominante. Elle est aussi davantage ciblée par les initiatives de prévention en matière de VIH-SIDA. Ceci rend l'homosexualité masculine plus visible publiquement et favorise le développement de connaissances sur cette population. En raison du sexisme et des rôles traditionnels assignés aux femmes dans plusieurs sociétés, la visibilité publique des femmes tend à être moindre, ce qui contribue aussi à la relative invisibilité des femmes lesbiennes et bisexuelles. Quant aux personnes transgenres et transsexuelles, elles subissent, presque partout, l'opprobre associé à leur non-conformité de genre : elles sont une minorité très peu visible et très marginalisée. Même au sein du militantisme LGBT, elles sont fréquemment marginalisées et leurs préoccupations reléguées au second plan.

Des interdits légaux et sociaux empêchent aussi les personnes homosexuelles de fonder une famille, sauf dans une quinzaine de pays européens, en Afrique du Sud, en Argentine, au Brésil, au Canada, en Israël, en Uruguay, dans la ville de Mexico et dans certains États des États-Unis et d'Australie. Cela peut expliquer pourquoi des personnes de minorités sexuelles souhaitent immigrer au Québec, où les lesbiennes ont accès aux cliniques de fertilité et où gais et lesbiennes peuvent adopter conjointement des enfants québécois. Par ailleurs, des femmes ayant un enfant d'une union hétérosexuelle précédente immigreront parfois au Québec avec leur enfant pour vivre leur homosexualité ou fuir la persécution de leur famille, ou du père et de sa famille, qui s'opposent à ce que l'enfant soit élevé par une lesbienne. Ces personnes peuvent être tentées de dissimuler leur réel motif d'immigration, leur orientation sexuelle, par crainte d'être renvoyées dans leur pays et que leur enfant leur soit retiré. Cela ne devrait pas être interprété comme une tentative de dissimulation malintentionnée, mais comme le résultat d'une peur fondée sur un vécu de stigmatisation et de dissimulation forcée dans leur pays d'origine.

Finalement, nous désirons attirer l'attention sur la terminologie employée, plus particulièrement sur les mots « homosexualité » et « homosexuel ». La division binaire de la sexualité humaine, entre hétérosexuels et homosexuels, est une réalité récente : apparue à la fin du 19^e siècle, elle ne s'est établie largement qu'à partir du milieu du 20^e siècle. Il s'agit d'une division située géographiquement, c'est-à-dire que les sociétés d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord en sont les principaux lieux d'émergence. Bien que cette vision soit dominante dans les sociétés occidentales et qu'elle ait une

autres, pour criminaliser le viol et la pédophilie. La caractérisation de ces États comme étant « homophobes » doit donc être faite avec prudence. De plus, une dizaine de ces États ont affirmé leur ouverture à décriminaliser l'homosexualité.

⁸ Gontek, Ines (2009), « Sexual Violence Against Lesbian Women in South Africa », *Outliers*, 2: 36-53. Voir aussi, Smith, David (2011), « Teenage lesbian is latest victim of 'corrective rape' in South Africa », *The Guardian*, www.guardian.co.uk/world/2011/may/09/lesbian-corrective-rape-south-africa.

influence sur les autres sociétés, il n'empêche que, pour nombre de personnes, la sexualité est un aspect privé de leur être, plus ambiguë qu'il peut sembler de prime abord. Il ne faut pas présumer que toute personne ayant des relations amoureuses ou sexuelles avec une personne de même sexe fait de sa sexualité un élément de son identité, ni qu'elle souhaite en faire un élément public de sa vie sociale.

Lorsque nous utilisons le terme « homosexuel », nous ne présumons pas que toutes les personnes adhèrent à cette compréhension identitaire d'une sexualité soit homosexuelle, soit hétérosexuelle, publiquement vécue. Il convient de garder à l'esprit que pour plusieurs, affirmer publiquement sa sexualité n'est pas important et n'est pas désirable, particulièrement dans certains contextes sociaux où parler de sexualité n'est pas admis, ni dans la famille, ni en société. Il faut distinguer une identité sociale homosexuelle et des pratiques homosexuelles « discrètes », parfois conjuguées à une vie hétérosexuelle, sans qu'il y ait pour autant une identité revendiquée. Quelle que soit l'expansion géographique d'une identité homosexuelle dans les pays du Sud, un fait documenté par nombre de recherches scientifiques, nous ne présumons pas pour autant que cette identité doit remplacer les autres formes et conceptions de la sexualité humaine, qui ne sont ni exclusivement homosexuelles, ni exclusivement hétérosexuelles et qui ne s'accompagnent pas d'une identité sociale.

LES MINORITÉS SEXUELLES AU QUÉBEC

L'égalité juridique obtenue par les personnes lesbiennes et gaies au Québec peut faire oublier que l'égalité sociale demeure incomplète, mais aussi que cette égalité juridique est relativement récente. En effet, il y a 45 ans, les homosexuels (il était surtout question des hommes) étaient perçus comme des pervers et des déviants et traités comme tels, parfois emprisonnés ou internés. Il y a 40 ans, une personne homosexuelle pouvait être victime de discrimination sans avoir aucun recours possible. Il y a une décennie, les personnes homosexuelles ne pouvaient pas contracter un mariage légal. Et encore aujourd'hui, les personnes transgenres et transsexuelles font face à de sérieux obstacles.

Quelques dates importantes

1969	Adoption du Bill Omnibus par la Chambre des Communes : la sodomie et les « actes de grossière indécence » entre personnes consentantes de 21 ans et plus et en privé, sont décriminalisés.
1973-1974	Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) est modifié pour en exclure l'homosexualité.
1977	Amendement de la Charte des droits et libertés de la personne par l'Assemblée nationale : l'orientation sexuelle est reconnue comme un motif prohibé de discrimination au Québec.
1991	Le ministère fédéral de l'Emploi et de l'Immigration accorde pour la première fois la résidence permanente à un homosexuel sur la base de motifs humanitaires et de compassion.
1994	La Cour suprême du Canada juge que l'orientation sexuelle constitue un motif valable pour demander le statut de réfugié dans le cadre de la Convention relative au statut de réfugié.
1998	Le Tribunal des droits de la personne juge que le motif « sexe » dans la Charte des droits et libertés de la personne s'applique aux personnes transsexuelles.
1999	Adoption de la Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les conjoints de fait, qui reconnaît les mêmes droits aux conjoints de fait de même sexe qu'aux conjoints de fait hétérosexuels.
2002	Adoption de la Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation, qui instaure un régime d'union civile identique pour les couples de même sexe et les couples hétérosexuels et modifie les règles de filiation et d'adoption afin que les couples de même sexe aient les mêmes droits que les couples hétérosexuels.
2005	Adoption de la Loi sur le mariage civil par la Chambre des communes qui accorde le droit au mariage aux personnes de même sexe au Canada.
2007	La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) publie son rapport <i>De l'égalité juridique à l'égalité sociale. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie</i> .
2009	Adoption de la Politique québécoise de lutte contre l'homophobie, <i>Ensemble vers l'égalité sociale</i> .
2011	Adoption du Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016, <i>Ensemble vers l'égalité sociale : l'unité dans la diversité</i> .
2013	Adoption de la Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits afin, entre autres, de retirer l'exigence de chirurgie de réassignation sexuelle pour obtenir le changement de la mention du sexe à l'acte de naissance.

Au-delà des dates et des lois... les personnes

De 1969 à aujourd'hui, les minorités sexuelles du Québec et du Canada ont bénéficié de changements légaux majeurs, passant de la criminalisation au statut de citoyennes et citoyens égaux. Mais au-delà des dates et des lois, il y a les personnes elles-mêmes. Aujourd'hui, la police ne pourrait pas arrêter les clients d'un bar gai comme cela se faisait dans les années 1970, par exemple lorsque plus de 140 clients du bar Truxx ont été arrêtés en 1977 à Montréal. Il serait aussi impossible pour les autorités municipales d'ordonner un « nettoyage » des secteurs fréquentés par les minorités sexuelles, comme cela a été fait peu avant les Jeux olympiques de Montréal, entraînant la fermeture de bars et de saunas. Au quotidien, une personne de minorité sexuelle ne peut plus, légalement, être congédiée à cause de son orientation sexuelle ou de son identité de genre, pas plus qu'elle ne peut se voir refuser un service quel qu'il soit.

Les personnes de minorités sexuelles ont accès à des espaces urbains où sont concentrés des commerces et des services destinés aux minorités sexuelles, notamment dans le Village gai de Montréal. De nombreux commerces et institutions, dans plusieurs villes, affirment leur ouverture à la diversité sexuelle avec des affiches aux couleurs de l'arc-en-ciel. Cette ouverture s'exprime aussi dans les attitudes d'acceptation relative au sein de la population québécoise. Les résultats de sondages d'opinion confirment l'ouverture d'une vaste majorité de Québécoises et Québécois à l'égard de la diversité sexuelle.

Mais encore aujourd'hui, une personne de minorités sexuelles peut être la cible de commentaires homophobes et transphobes. Par exemple, en milieu de travail, à l'école ou dans le sport, il arrive que des personnes soient dénigrées à cause de leur apparence physique non conforme aux stéréotypes de ce que « devrait » être un homme ou une femme : les insultes à l'encontre de personnes de minorités sexuelles et les blagues intentionnellement blessantes surviennent encore régulièrement. Ces propos blessants, ainsi que les actes violents, plus rares, ont pour effet de marginaliser des personnes qui se sentent ainsi exclues de milieux de proximité importants pour la réalisation de soi.

Les personnes de minorités sexuelles sont aussi victimes de stigmatisation, rejetées par des amis, voire par la famille, et elles peuvent aussi être victimes de harcèlement et d'agressions. Cette situation d'inégalité sociale engendre des problèmes psychosociaux parmi les personnes de minorités sexuelles, tels que les troubles anxieux et de l'humeur, la dépression, l'abus d'alcool et de drogues, les pratiques sexuelles à risque, l'idéation suicidaire et le suicide. Les jeunes seraient plus à risque de vivre ces problèmes qui ne sont pas causés par l'orientation sexuelle, mais par le contexte social parfois hostile.

Quant aux personnes transgenres et transsexuelles, bien que la chirurgie de réassignation sexuelle soit aujourd'hui prise en charge par l'État québécois, leur situation demeure précaire. La possibilité de modifier la mention du sexe à l'acte de naissance sans avoir à subir une chirurgie de réassignation sexuelle ne leur a été accordée qu'en 2013, bien après plusieurs autres États et provinces. Les transgenres et les personnes transsexuelles en transition sont particulièrement à risque : leur non-conformité de genre étant plus visible, elles sont fréquemment la cible de propos et d'exclusion transphobes, voire de violence. L'acceptation sociale à leur égard demeure moindre que pour les personnes homosexuelles.

Il reste donc du travail d'éducation et de sensibilisation à faire pour que l'égalité juridique tende vers l'égalité sociale, à l'image des inégalités ethnoculturelles et de genre. Il est d'ailleurs important d'être attentif à l'intersection de ces inégalités, qui produisent des situations complexes. Tel est le cas des personnes LGBT de minorités ethnoculturelles, situées entre les normes ethniques, sexuelles et de genre, entre autres, valorisées au sein des minorités ethnoculturelles, des minorités sexuelles et de la société québécoise. L'homophobie et l'hétérosexisme présents au sein de minorités ethnoculturelles et de la société québécoise, ainsi que l'homonormativité et le racisme présents au sein des minorités sexuelles ont pour effet que ces personnes doivent élaborer des moyens pour établir des réseaux de solidarité malgré l'exclusion qu'elles peuvent subir dans certains espaces communautaires. Elles y sont en effet à risque de subir des stéréotypes, des préjugés et de l'exclusion de part et d'autre, ce qui complique leurs rapports familiaux, amicaux, amoureux et sexuels.

ANNEXE 1

Analyse de la problématique du droit des minorités sexuelles

ANNEXE 2

Lexique

Annexe 1 – Analyse de la problématique du droit des minorités sexuelles

L'extension des droits de la personne aux minorités sexuelles ne se fait pas sans heurts. Le Brésil a proposé dès 2003, sans succès, l'adoption d'une résolution sur le droit des minorités sexuelles à la Commission des droits de l'homme des Nations Unies. Un pas a été franchi en 2006 avec les *Principes de Jogjakarta*, un document non contraignant qui vise à encadrer les droits des minorités sexuelles. En décembre 2008, 66 pays membres de l'Assemblée générale des Nations Unies ont adopté une déclaration sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre¹, à laquelle les États-Unis ont souscrit en février 2009. Une contre-déclaration a aussi été adoptée et signée par 57 pays, dont trois se sont par la suite retirés. En mars 2011, une déclaration visant à mettre fin aux actes de violence et aux violations des droits de la personne fondés sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre a été adoptée au Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, aujourd'hui signée par 85 pays². La Haute-Commissaire aux droits de l'homme a publié en novembre 2011 une étude sur les discriminations et violences à l'encontre des personnes LGBT³. Le Secrétaire général de l'ONU a appelé, en 2012, à la fin des violences et discriminations contre les personnes LGBT⁴ et l'ONU a lancé, en 2013, une vaste campagne visant à combattre ces discriminations⁵. Un accroissement du soutien international à l'égard des minorités sexuelles est ainsi manifestement visible aux Nations Unies, et ce, malgré la réticence de certains États.

Aucun pacte ou traité international n'a toutefois enchâssé l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans le droit international, mais des jugements sont considérés comme faisant jurisprudence, dont *Toonen c. Australie*. Devant le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, un homme gai tasmanien contestait la criminalisation de l'homosexualité dans cet État. En 1994, le Comité a jugé que le motif du sexe, reconnu comme motif de discrimination prohibé à l'article 2(1) et à l'article 26 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, incluait l'orientation sexuelle, reconnaissant que la criminalisation de l'homosexualité constitue une discrimination. Le commentaire général n° 20⁶ sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, adopté en 2009, affirme explicitement, à l'article 32, que l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle sont comprises dans « toute autre situation ». Le Comité des droits de l'enfant a fait de même en 2003.

L'Organisation des États américains (OEA) a adopté, en juin 2009, une résolution condamnant les violences à l'égard des minorités sexuelles et les violations de leurs droits et demandant à ses États membres d'enquêter sur ces violences et d'assurer la protection des minorités sexuelles⁷. Cette adhésion de l'OEA en faveur des droits des minorités sexuelles a été réitérée par la création, en 2011, d'une unité des droits des personnes LGBTI au sein de la Commission interaméricaine des droits de l'homme⁸.

¹ Assemblée générale des Nations Unies (2008), *Lettre datée du 18 décembre 2008, adressée au président de l'Assemblée générale par les représentants permanents de l'Argentine, du Brésil, de la Croatie, de la France, du Gabon, du Japon, de la Norvège et des Pays-Bas auprès de l'Organisation des Nations Unies*, A/63/635.

² U.S. Department of State (2011), « Joint Statement on the Rights of LGBT Persons at the Human Rights Council », www.state.gov/r/pa/prs/ps/2011/03/158847.htm.

³ Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (2011), *Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre*, A/HRC/19/41, www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session19/A-HRC-19-41_fr.pdf.

⁴ UN News Centre (2012), « Ban calls for end to violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual and transgender people », 11 décembre, www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=43741&Cr=homophobia&Cr1.

⁵ Voir le site Internet *Libres et égaux* au www.unfe.org/fr.

⁶ Nations Unies (2009), *Observation générale n° 20. La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels*, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.GC.20_fr.doc.

⁷ OAS (2009), *AG/RES. 2504 Human rights, sexual orientation, and gender identity*, www.oas.org/consejo/GENERAL%20ASSEMBLY/Documents/AG04688E08.doc.

⁸ Voir leur site Internet au www.oas.org/en/iachr/lgtbi/default.asp

La Cour européenne des droits de l'homme a rendu des jugements importants en raison de leur portée supranationale. Dès 1981, dans *Dudgeon c. Royaume-Uni*, la Cour avait reconnu que la criminalisation des actes sexuels entre hommes en Irlande du Nord violait la Convention européenne des droits de l'homme. En 1999, dans *Salgueiro de Silva Mouta c. Portugal*, la cour a reconnu comme discriminatoire le rejet de la garde de son enfant à un père homosexuel. Au Royaume-Uni, l'impossibilité de faire reconnaître une nouvelle identité de genre a été reconnue comme discriminatoire en 2002 dans la cause *Goodwin c. Royaume-Uni*. Puis, dans *E.B. c. France*, en 2008, la Cour a condamné la France pour son refus de reconnaître le droit d'adoption aux homosexuels. Des jugements ont aussi été rendus en faveur de personnes transgenres et transsexuelles⁹ afin de faciliter l'accès aux démarches de transition. Au niveau politique, le Conseil de l'Europe a adopté en mars 2010 la Recommandation sur des mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre¹⁰. Une unité responsable des questions LGBT a été créée dans la foulée de cette recommandation¹¹.

L'orientation sexuelle et l'identité de genre n'ont pas été incluses dans la Déclaration sur les droits humains adoptée par l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est en 2012. Quant à la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, elle a adopté en 2014 une résolution sur la protection contre la violence et d'autres violations des droits humains de personnes sur la base de leur identité ou orientation sexuelle réelle ou supposée¹². Dans le Commonwealth, dont 40 des 53 États membres criminalisent l'homosexualité, son secrétaire général a réaffirmé en 2012 la position qui consiste à condamner les discriminations basées sur l'orientation sexuelle, mais à laisser aux États membres le soin de concilier cette position avec leurs lois¹³.

Diverses organisations internationales cherchent à promouvoir ces droits, notamment l'International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association, l'International Gay and Lesbian Human Rights Commission, Amnesty International et Human Rights Watch. Les rapports sur diverses violations, les campagnes médiatiques et les pétitions en ligne se multiplient et des pays se retrouvent au banc des accusés : Iran, Iraq, Nigeria, Zimbabwe, Égypte, Ouganda, Jamaïque, Cameroun, Russie, etc. Des changements significatifs ont eu lieu dans plusieurs pays, mais on note des polarisations et des radicalisations qui ont accru la vulnérabilité des minorités sexuelles, particulièrement en Afrique, au Moyen-Orient et en Europe de l'Est : la publicité de cet enjeu y a pour effet de renforcer la visibilité de pratiques sexuelles, et plus rarement d'identités sexuelles, qui étaient parfois tacitement acceptées et deviennent ainsi sujet de stigmatisation, voire de persécution.

Le militantisme « agressif » de certains Occidentaux à l'encontre de divers pays du Sud et d'Europe de l'Est est vivement critiqué, notamment pour sa focalisation sur l'organisation de défilés et sur des revendications identitaires qui ne sont pas nécessairement pertinentes dans les contextes locaux. La virulence de discours politiques homophobes en divers pays d'Afrique subsaharienne, du Moyen-Orient et d'Europe de l'Est fait l'objet d'une couverture médiatique largement défavorable et souvent sensationnaliste. Ceci a pour effet que défenseurs et opposants des droits des minorités sexuelles n'arrivent souvent pas à dépasser les représentations extrêmes et stéréotypées de leurs adversaires.

⁹ Cour européenne des droits de l'homme (2013), *Identité de genre*, fiche thématique, www.echr.coe.int/Documents/FS_Gender_identity_FRA.pdf.

¹⁰ Conseil de l'Europe (2010), *Recommandation CM/Rec(2010)5 du Comité des ministres aux États membres sur des mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre*, www.coe.int/t/dg4/lgbt/Source/RecCM2010_5_FR.pdf.

¹¹ Voir leur site Internet au www.coe.int/t/dg4/lgbt/.

¹² Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (2014), *Résolution sur la protection contre la violence et d'autres violations des droits humains de personnes sur la base de leur identité ou orientation sexuelle réelle ou supposée*, www.achpr.org/fr/sessions/55th/resolutions/275/.

¹³ Sharma, Kamallesh (2012), *Speech to UN Human Rights Council – High Level Segment*, 29 février, <http://thecommonwealth.org/sites/default/files/news-items/documents/2012-02-29.pdf>.

Les minorités sexuelles se trouvent ainsi au centre de discours polarisés. D'une part, ceux de militants occidentaux peu soucieux des contextes locaux et, d'autre part, ceux de dirigeants locaux enclins à stigmatiser des personnes qui semblent étrangères à leur conception de la « culture nationale » et qui servent aisément de boucs émissaires pour détourner l'attention de problèmes socioéconomiques et politiques. S'ajoutent à cela les menaces de couper l'aide humanitaire versée à des pays s'ils ne décriminalisent pas l'homosexualité, faisant fi des besoins primaires non comblés dans ces pays.

Comprendre l'homophobie et la transphobie dans les lois et dans les pratiques sociales nécessite la prise en compte du contexte socioéconomique et politique. L'intolérance et l'hostilité à l'égard de la diversité sexuelle ne sont pas indépendantes d'autres dynamiques sociales. Ce n'est pas un hasard si, dans certains pays d'Europe de l'Est tels que la Russie et l'Ukraine, la croissance récente des discours et gestes homophobes, transphobes, xénophobes et islamophobes est concomitante : elle prend racine dans un contexte de profondes inégalités sociales et de tendances ultranationalistes faisant la promotion d'une « culture nationale » dont les minorités, qu'elles soient sexuelles, religieuses ou ethniques, sont exclues.

Afin de bien situer la criminalisation de l'homosexualité, il est utile de croiser la liste des 77 pays avec divers indicateurs socioéconomiques et politiques. Parmi ces pays, on en retrouve :

- respectivement 30 et 16 ayant un indice de développement humain très faible et faible, mais seulement 6 ayant un indicateur de développement humain très élevé¹⁴;
- respectivement 13 et 21 ayant un revenu national brut par habitant faible et moyen faible, mais seulement 15 ayant un revenu national brut par habitant élevé¹⁵;
- 33 ayant une durée moyenne de scolarisation inférieure à 6 années¹⁶;
- au moins 33 ayant un indice d'inégalité de genre inférieur à la moyenne mondiale¹⁷;
- plus de 41 dont les lois criminalisant l'homosexualité sont un héritage colonial;
- 29 étant considérés par l'ONU comme des « pays moins avancés »¹⁸;
- respectivement 21 et 26 étant considérés comme des pays en situation de fragilité par la Banque mondiale¹⁹ et par l'OCDE²⁰;
- 32 étant dans le tiers inférieur du *World Press Freedom Index* et 9 étant dans le tiers supérieur²¹;
- 52 ayant un sérieux problème de corruption selon le *Corruption Perceptions Index 2013* et seulement 1 obtenant une note de 80 % et plus²²;
- 26 étant dans le tiers inférieur du *World Happiness Report* et 6 étant dans le tiers supérieur²³.

Le croisement avec ces indicateurs et d'autres indicateurs socioéconomiques et politiques révèle que seulement deux États criminalisant l'homosexualité peuvent être considérés comme des démocraties prospères, stables et où la règle de droit est relativement établie : la Barbade et Singapour. Ce sont aussi deux États considérés comme socialement tolérants à l'égard des minorités sexuelles.

Il n'y a pas de causalité simple entre ces indicateurs et la criminalisation de l'homosexualité : des pays très précaires, tels qu'Haïti et le Tchad, ne criminalisent pas l'homosexualité. On peut toutefois affirmer

¹⁴ Programmes des Nations Unies pour le Développement (2013), *Rapport sur le développement humain 2013*, New York, PNUD.

¹⁵ *Idem*

¹⁶ *Idem*

¹⁷ *Idem*

¹⁸ United Nations Conference on Trade and Development (2013), « UN List of Least Developed Countries », <http://unctad.org/en/pages/aldc/Least%20Developed%20Countries/UN-list-of-Least-Developed-Countries.aspx>.

¹⁹ Banque mondiale (2013), *Harmonized list of fragile situations FY13*, Washington, Banque mondiale.

²⁰ Organisation for Economic Co-operation and Development (2013), *Fragile States 2013: Resource flows and trends in a shifting world*, Paris, OCDE.

²¹ Reporters Without Borders (2013), *World Press Freedom Index 2013*, Paris, Reporters Without Borders.

²² Transparency International (2013), *Corruption Perceptions Index 2013*, Berlin, Transparency International.

²³ Helliwell, John F., et autres (dir.) (2013), *World Happiness Report 2013*, New York, UN Sustainable Development Solutions Network.

que les situations de grande précarité et d'instabilité socioéconomique et politique sont des facteurs qui font obstacle aux réformes légales, y compris la décriminalisation de l'homosexualité. Plusieurs de ces pays sont aux prises avec des problèmes majeurs, tels que l'instabilité politique, la sous-scolarisation, la sous-alimentation, l'accès réduit à l'eau potable et aux installations sanitaires. Certains de ces pays sont aux prises avec une dette publique disproportionnée par rapport à une activité économique anémique et avec une forte proportion de leur population sans emploi. L'existence même de quelques-uns de ces pays est menacée par les changements climatiques. Dans ce contexte, il est illusoire de penser que les droits sexuels puissent être une priorité nationale.

Sur le plan intellectuel, cette question est aussi controversée. Selon Joseph Massad, professeur de science politique à l'Université Columbia, les organisations internationales LGBT cherchent à imposer les catégories sexuelles occidentales dans les pays du Sud, en particulier les pays arabo-musulmans, et ce, au détriment des formes de sexualité locales. Selon lui, l'homosexualité dans ces pays est le fruit de l'occidentalisation des classes moyenne et supérieure : il y a certes d'autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, mais ces pratiques seraient dénuées d'affirmation identitaire.

En se portant à la défense d'hommes arrêtés pour avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et en les représentant comme des gais, ces organisations seraient au cœur d'une colonisation (homo)sexuelle. La visibilité donnée à ces pratiques aurait, toujours selon Massad, suscité une réaction morale au sein de la population dont l'effet est de stigmatiser toute pratique sexuelle entre personnes de même sexe, alors que, précédemment, ces pratiques n'étaient pas stigmatisées lorsqu'elles demeuraient discrètes. La thèse de Massad peut être considérée comme une caricature, car elle exagère le pouvoir des organisations LGBT occidentales. Elle laisse aussi entendre, à tort, que les discours des puissances locales seraient nécessairement une réaction aux discours occidentaux et, enfin, elle rejette *a priori* la possibilité que des personnes puissent se dire « homosexuelles » sans pour autant être « occidentalisées ». Toutefois, la thèse de Massad soulève, à juste titre, l'instrumentalisation des minorités sexuelles dans les politiques nationales et internationales.

Cette situation expose la place de l'homosexualité dans les relations entre les sociétés et les États, devenant un signe de progrès pour les uns et de décadence pour les autres. Ceci correspond à une configuration politique « homonationaliste » particulièrement présente dans certains pays, entre autres l'Allemagne, les États-Unis et les Pays-Bas. Des discours nationalistes y assimilent à la nation une forme d'homosexualité acceptable, souvent associée à la figure de l'homme gai blanc « respectable » et aisé. Cette nation serait « exceptionnelle » quant à son acceptation de la diversité sexuelle, au contraire d'autres nations jugées « rétrogrades » et conservatrices. Par ailleurs, certains militants de minorités sexuelles épousent cette vision de leur nation et adhèrent à un discours et des politiques qui stigmatisent des pays et des collectivités, jugés défavorablement, car présumés « plus » homophobes.

Or, comme le montrent les cas de l'Inde et du Bangladesh, la criminalisation de l'homosexualité, dans plusieurs pays du Sud, a été instaurée par les colonisateurs européens, notamment britanniques et portugais, alors que la société précoloniale accordait une relative légitimité à certaines formes de marginalité sexuelle. Cette criminalisation a par la suite été reprise à leur compte par les partis nationalistes au pouvoir et transformée en une caractéristique fondamentale de la culture nationale, faisant table rase du passé précolonial. Paradoxalement, des sociétés précédemment tolérantes à l'égard de la marginalité sexuelle, après avoir subi les effets d'une colonisation britannique puritaine, se sont approprié ce puritanisme sexuel, alors que l'ancienne puissance colonisatrice cessait de criminaliser l'homosexualité sur son propre territoire et devenait plus tolérante à l'égard de la marginalité sexuelle.

Au cours des dernières années, le discours sur les droits des minorités sexuelles a été utilisé par des dirigeants politiques, des activistes et des polémistes, afin d'affirmer la « supériorité morale » des pays occidentaux. Il leur est ainsi possible d'accuser le supposé « retard » de certains pays du Sud en considérant leur culture comme essentiellement homophobe. Tel est le cas de l'Afrique, régulièrement dépeinte comme une entité apparemment unanime dans la condamnation des minorités sexuelles : toute différence est écartée entre ses 54 États et au sein même de ces États, pourtant marqués par une

très forte diversité ethnique, religieuse et linguistique. Alors que le colonisateur puritain d'hier condamnait la « permissivité sexuelle » des sociétés colonisées, les puissances « libérales » d'aujourd'hui condamnent la « répression sexuelle » dans ces mêmes sociétés et menacent ces pays de diverses sanctions, oubliant souvent le caractère très récent et encore partiel des droits sexuels dans les pays occidentaux eux-mêmes. De tels discours essentialistes et néocolonialistes nuisent au dialogue qui pourrait permettre l'amélioration des conditions de vie des minorités sexuelles.

Il est difficile de discerner dans quelle mesure l'émergence actuelle d'identités homosexuelles et de discours homophobes et transphobes, dans la plupart des pays du Sud, ou encore d'Europe de l'Est, correspond à ce que certains considèrent comme un néocolonialisme des organisations de défense des droits des minorités sexuelles, ou plutôt à des transformations internes liées à des changements économiques, politiques et sociaux plus ou moins affectés par la mondialisation. Si la thèse de Massad exagère l'influence des organisations LGBT occidentales, il est vrai que le battage médiatique négatif à l'égard de la sexualité dans les pays du Sud contribue à la polarisation du débat, comme c'est le cas, entre autres, en Jamaïque, en Russie et en Ouganda. Par ailleurs, il ne faut pas négliger l'influence marquée des églises évangéliques protestantes états-uniennes, très présentes en Amérique latine et dans certains autres pays tel l'Ouganda, où elles véhiculent des discours homophobes très virulents.

Plusieurs études montrent l'importance des transformations internes, étroitement liées aux dynamiques économiques, culturelles et migratoires de la mondialisation. L'industrialisation et l'urbanisation des pays occidentaux avaient contribué à l'émergence, dans la première moitié du 20^e siècle, de pratiques et d'identités homosexuelles exclusives et visibles dans l'espace urbain, qui sont devenues davantage visibles à partir des années 1960. Aujourd'hui, on peut observer que la modification des modes de vie dans les pays du Sud et d'Europe de l'Est (entre autres sous l'effet de l'industrialisation, de l'urbanisation et de l'apparition de classes moyennes caractérisées par un relatif individualisme) favorise l'émergence de pratiques et d'identités homosexuelles qui sont influencées à la fois par les précédents modèles locaux et par les modèles occidentaux qui circulent par l'entremise de produits culturels (films, magazines, livres, Internet) et du tourisme. Simultanément, des inégalités socioéconomiques persistent et s'accroissent dans plusieurs pays, donnant lieu à des luttes de pouvoir, à des contestations et des conflits, dans lesquels les minorités, tant ethniques ou religieuses que sexuelles, sont souvent pointées du doigt et positionnées comme des boucs émissaires.

Du Brésil à la Thaïlande, du Mali à la Russie, de la Chine à l'Ouganda, de l'Indonésie au Maroc, diverses compréhensions de la sexualité humaine et du genre coexistent, s'entrechoquent et s'influencent. Au-delà de la norme hétérosexuelle, plusieurs personnes ressentent, expriment et vivent, parfois clandestinement, parfois ouvertement, des désirs amoureux et sexuels pour une personne de même sexe. Au-delà de la norme masculine ou féminine, plusieurs personnes ressentent, expriment et vivent aussi, souvent dans la marginalité, une identité de genre qui ne correspond pas à leur sexe biologique. Certaines personnes puisent dans l'histoire et les traditions de leur société pour asseoir leur légitimité : elles s'inspirent d'un temps où la différence sexuelle ou de genre était possible, tolérée, voire acceptée et valorisée. D'autres personnes adhèrent davantage à un modèle identitaire « occidental » contemporain. Pour plusieurs, ces deux tendances s'articulent et motivent la revendication actuelle de droits. Souvent, ces tendances entrent en conflit avec les normes dominantes, mais ce conflit n'est pas inéluctable ni irrésoluble; le conflit peut toutefois être envenimé par une incompréhension commune et par une inattention aux réalités locales. Il est par conséquent très important de ne pas réduire cet enjeu à une simple opposition entre la tradition et la modernité, entre l'oppression et la liberté.

Bibliographie

- African Men for Sexual Health and Rights et Coalition of African Lesbians (2013), *Violence based on perceived or real sexual orientation and gender identity in Africa*, Johannesburg.
- Altman, Dennis (2002), *Global Sex*, Chicago, University of Chicago Press.
- Awondo, Patrick, et autres (2013), « Une Afrique homophobe? Sur quelques trajectoires de politisation de l'homosexualité : Cameroun, Ouganda, Sénégal et Afrique du Sud », *Raisons Politiques*, 49(1) : 95-118.



DIX RAISONS CONFESIONNELLES POUR APPUYER L'ÉDUCATION INCLUSIVE

Adapté d'un document de Nadia Bello pour le compte de T.E.A.C.H.

1. La dignité humaine est primordiale et inclut tout le monde sans exception.
2. Les religions sont fondées sur la compassion, l'acceptation, la paix et l'amour, et doivent en faire la promotion. Leur engagement envers la justice sociale, les mouvements pacifistes et l'activisme comporte une responsabilité à l'égard de toutes les personnes et de tous les groupes marginalisés.
3. La plupart des religions conviennent que nous devons traiter les autres comme nous aimerions que les autres nous traitent. Cette « règle d'or » est une raison suffisante pour la pleine inclusion des membres des communautés LGBTQ.
4. L'éducation inclusive n'enseigne pas que les valeurs religieuses d'une personne sont erronées. En fait, l'éducation inclusive est appuyée par des doctrines, des enseignements et une moralité qui protègent la dignité de tous les êtres humains.
5. La plupart des religions désapprouvent la violence ou la haine. L'éducation inclusive permet à chaque élève d'apprendre dans un milieu sécuritaire. L'homophobie, la biphobie et la transphobie encouragent, approuvent et ignorent intentionnellement la violence et la haine. La désapprobation et le manque d'acceptation fondés sur l'interprétation de la Bible ou d'autres textes religieux, ou sur la théologie exposent les personnes LGBTQ à la violence ou au harcèlement verbal, physique et affectif.
6. Les lois sur les droits de la personne ont préséance sur les autres textes législatifs. L'orientation sexuelle est un motif de discrimination illicite en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* ainsi que des codes provinciaux et territoriaux des droits de la personne. L'identité de genre est également un motif de distinction illicite dans certaines provinces et certains territoires. Une liste à jour est consultable à egale.ca.

7. L'homophobie, la biphobie et la transphobie n'épargnent personne, peu importe l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Nombre de personnes perçues comme LGBTQ sont victimes de harcèlement et de victimisation. L'homophobie, la biphobie et la transphobie imposent des normes et des rôles de genre rigides, nient l'expression individuelle et perpétuent des stéréotypes, des mythes et de fausses informations. Il importe de souligner que les textes religieux ne doivent jamais servir d'arme, et que leur juste interprétation exige une étude et une connaissance approfondies.
8. L'éducation inclusive N'EST PAS de l'éducation sexuelle. Il ne s'agit pas d'aborder ou de décrire explicitement des activités sexuelles. L'éducation inclusive reconnaît et intègre les réalités et les questions LGBTQ en leur faisant place dans les programmes d'études en fonction de l'âge et sensément. Elle favorise la sensibilisation à la diversité LGBTQ et le dialogue, et, par le fait même, la création de milieux sécuritaires qui facilitent l'affirmation de chacun, particulièrement pour les élèves, le personnel et les élèves LGBTQ, et leurs alliés. Les groupes de soutien comme les alliances gaies-hétéros (AGH) servent de lieu sécuritaire ou de refuge qui permettent aux élèves de se rencontrer et de parler de leur vie et de leur situation à l'école.
9. La religion favorise l'esprit communautaire. Chaque être humain est un membre précieux de sa collectivité indépendamment de son orientation sexuelle ou de son identité ou expression de genre. En indiquant à quel point les membres LGBTQ sont des participants actifs et inventifs, vous créez une vision positive plutôt qu'une position conflictuelle.
10. La plupart des religions désapprouvent le suicide. Des études révèlent que les taux supérieurs de pensées suicidaires et de tentatives de suicide des jeunes LGBTQ. Le silence qui entoure l'existence des personnes LGBTQ, ajouté au harcèlement homophobe et transphobe, crée des milieux non sécuritaires qui influent sur la santé mentale et d'autres facteurs de risque liés au suicide. Or, les croyants peuvent jouer un rôle déterminant dans ce domaine pour sauver des vies.

BIBLIOGRAPHIE POUR EN SAVOIR PLUS :

De l'égalité juridique à l'égalité sociale, Rapport de consultation du Groupe de travail mixte sur l'homophobie, Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec, mars 2007.
http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/rapport_homophobie.pdf

MODULE 5
Savoir-être et habiletés pour mieux intervenir
dans le respect de la diversité sexuelle

MODULE 5 – SAVOIR-ÊTRE ET HABILITÉS POUR MIEUX INTERVENIR DANS LE RESPECT DE LA DIVERSITÉ SEXUELLE

- 5.1 Quelques principes utiles en intervention
- 5.2 Nouveau regard sur l'homophobie et l'hétérosexisme (B. Ryan), Société canadienne du sida, 2003, p. 75-85.
- 5.3 *L'enfant intersexué* (A. Wilcox, I. Côté, G. Pagé), *Intervention*, 2015, no 142.
- 5.4 Lignes directrices relatives aux élèves transgenre, CSM, 2016. Pages 1-18.
- 5.5 L'identité de genre et la transsexualité (Denyse Perreault), OIIQ, 6 pages

5.1 QUELQUES PRINCIPES UTILES EN INTERVENTION LORSQU'IL EST QUESTION DE DIVERSITÉ SEXUELLE

1. Reconnaître dans toute intervention l'existence et la légitimité de la diversité sexuelle (incluant notamment : homosexualité, lesbianisme, bisexualité, intersexualité, transgenrisme, transsexualité, créativité/non conformisme de genre, fluidité dans la sexualité ou le genre et leurs expressions, etc.).
2. Être soi-même confortable dans ses différences ou ses ressemblances avec autrui, en particulier sur le plan de l'expression du genre et de l'orientation sexuelle.
3. Ne jamais chercher à changer l'orientation sexuelle ou le genre d'une personne, fût-ce avec son consentement (c'est d'ailleurs interdit sur le plan éthique par la plupart des professions de l'aide), mais plutôt chercher à comprendre pourquoi cette orientation ou cette façon d'être pose alors problème(s) à la personne ou à son entourage. Intervenir plutôt sur ce(s) problème(s).
4. Tenir en compte les discriminations, stigmatisations et intolérances dont les personnes de la diversité sexuelle ont historiquement – et encore aujourd'hui – été les cibles. Reconnaître les effets de stress que ce passé a produit chez les personnes sur les plans physique, psychique et relationnel (par exemple, haine ou honte de soi), sur leur environnement humain et leur culture (par exemple, déconsidération, stigmatisation, rejet, intimidation, violence).
5. Refuser d'utiliser les termes et les notions de pathologisation qui ont été accolées à ces réalités par le passé (au besoin s'opposer à de tels discours, qui infériorisent, étiquettent et marginalisent les personnes).
6. Utiliser dans toute la mesure du possible une langue inclusive (tenant en compte par exemple qu'un couple n'est pas forcément composé de personnes de sexes ou de genres différents).
7. Connaître les problèmes spécifiques que peuvent rencontrer les personnes de la diversité sexuelle (discrimination, abus, etc.) dans différents contextes sociaux, religieux ou culturels.
8. Connaître, au moins minimalement, les ressources publiques ou communautaires en mesure de répondre à ces problèmes (par ex : groupes de parole ou de soutien, Commission des droits de la personne, ligne Gai Écoute, au besoin intervenant-e-s spécialisé-e-s, etc.).
9. Être en mesure d'admettre ses limites sur le plan du savoir être, du savoir faire et des connaissances relatives à la diversité sexuelle, et de faire appel, au besoin, à des ressources plus compétentes (mais attention, cela ne signifie pas : refuser d'intervenir quand cela est requis, quitte à demander du soutien de la part de professionnels ou d'organismes communautaires).
10. Reconnaître la valeur des relations entre personnes de même sexe, cela tant sur le plan de l'amitié, des relations amoureuses, de couple ou sexuelles, et de la vie familiale (qu'il s'agisse de la famille d'origine, de la famille composée par les couples de même sexe, ou de la «famille choisie», composée d'ami-e-s, qui peut être un substitut à une famille d'origine peu présente ou rejetante).
11. Tenir en compte l'aspect potentiellement labile des conduites et des désirs humains; toute personne peut évoluer librement et au gré de ses propres expériences de vie de façon à passer

- d'une préférence ou orientation sexuelle à une autre ou encore d'une identité de genre à une autre.
12. Éviter de véhiculer, d'entretenir ou d'encourager des préjugés et stéréotypes concernant les personnes de la diversité sexuelle, leur intimité, leur sexualité, leurs couples ou leurs familles, et leurs styles de vie en général (tous ces aspects étant extrêmement variables et différents d'une personne à une autre).
 13. Éviter de souscrire à la recherche compulsive des «causes» ou origines dites «pathologiques» d'une orientation sexuelle ou d'une identité de genre, une telle démarche postulant que l'orientation sexuelle ou l'identité de genre en question, «anormale» ou du moins non souhaitable, doivent être objets de prévention (il n'y a guère de recherche sur les causes ou origines de l'hétérosexualité, ou du cisgenre, car on ne songe pas à la prévenir).
 14. Veiller de façon particulière au respect des droits et libertés des personnes de la diversité sexuelle, cela à tous les âges de leur vie (les jeunes et les aînés étant plus aisément encore victimes de préjugés et d'ostracisme, car souvent plus vulnérables ou isolés).
 15. Comprendre que les capacités parentales n'ont rien à voir avec l'orientation sexuelle, le sexe ou le genre d'une personne, que cela concerne ses enfants biologiques, adoptifs ou autres, ou encore son rôle de parent substitut (famille d'accueil, éducateurs ou éducatrices, enseignant-e, etc).
 16. Tenir compte dans l'intervention de l'importance des groupes de pairs pour les personnes de la diversité sexuelle, nombre d'entre elles ayant vécu, ou vivant encore dans l'isolement, en particulier les jeunes.
 17. Privilégier les intérêts des personnes à celles des institutions (qui par ailleurs existent pour leur venir en aide).
 18. Être en mesure d'assurer, directement ou indirectement (collaboratio, y inclus avec organisme socmmunautaires) es cinq formes les plus usuelles de l'intervention sociale, soit :
 - le soutien à la personne et à son entourage
 - l'information pertinente
 - la sensibilisation, si requis
 - la médiation, lorsque nécessaire (conflit relationnel)
 - la concertation (entre les personnes et intervenants concernés et les ressources).
 19. Reconnaître que l'orientation sexuelle ou le genre d'une personne sont des composantes – mais pas les seules, ni même les plus importantes – de ce qu'elle est globalement.
 19. Être en mesure de jouer un rôle de «modeling» ou «role model» auprès des clientèles, des collègues et des institutions, quels que soient notre propre genre et notre propre orientation sexuelle, en faisant ainsi montre du fait que la reconnaissance de la diversité sexuelle est bénéfique à tous et à toutes dans une société pluraliste (savoir être un-e allié-e).

5.2

*Nouveau
regard sur l'*

*h*omophobie

et l'

*h*étérosexisme

au Canada

Bill Ryan, M.Ed., M.Serv.Soc.

Canadian AIDS
Society



Société canadienne
du sida

REMERCIEMENTS AUX BAILLEURS DE FONDS

L'appui financier au présent document a été fourni par le secteur privé dans le cadre du financement d'activités de sensibilisation au VIH/sida sur « la stigmatisation et la discrimination » – thème choisi par les Nations Unies en vue de la Journée mondiale du sida et d'activités de sensibilisation au VIH/sida en 2002-2003.

La Société canadienne du sida remercie ces bailleurs de fonds, pour leur contribution :

ABBOTT LABORATORIES, LIMITED

**BRISTOL-MYERS SQUIBB VIROLOGY –
BRISTOL-MYERS SQUIBB PHARMACEUTICAL GROUP**

MERCK FROSST CANADA & CO.

Copyright © 2003 Société canadienne du sida/Canadian AIDS Society

Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'ensemble de ce document à des fins commerciales, que ce soit par des moyens électroniques ou mécaniques, y compris par la photocopie, l'enregistrement ou toute autre méthode actuelle ou à venir de stockage de l'information ou extraction de données, sont interdites à moins d'obtenir la permission écrite préalable de l'éditeur. Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales.

ISBN 0-921906-00-2

This document is also available in English

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels des commanditaires.

ANALYSES ET IMPLICATIONS

À la lecture des sections précédentes, il est manifeste que bien des choses ont changé, du moins sur les plans des droits humains et de la législation. Il est clair également que le discours social a énormément évolué et a resitué l'homophobie comme un phénomène socialement indésirable, pour la plupart des Canadiens dans la plupart des régions du Canada. L'homophobie, où elle existe aujourd'hui, est perçue de manière de plus en plus négative, comme une attitude inacceptable et indésirable. Deux incidents récents en font foi. Premièrement, l'Alliance canadienne a été obligée de censurer un de ses députés, lorsqu'il a exprimé des commentaires à teneur homophobe. Deuxièmement, les organisations autochtones du Canada ont prestement pris leurs distances vis-à-vis de commentaires d'un important ex-grand Chef qui a exprimé l'opinion que les meurtres de Juifs et de gais, commis par Hitler, avaient été une bonne chose. L'hétérosexisme est toutefois omniprésent dans la vie des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles, au Canada, et la modification des attitudes nécessaires à un changement social profond n'en est qu'à ses débuts, au pays.

Sans contredit, alors que la première période de la libération gaie et lesbienne, au Canada, est passée par l'organisation des communautés gaies et lesbiennes, puis que la deuxième phase a mis l'accent sur la contestation et la modification des lois oppressives et répressives, nous amorçons la troisième – et peut-être la plus complexe de ces étapes –, à présent que la plupart des batailles juridiques ont été gagnées : modifier les attitudes. Cette évolution des attitudes ne se limite pas au grand public, mais nous interpelle quant à certaines de nos valeurs, au sein de nos propres communautés. Quelques-uns des défis qui nous attendent sont abordés ci-dessous.

3.1 INFLUENCER LES ATTITUDES SOCIÉTALES : IMPLIQUER ET RENFORCER DES ALLIÉS, REMETTRE EN QUESTION DES ATTITUDES

Il semble que le principal défi dans la lutte contre l'homophobie dans la société canadienne, au cours des prochaines années, ne réside pas auprès des tribunaux mais plutôt dans l'arène de l'opinion et des attitudes publiques. Une fois la discrimination éliminée des lois fédérales, provinciales et territoriales, il restera à changer des mentalités. La littérature examinée dans le présent document nous permet de dégager des priorités et un programme pour le travail à venir.

Toute banale qu'en soit la mention, le plus important facteur de prédiction du changement d'attitude parmi les membres du grand public est qu'ils soient conscients qu'il y a parmi leurs connaissances une ou des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. De la même manière que la sortie du placard est un important point tournant dans la vie des gais, lesbiennes et bisexuel-les, ce moment est aussi crucial dans la vie de leurs familles, amis et collègues. L'objectif de créer un environnement qui favorise la capacité des individus de sortir du placard doit évidemment faire partie de toute initiative pour contrer l'homophobie.

Les défis ne sont pas les mêmes dans tous les milieux. Certes, l'âge de la personne, son entourage et son lieu de vie déterminent dans une large mesure les possibilités qui s'offrent à elle pour la sortie du placard. En vue d'influencer les attitudes sociétales, nous devons en tenir compte; les facteurs suivants présentent aussi une pertinence.

Les femmes semblent plus disposées, et plus tôt par ailleurs, à être des alliées des communautés gaies, lesbiennes, bisexuelles et bispirituelles. Elles sont moins biaisées par des préjugés inculqués au cours de la vie. Elles sont moins portées que les hommes à des attitudes fondées sur des stéréotypes et à des incidents homophobes. Un élément de stratégie pour contrer les attitudes homophobes devrait consister à reconnaître cela et à l'affirmer comme une force, pour que les femmes soient présentées comme un modèle

à imiter. De plus, une initiative devrait viser à renforcer cette disposition, chez les femmes, et à rehausser leur détermination à remettre en question l'homophobie. Récemment, un organisme communautaire montréalais a lancé une campagne dans le cadre de laquelle on présente, sur une carte postale, une photographie d'un groupe d'actrices et d'acteurs bien connus du grand public canadien français, flanquée du slogan « Nos enfants ne seront pas homophobes ». Il s'agit d'un excellent instrument, capable de renforcer les alliés et d'interpeller d'autres personnes pour qu'elles se rallient à la cause.

Il semble aussi clair que le problème de l'homophobie est plus présent parmi les hommes et que la solution à cette tare sociale doit aborder les attitudes des hommes vis-à-vis des gais, lesbiennes et bisexuel-les.

Les familles canadiennes ont besoin de ressources pour faire face aux questions liées à la sortie du placard chez les jeunes. Les parents sont encore mal préparés à voir aux besoins de leurs enfants gais, lesbiennes ou bisexuel-les. Les affiliations entre des organismes de lutte à l'homophobie et une diversité d'organismes parentaux et familiaux seraient un bon point de départ pour favoriser cette évolution nécessaire parmi les familles.

Les questions liées au milieu de travail sont aussi importantes dans la vie des adultes gais, lesbiennes et bisexuel-les que la problématique scolaire dans la vie des jeunes. Outre le milieu familial, la plupart des adultes passent la majeure partie de leur vie au travail. Une somme considérable de travail a été effectuée dans certains secteurs, en particulier les milieux syndiqués, mais jusqu'à ce que les secteurs non syndiqués tout autant que les milieux syndiqués deviennent moins hostiles aux employés gais et lesbiennes, le milieu du travail demeurera le site d'un stress considérable. Plusieurs employés s'abstiennent de demander des prestations et la reconnaissance à titre de couple qu'offre pourtant la loi, par crainte de subir des répercussions négatives. Il importe de développer des stratégies, des programmes et des interventions pour rendre sûrs ces importants secteurs, à l'endroit des employés gais, lesbiennes et bisexuel-les.

Les écoles sont un milieu qui présente des défis particuliers, dans la quête de changement et la lutte à l'homophobie – nous y reviendrons en détail plus loin.

3.2 *CONTRER L'HOMOPHOBIE AU SEIN D'ORGANISATIONS RELIGIEUSES*

Plusieurs personnes qui entretiennent des idées et sentiments homophobiques le font à cause de leurs croyances religieuses. Les intervenants qui se sont adressés au Comité permanent de la Chambre des communes sur la justice et les droits de la personne pour s'opposer au mariage des personnes de même sexe, à l'occasion des audiences publiques du Comité pour sonder les attitudes des Canadiens en la matière, pendant l'hiver 2003, ont très souvent fondé leurs arguments sur la religion; plusieurs se présentaient devant le Comité au nom d'organisations religieuses.

L'homophobie a été appuyée et légitimée pendant des siècles par certaines interprétations de livres religieux comme la Torah, les écritures chrétiennes et le Coran. De nos jours, diverses idéologies et écoles de pensée entrent en jeu dans toute discussion sur l'homosexualité ou la bisexualité, allant de la solidarité à la haine. Plutôt que d'écarter le dialogue avec les religions qui la rejettent le plus fortement, la communauté gaie, lesbienne et bisexuelle pourrait avoir avantage à l'initier, en misant sur les interactions très positives avec l'Église unie du Canada, l'Église unitairienne universaliste du Canada, plusieurs traditions judaïques ainsi qu'un certain succès avec la communauté Baha'i du Canada. Malheureusement, la religion a été utilisée pendant des siècles pour justifier les attitudes homophobiques. L'argument se construisait souvent comme suit : si l'opinion populaire et les coutumes ne suffisent pas à fonder une condamnation morale de l'homosexualité, peut-être que la religion le pourra. Cet argument emprunte deux lignes : la première avance que cette condamnation vient d'une révélation directe de Dieu, habituellement pas la Bible; la seconde prétend à la capacité de détecter la condamnation dans le plan de Dieu tel qu'il se manifesterait dans la nature. Or

l'une des découvertes les plus remarquables des récentes recherches gaies et lesbiennes est que la Bible judéo-chrétienne n'est peut-être pas si catégorique qu'on le croyait généralement, dans la condamnation de l'homosexualité (Boswell, 1980). Le Christ n'a jamais parlé d'homosexualité, il n'aurait pas pu le faire. Ni aucun des auteurs des écritures juives ou chrétiennes. Le mot n'a vu le jour qu'en 1995. Des interprètes récents de l'Ancien testament ont souligné que l'histoire de Lot, à Sodome, avait probablement pour objet de condamner l'inhospitalité, plutôt que l'homosexualité. De plus, certaines condamnations de l'homosexualité dans l'Ancien testament semblent être tout simplement des manières de critiquer les opposants aux israélites (qui n'étaient pas opposés aux pratiques homosexuelles alors que les israélites l'étaient). Le cas échéant, cette condamnation n'est qu'un soubresaut d'histoire et de rhétorique, plutôt qu'un précepte moral. Ce qui ressort clairement est que les individus qui citent régulièrement la Bible pour condamner l'homosexualité semblent se fonder sur une lecture sélective. Les ministres du culte qui citent du Lévitique ce qu'ils considèrent comme des condamnations de l'homosexualité appliquent-ils aussi dans leur vie toutes les règles d'hygiène et de diète prescrites dans ces écrits? S'ils citent l'histoire de Lot à Sodome, afin de condamner l'homosexualité, citent-ils aussi l'histoire de Lot dans la caverne afin de faire l'éloge du viol incestueux? Il semble, alors, que ce ne soit pas la Bible qui serve à motiver les condamnations de l'homosexualité autant qu'en revanche l'aversion et la crainte de la société à l'égard de l'homosexualité soient utilisées pour interpréter la bible.

3.3 LA CRISE PERSISTANTE DU VIH PARMIS LES HOMMES GAIS

Loin d'être terminée, la crise du VIH continue d'affecter les hommes gais et leurs communautés. Des observations portent à croire que dans diverses parties du Canada les hommes gais sont fatigués du message sur la prévention et s'adonnent de plus en plus à des comportements à risque.

L'épidémie et le contexte social et légal ont évolué, au Canada, mais nul ne peut en toute légitimité prétendre que l'ère du VIH tire à sa fin, parmi les gais. De plusieurs manières, l'épidémie et ses répercussions sont plus complexes que jamais. Dès le moment où un jeune homme fait la découverte de son attirance envers d'autres hommes, il sera confronté au fait que l'un des aspects qu'il doit intégrer, parmi tous les défis de développement qui se trouvent devant lui, est la nécessité qu'il se protège du VIH, à laquelle s'ajoute la crainte que ses proches (sa famille etc.) associent constamment son homosexualité à un plus grand danger.

De plus, sur le plan sociétal, les hommes gais se sont vite rendu compte que tous leurs problèmes, besoins de santé, difficultés, avaient été prestement réduits, par les gouvernements, à des questions de VIH/sida. Invariablement, à compter de 1985, au Canada, il est devenu impossible de parler d'autres problèmes de santé que le VIH, lorsqu'il était question des besoins des gais. Étant donné que l'on considérait que les lesbiennes avaient moins de risque de contracter le VIH, leurs besoins en matière de santé n'ont jamais été inclus dans le discours public. Les communautés gaies et lesbiennes entament maintenant la tâche d'amener les responsables des politiques à voir les problèmes plus généraux de santé qui affectent leurs communautés. Cela est directement lié à la prévention du VIH car, de plus en plus, les liens de la santé physique et mentale avec la santé sexuelle se manifestent clairement.

L'une des conséquences de la réduction de la santé gaie à l'unique perspective de l'infection à VIH a été de réduire les hommes gais à une catégorie épidémiologique : les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH). Cette catégorie, conçue pour le suivi d'un vecteur de l'épidémie du VIH, est devenu le nouveau vocable utilisé presque unanimement pour identifier les hommes gais. Depuis deux ans, toutefois, les hommes gais ont consacré d'importantes énergies pour replacer la notion de HRSH dans son contexte initial de catégorie épidémiologique, et pour faire valoir la nécessité de rétablir la notion d'hommes gais en tant que catégorie d'identité destinée à tous les autres usages, nonobstant la possibilité que la désignation de HRSH corresponde au besoin de désigner l'ensemble des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sans pour autant s'identifier en tant que gais – quelle qu'en soit la raison. Par ailleurs, paradoxalement, les hommes gais ont dû intervenir auprès des bailleurs de

fonds, des responsables des politiques, de la communauté de lutte contre le VIH/sida ainsi que des organismes de services dans le domaine du VIH/sida, au Canada, afin de ne pas disparaître de la liste des populations prioritaires pour les initiatives de prévention et de soins liés au VIH.

Les hommes vivant avec le VIH ont dû rappeler à l'ensemble de la communauté gaie de ne pas les oublier dans les efforts de prévention, et de s'efforcer d'être plus inclusive à l'égard des gais séropositifs et de leur expérience. Des rapports des quatre coins du Canada montrent de manière éloquente que la plupart des jeunes hommes gais n'ont jamais connu d'homme gai vivant avec le VIH. De toute évidence, cela est problématique. Tristement aussi, des hommes gais vivant avec le VIH ne se sentent pas autorisés à parler de leur séropositivité au sein de leur communauté. De plus, en raison de l'efficacité – quoique limitée – des traitements des dernières années contre le VIH, la plupart des hommes gais et bisexuels ne remarquent apparemment même plus la présence d'hommes qui vivent avec le VIH, dans leur milieu. Cette situation a contribué à exacerber l'impression erronée que le VIH est à présent un problème beaucoup moins sérieux pour les hommes gais. En outre, de plus en plus d'hommes gais sont en relation dite « séro-discordante » [un partenaire est séropositif, l'autre est séronégatif].

3.4 LE MANQUE D'ATTENTION AUX PROBLÈMES DE SANTÉ DES FEMMES, DANS LES POLITIQUES ET LA RECHERCHE AU CANADA

L'une des conséquences les plus néfastes du fait d'avoir limité au VIH l'attention prêtée aux problèmes de santé des gais est l'exclusion quasi-complète de la santé des lesbiennes, dans les discussions au Canada. Il est scandaleux que, parce qu'elles n'ont pas un risque élevé d'infection à VIH, les besoins de ces femmes en matière de santé physique et mentale soient presque complètement négligés. Les hommes gais, bien qu'ils aient vu leurs amies et alliées lesbiennes s'occuper des besoins de santé d'hommes malades et mourants, et bien qu'ils occupent des postes administratifs ou bénévoles au sein d'organismes du domaine du sida, à travers le Canada, n'ont pas été aussi articulés qu'il aurait fallu, dans leur dénonciation de cette situation et dans leur solidarité avec les dénonciations faites par la communauté lesbienne. Une interprétation magnanime de cette négligence l'interpréterait strictement comme un oubli complet de 20 ans, de la part de la communauté gaie masculine qui était affairée à lutter contre la féroce homophobie, la « phobie du sida », la maladie, le fardeau des mourants, la mort même et le deuil. Une analyse plus critique inviterait la communauté des hommes gais à s'interroger sérieusement sur son degré de solidarité à l'endroit de ses sœurs lesbiennes et bisexuelles dans leurs luttes contre la discrimination.

La situation a été exacerbée par une mutation vers des modèles plus orientés sur la promotion de la santé et la santé des populations, dans les soins aux hommes gais : dans ce virage, nous n'avons pas profité des possibilités offertes par ces approches pour aborder les besoins des femmes de manière plus générale, comme nous nous efforçons d'aborder ceux des hommes de manière plus holistique. Exemple de choix : le Groupe consultatif national sur les hommes gais et l'infection à VIH, formé au Canada il y a quelques années. Certes, l'initiative a conduit à la publication de deux rapports qui ont été bien accueillis par la communauté (Ryan et Chervin, 2001a; Ryan et Chervin, 2001b) et qui pourraient avoir des retombées utiles au développement d'un discours sur la santé des hommes gais au Canada ainsi qu'à l'évolution de la stratégie de prévention du VIH. Mais la démarche proprement dite était empreinte d'exclusion : les femmes lesbiennes et bisexuelles n'ont eu aucune occasion d'y parler de leurs besoins, vu le fait (heureux) qu'elles sont beaucoup moins exposées au risque de contracter le VIH.

Alors que nous adoptons des modèles de plus en plus axés sur la santé des populations et sur la promotion de la santé, au Canada, les femmes doivent avoir l'occasion de participer à des discussions comme celles qui ont porté sur la santé des hommes gais depuis quelques années. Une omission à cet égard, de la part des gouvernements, serait contraire aux principes de l'éthique. De la part des hommes gais qui sont dans des postes d'influence, ne pas favoriser la tenue de telles discussions serait à tout le moins injuste et, à la limite, une trahison à l'égard de la solidarité dont ont fait preuve les lesbiennes envers la communauté des hommes gais depuis deux décennies.

3.5 LE PROGRÈS VERS LA SANTÉ GAIE, LA SANTÉ LESBIENNE ET DES PROGRAMMES EN LA MATIÈRE, AUX PALIERS FÉDÉRAL ET PROVINCIAL

Les politiques canadiennes en matière de santé, tant au palier provincial/territorial qu'au fédéral, sont fermement campées dans un cadre de santé des populations, depuis quelques années. Lorsque se produit le virage vers une perspective de santé des populations, parmi les divers responsables des politiques de santé, les planificateurs de programmes ainsi que les fournisseurs de services, une très importante occasion se présente à la communauté gaie, lesbienne et bisexuelle, pour prendre la parole à la table de discussion et déployer des efforts de lobbying afin d'être incluse. On trouve, éparées à travers la panoplie de documents sur les politiques publiés par les divers paliers de gouvernement, au Canada, de plus en plus de références à notre communauté en tant que bénéficiaire de services. Cela, allié à la somme croissante de recherches que génèrent les milieux universitaire et communautaire, en ce qui a trait aux problématiques de santé physique et mentale, nous offre une position propice à l'amorce d'une démarche de définition de ces besoins de santé, dans les lignes d'une approche axée sur la santé des populations.

Une manne de littérature et de recherches met en relief la réalité évidente que les principaux problèmes de santé parmi notre communauté – le suicide, le cancer du sein, le VIH, la dépression, pour n'en nommer que quelques-uns – peuvent être abordés de manière beaucoup plus efficace par le biais d'approches holistiques. De fait, en tentant d'influencer les conditions dont découle le risque individuel à l'égard de problèmes de santé mentale et physique, nos organismes communautaires travaillent depuis bien des années dans l'optique de la santé des populations – mais sans nécessairement nommer leur approche en utilisant ce terme. En puisant dans l'expertise que nous avons développée au fil des ans, et en l'articulant plus clairement en référence à un modèle fondé sur la santé des populations, nous parviendrons à situer la communauté en position plus stratégique dans nos interactions avec les responsables des politiques et les bailleurs de fonds, qui prennent les décisions quant au financement d'initiatives dans les communautés.

3.6 LA DIVERSITÉ DES EXPÉRIENCES DES PERSONNES GAIES, LESBIENNES ET BISEXUELLES AU CANADA: RENDRE NOS COMMUNAUTÉS PLUS INCLUSIVES

Vue de l'extérieur, la communauté gaie et lesbienne est admirée pour la cohésion et la solidarité dont fait foi sa capacité de contrer et de remettre en question l'homophobie et l'hétérosexisme. Bien qu'il soit vrai que nous ayons remporté la plupart des batailles importantes lorsque nous avons été dans l'unité et l'avons mise à profit, il est vrai aussi qu'il existe des différences immenses dans la manière dont vivent les hommes gais, les femmes lesbiennes et les personnes bisexuelles. Il n'y a pas une seule identité gaie, lesbienne ou bisexuelle – dans la mesure où nous sommes urbains et ruraux, francophones, anglophones et allophones, hommes et femmes, *butches* et *femmes*, bispirituels, asiatiques, africains et latino-américains, avec et sans handicap physique, entendants et malentendants, et toutes ces caractéristiques et identités recoupent et influencent notre expérience du monde et de notre orientation sexuelle. En 2003, au Canada, il est de plus en plus urgent de reconnaître et de respecter la gamme des expériences d'être gai, lesbienne et bisexuel-le. Outre les distinctions évidentes entre gais et lesbiennes, hommes et femmes, dans la communauté, plusieurs gais et lesbiennes rencontrent une très forte aliénation à cause de leur appartenance identitaire à une minorité, dont ils ont le sentiment qu'elle n'est pas affirmée dans l'ensemble de la communauté.

Même devant les multiples identités qui sont les nôtres (gai, bispirituel-le, *queer*, lesbienne, *dyke*, etc.), bien des jugements sont portés. Les hommes ne sont pas toujours solidaires des femmes, et vice-versa. Les francophones et les anglophones vivent de manières fort différentes leurs réalités de gais et de lesbiennes, que ce soit dans leurs relations entre eux ou avec la majorité hétérosexuelle qui les entoure. L'expérience et la vie des gais et des lesbiennes en milieu urbain sont bien différentes de celles rencontrées en milieu rural, où les gais et lesbiennes ne se sentent

pas inclus dans le discours principal de l'ensemble des gais et lesbiennes. Les jeunes vivent leur sortie du placard et construisent leurs communautés de manières qui sont souvent jugées négatives par ceux et celles d'entre nous qui l'ont fait dans les années 1960 et 1970. Ces jeunes se qualifient souvent de *queer*, un vocable générique qui suscite des sentiments mitigés chez plusieurs de leurs pairs plus âgés. [N.d.t. : On peut en dire autant du néologisme « allosexuel-le » récemment créé au Québec, qui a soulevé maints débats de sémantique et de sociologie.] Les aînés, dont plusieurs se sont battus aux premières heures pour l'évolution qui a considérablement changé la dynamique des relations de la communauté gaie et lesbienne avec la majorité hétérosexuelle, se sentent abandonnés par la communauté et contraints de retourner dans le placard, en ce qui a trait aux services sociaux et de santé.

Les lesbiennes et les gais de communautés immigrantes ou ethnoculturelles qui sont bien enracinées au Canada se sentent très marginalisés dans les organismes fondés pour répondre aux besoins de tous les gais et lesbiennes. Les hommes et femmes autochtones, qu'ils s'identifient à la notion de personne bispirituelle ou à celle de gai/lesbienne, ont souvent le sentiment que l'ensemble de la communauté des gais et lesbiennes n'est ni accueillante à l'égard de leurs voix et de leurs besoins, ni consciente de la richesse que présente l'histoire de leurs expériences.

La plupart des femmes et hommes bisexuel-les se sentent fortement aliénés dans la communauté gaie et lesbienne, qui peut encore être le lieu de représentations injustes et non fondées de ce que signifie être bisexuel-le. La plupart des organismes gais et lesbiens parlent beaucoup d'inclusion mais font piètre figure lorsqu'il s'agit d'être inclusifs. Quelque chose que l'on pourrait qualifier de « bi-phobie » est présent, non seulement dans la communauté hétérosexuelle mais aussi dans les communautés gaies et lesbiennes.

Il nous faut favoriser des images plus inclusives de ce que signifie être gai, lesbienne et bisexuel-le; mettre au point des programmes d'intervention plus inclusifs; élire des conseils d'administration et créer des comités consultatifs au sein desquels la représentation reflète mieux ce que sont les Canadien-nes, en ce vingt-et-unième siècle. Par-dessus tout, nous devons écouter les diverses expériences de ce que signifie être gai, lesbienne et bisexuel-le, de nos jours, et intégrer cette diversité dans toutes les sphères de nos représentations et de nos actions.

3.7 LE SOUTIEN AUX JEUNES GAIS, LESBIENNES ET BISEXUEL-LES, DANS LES CHOIX POUR LA SORTIE DU PLACARD

Les stratégies d'adaptation développées et acquises à un moment de la vie deviennent souvent mal adaptées, plus tard. Cela est vrai du placard dont s'entourent la plupart des gais, lesbiennes et bisexuel-les, sinon tous. On se construit un placard pour se protéger du danger, de la haine, de la dérision. C'est plus souvent une nécessité à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Pour plusieurs, voire tous, le placard finit par devenir une prison. Et, même si le rapport d'une personne à l'identité gaie, lesbienne ou bisexuelle est précaire, voire négatif, à un moment donné il devient nécessaire de se positionner en relation avec son orientation sexuelle. Ce processus, pour plusieurs, est nommé « sortie du placard ».

La dynamique n'est pas facile. Le placard est construit pour être hermétique, pour protéger, et lorsque l'on tente de le déconstruire, on constate à quel point il était bien construit. La sortie du placard est souvent un processus de plusieurs années d'efforts. Il s'agit de revoir son identité, d'abord pour soi-même, puis éventuellement, si l'on en sent le besoin, pour sa famille, ses amis et ses collègues. Chaque étape comporte des risques et avantages potentiels. L'accumulation de réactions positives mène l'individu à d'autres progrès. Les expériences négatives ont l'effet contraire.

« Être sorti du placard » est associé à plusieurs répercussions positives sur le plan de la santé. Mais « faire sa sortie » est souvent source de douleur et de peur.

La résistance devant le prix personnel et politique à payer, pour « sortir du placard », est excessivement forte. La résignation à une vie dans l'ombre de la tromperie et de la duplicité, le déni de soi à soi-même et aux autres, trahissent l'existence, l'être et la vérité

de l'individu, et vont de pair avec le déni de l'existence, de l'être et de la vérité de l'ensemble des gais et lesbiennes.

Si les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles suivaient tous leur instinct, ils pourraient en venir à voir la communauté gaie et lesbienne non pas comme un ghetto, mais en quelque sorte comme une communauté de démonstration d'un partage des buts et des discours, des débats, voire des conflits; un exemple de la signification, des possibilités et des visages publics de l'homosexualité et de la bisexualité. La sortie du placard, même à soi uniquement, devient alors un acte politique de défi et de rébellion contre l'imposition de la culture dominante quant à ce que signifie être un humain. De plus en plus de gais et de lesbiennes prennent contact, à divers degrés d'analyse, avec la vérité de leur propre existence et de leur expérience personnelle; ils refusent alors d'être étiquetés comme des « menteurs » sur la vie, et ils remettent en question et refusent ouvertement le statut inférieur qui leur est conféré. Autrement dit, ils développent une perspective différente – considérant désormais que le « problème » n'est pas leur orientation sexuelle, mais plutôt l'homophobie et l'hétérosexisme qui les entourent.

Même dans le contexte du VIH, la sortie du placard semble s'imposer comme un processus de plus en plus impératif sur les plans politique et social, pour les gais et les lesbiennes. Le VIH et son association perçue avec l'homosexualité accroissent le caractère impératif de la sortie du placard, de même que la force de cet acte, du point de vue politique, et le degré de risque qui peut s'y associer. Fait encourageant, la crise du VIH/sida ne semble pas avoir ralenti le militantisme et l'activité politique des gais, lesbiennes et personnes bisexuelles, dans le monde occidental.

Ce processus que traversent des gais, des lesbiennes et des personnes bisexuelles en est un qu'il vaudrait la peine que plus de gens vivent. Le fait d'être « autre », « différent » de la culture dominante implique une démarche où l'on se dissocie de ce que toute personne et toute institution nous a appris à propos de nous et de ce que l'on peut attendre de la vie en tant que membre qui contribue à la société. Soudain, si une personne est honnête avec elle-même, elle est projetée dans une lutte dialectique entre la manière dont les autres perçoivent la vie, d'une part, et la vision « différente » de la vie, d'autre part, qui a été modelée par ses propres expériences. Cette séparation implique une analyse du construit social, de la répression à l'œuvre dans la culture dominante, ainsi que de la manière dont les forces sociales visent à cacher aux gens la vérité à propos de leur propre expérience et de sa signification individuelle et collective, sur le plan individuel et historique.

Mais la sortie du placard est une démarche où les risques doivent être négociés, renégociés, puis désamorçés. Le quand et le comment, dans le choix de l'individu de sortir du placard, sont très importants et subjectifs. Tous les gais, lesbiennes et bisexuel-les ont besoin d'une communauté gaie et lesbienne qui reconnaisse la nature foncièrement personnelle de la décision du moment, du lieu et de la manière d'amorcer cette démarche, le cas échéant, ainsi que d'une société qui appuie à tous les niveaux (éducation, santé, industrie, etc.) le droit des gens d'être qui ils sont.

3.8 LE DÉFI D'AMENER NOS SYSTÈMES SCOLAIRES À RESPECTER NOS DROITS

Les écoles canadiennes sont sans doute parmi les milieux qui ont le moins changé depuis qu'il est devenu illégal d'exercer de la discrimination au motif de l'orientation sexuelle. Il est clair que la loi garantit aux élèves, étudiant-es et professeur-es gais, lesbiennes et bisexuel-les le droit à l'égalité avec leur pairs hétérosexuels. Il serait presque impossible, pourtant, d'identifier un milieu scolaire où cette égalité prévaut. Les jeunes gais, lesbiennes et bisexuel-les qualifient constamment leur milieu scolaire de rude, voire souvent intolérable.

Aux États-Unis, des gradués d'établissements d'enseignement où ils ont subi des abus intentent des actions en recours collectif et se voient accorder des dommages-intérêts punitifs, par des tribunaux. Il serait réconfortant de croire qu'au Canada il ne soit pas nécessaire de s'adresser aux tribunaux, mais l'affaire de Mark Hall, à Oshawa (Ontario), pousse à songer que des contestations en cour pourraient être de plus en plus nécessaires ici, également.

On ne pourrait trop souligner que des dommages considérables sont portés aux gais, lesbiennes et bisexuel-les, dans nos systèmes scolaires. Ces dommages persistent, souvent sous forme de profondes séquelles et blessures psychologiques dont le prix à payer est lourd, pendant une bonne partie de l'âge adulte. S'il est vrai que des nombres importants de gais, de lesbiennes et de personnes bisexuelles passent bon nombre d'années à vivre dans le placard, c'est certainement en milieu scolaire que les stratégies de survie consistent à fortifier et à renforcer les murs du placard, par crainte d'être découvert. Plus tard dans la vie, ces placards construits par instinct de survie et besoin de protection, deviennent des prisons.

Confronter l'homophobie, au Canada, ne sera jamais rien d'autre qu'un projet chimérique, accessible à certains adultes dans certains milieux, si nous n'en venons pas à aborder cette entreprise en s'attaquant aux lois et politiques qui régissent les écoles, ainsi qu'à l'environnement scolaire proprement dit. Modifier cet environnement aurait plusieurs conséquences qui réduiraient les effets négatifs de l'homophobie, en permettant aux jeunes que des avenues s'offrent à eux s'ils sont gais, lesbiennes ou bisexuel-les. Il est démontré que des programmes scolaires obligatoires d'éducation sexuelle inclusive réduisent les taux de suicide, de tentative de suicide, de dépression, d'intimidation ainsi que d'absentéisme (Blake, 2001). Des programmes novateurs sont en développement dans quelques provinces, et les activistes de la communauté et leurs alliés parmi les éducateurs et les professionnels de la santé travaillent, parfois malgré des défis très lourds, à influencer de manière positive l'environnement scolaire. Ils travaillent contre des attitudes qui poussent certaines personnes à considérer que leurs efforts font la promotion de l'homosexualité, alors qu'en réalité ils ne devraient pas avoir à s'excuser ou à se justifier de tenter de joindre les jeunes des minorités sexuelles et de leur faire connaître les possibilités qui s'offrent à eux. Proposer des images d'avenir à un jeune gai, une jeune lesbienne ou bisexuel-le peut être le meilleur moyen de lui sauver la vie, au sens propre et figuré à la fois.

Présenter des relations entre personnes de même sexe, aux côtés de relations entre personnes de sexes opposés, comme des modèles de relations valides, dès les premières années d'école, est une facette essentielle de tout contenu scolaire à propos de la vie familiale et de la citoyenneté canadienne. Promouvoir la diversité culturelle, le respect des différences ainsi que les droits des minorités, c'est insuffler vie à la *Charte canadienne des droits et libertés*. À tous les niveaux de l'éducation d'un enfant, il est complètement approprié de discuter de la vie des Canadien-nes gais, lesbiennes et bisexuel-les, ainsi que de leurs droits et des familles qu'ils forment, tel que l'a récemment affirmé la Cour suprême du Canada (dans son arrêt concernant le cas de la Commission scolaire de Surrey, en décembre 2002). La création d'alliances avec les intervenants qui font du travail contre le racisme et le sexisme rendra encore plus puissant le travail anti-homophobie.

3.9 METTRE NOS UNIVERSITÉS, COLLÈGES ET ÉCOLES PROFESSIONNELLES AU DÉFI DE DEVENIR INCLUSIFS

Nous devons être particulièrement critiques à l'égard des professeurs d'écoles, de collèges et d'universités, au Canada, en ce qui a trait à l'homophobie. La haine et le rejet du XX^e siècle à l'égard des gais et des lesbiennes a été situé et enraciné dans les enseignements des facultés de médecine, de psychologie, de sexologie et de psychiatrie. Les traitements aberrants imposés aux gais et aux lesbiennes ont été élaborés, testés et réalisés par des médecins, des psychologues, des sexologues et des psychiatres, dans des universités du Canada et d'autres pays. Ces établissements du haut savoir ont été le site et le lieu des doctrines et des préceptes de l'homophobie pendant plus d'un siècle. Tout ce qu'ils ont proféré et enseigné, à propos des personnes gaies et lesbiennes, a été discrédité – et comment ont-ils réagi? Dans certaines écoles, on enseigne encore les vieilles théories. Au nom de la liberté académique, on promeut encore des croyances qui entraînent l'oppression des gais, des lesbiennes et des bisexuel-les. Peut-être pire encore, les facultés et universités qui ont légitimé la « pathologisation » de l'homosexualité se tiennent maintenant pour la plupart dans le silence, sur la question. Ainsi, au lieu de rectifier les doctrines qu'ils enseignaient, elles demeurent étrangement silencieuses sur le sujet, sans critiquer les vieilles croyances ni en enseigner de nouvelles.

Comment se fait-il qu'en 2003, au Canada, la plupart des travailleurs sociaux, infirmiers, médecins, avocats, psychologues, psychiatres, éducateurs et sexologues apprennent encore, dans les pires cas, que l'homosexualité est une déviance – et que, dans les meilleurs cas, ils n'apprennent rien du tout à son sujet? Non seulement des universitaires contribuent-ils ainsi au maintien de l'oppression des gais, lesbiennes et bisexuel-les, mais ils nuisent également à la formation de leurs étudiants, qui sont destinés à un monde où les gais, les lesbiennes et les bisexuel-les revendiquent de plus en plus la place qui leur revient. Comment ces futurs professionnels réagiront-ils au couple de même sexe qui vient demander du counselling de couple? Au jeune qui vient demander de l'aide et qui est en train de sortir du placard? Au couple de personnes âgées du même sexe qui souhaite être admis dans une résidence du troisième âge? Comment influenceront-ils les politiques sociales, si la seule perspective à laquelle ils auront été exposés est, au mieux hétérosexiste, au pire carrément homophobique?

3.10 LA VIABILITÉ ET LE FINANCEMENT AU SEIN DE NOS COMMUNAUTÉS

Une réalité absolue de tout organisme communautaire gai, lesbien et bisexuel est la quasi-impossibilité de dénicher une source de financement stable. Les agences territoriales, provinciales et fédérales qui octroient des fonds aux organismes communautaires n'ont pas de budget pour la santé gaie, lesbienne et bisexuelle – mis à part pour la problématique du VIH, qui exclut bien sûr de fournir des fonds pour la santé des femmes ou d'autres problèmes de santé chez les hommes. Cela doit changer. Des initiatives doivent voir le jour, au sein de Santé Canada, de Justice Canada, de Patrimoine Canada, d'Immigration et Citoyenneté Canada, d'Industrie Canada, de Développement des ressources humaines Canada ainsi que d'autres ministères fédéraux et provinciaux dont les mandats incluent des éléments qui sont certainement liés à la vie des gais, des lesbiennes et des bisexuel-les. Le prisme unique du VIH, qui a dominé les programmes et les fonds axés sur les hommes gais, depuis 20 ans, si important ce dossier soit-il, a réduit à une seule chose les nombreux besoins des hommes et des femmes de la communauté gaie, lesbienne et bisexuelle. Cette problématique, le VIH/sida, demeure une priorité mais ce n'est pas la seule problématique dans la vie des gais, lesbiennes et bisexuel-les au Canada. Par ailleurs, la campagne de prévention la plus efficace, en matière de VIH, nécessite des éléments essentiels que seule une vaste stratégie de santé peut offrir et maintenir; elle nécessite aussi que les communautés aient la capacité de développer et de soutenir les services et mesures de soutien qui sont nécessaires au maintien de communautés saines.

3.11 UN PROGRAMME DE RECHERCHE QUI CORRESPONDE À NOS BESOINS ET RÉALITÉS

La communauté gaie, lesbienne et bisexuelle a une relation malaisée avec les chercheurs et le milieu de la recherche. Des années 1950 aux années 1970, hormis le cas de quelques pionniers, les méthodes et les conclusions des chercheurs étaient non scientifiques, « anti-intellectuelles » et répressives. Elles ont grandement contribué à la répression légale, médicale et sociale des gais et des lesbiennes, au Canada et dans le monde. Encore aujourd'hui, certains projets de recherche qui visent à découvrir les causes de l'homosexualité sont financés par des universités occidentales alors que plusieurs chercheurs qui souhaitent aller au-delà de ce type de questions afin d'examiner les vies des gais, des lesbiennes et des personnes bisexuelles, en termes de qualité de vie, de dynamique en milieu de travail, de suicide chez les jeunes et les adultes, etc., ont du mal à trouver des fonds. Au cours de la dernière décennie, on a financé des projets pour examiner la longueur des doigts des hommes gais, la taille de leur pénis et de leur cerveau, l'oreille interne des lesbiennes, etc., dans l'espoir de trouver la genèse de leur homosexualité. Au même moment, si l'on cherchait à étudier pourquoi tant d'adolescents et de jeunes adultes gais et lesbiennes se suicidaient, on avait peine à trouver du financement. Il est temps que ce type de dynamique, dans la recherche, prenne fin.

Dans le contexte des politiques de santé au Canada, aux paliers fédéral, provincial et territorial, l'approche de la santé des populations est le cadre officiel pour la santé publique.

Les communautés gaies, lesbiennes et bisexuelles, dans des alliances équitables avec des universités et des chercheurs, doivent commencer à examiner la vie des individus de ces populations, dans toute sa complexité, afin de présenter un portrait clair de ce que sont les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles, au Canada de nos jours, ainsi que de leurs vies, de leurs besoins et de leurs forces.

Cela a d'importantes ramifications pour les politiques sur la recherche. Premièrement, les universitaires doivent devenir des collaborateurs des communautés : ne plus faire des recherches sur les gais et lesbiennes, comme bien des fois par le passé, mais plutôt avec les communautés gaies et lesbiennes, en respectant toutes les exigences de la méthode et en reconnaissant la relation traditionnellement oppressive qu'ont vécue les gais et lesbiennes. Deuxièmement, les agences de financement doivent reconnaître la nécessité d'avoir plus d'information sur la manière dont les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles vivent leur vie, au Canada, qu'ils soient anglophones, francophones ou allophones, urbains ou ruraux, hommes ou femmes, jeunes ou âgés, et membres de la majorité ethnique ou de minorités ethnoculturelles; on doit reconnaître également les interactions combinées de ces facteurs d'identité. Troisièmement, les agences de financement doivent octroyer des fonds aux chercheurs qui ont été jusqu'ici incapables de dénicher du financement à cause des préceptes homophobiques de plusieurs bailleurs de fonds; elles doivent également renforcer la communauté de recherche, au sein des communautés gaies, lesbiennes et bisexuelles, de même que parmi leurs alliés dans la recherche. Quatrièmement, la recherche doit se défaire du prisme dominant du VIH comme seul point d'intérêt. Ce carcan dans la recherche a marginalisé et, à toutes fins pratiques, éliminé la possibilité de recherches portant sur les lesbiennes et réduit les hommes gais à une seule problématique, le VIH.

3.12 LES AÎNÉ-ES GAIS ET LESBIENNES

La génération qui a créé la communauté gaie, lesbienne et bisexuelle prend de l'âge et ne sera pas poussée au placard car elle a besoin de services sociaux et de santé qui sont de plus en plus importants et complexes. Le développement parallèle de services privés est une réaction à court terme à l'impression, au sein de la communauté, que les services publics ne sont pas disposés à s'adapter à la présence d'ainés du troisième âge et à leurs besoins. Au sein de la communauté gaie et lesbienne, très peu d'organismes ont commencé à s'occuper des besoins des aînés. De plus, dans le réseau des fournisseurs de services au troisième âge, on observe à tout le moins une réticence vis-à-vis de la présence des aîné-es gais, lesbiennes et bisexuel-les, et de leur besoin de services adaptés et accueillants. Ces besoins deviendront de plus en plus importants. Nos aînés méritent le même engagement, de la part des membres de la communauté, que les jeunes dans le processus de sortie du placard.

3.13 L'IMPACT DE L'HOMOPHOBIE SUR TOUTE LA SOCIÉTÉ

L'homophobie n'affecte pas seulement la vie des gais, des lesbiennes, des bisexuel-les et de leurs amis et parents. Elle impose des contraintes et des limites à tous les hommes et toutes les femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle. Elle est construite pour tenir hommes et femmes dans des places préétablies et son prix s'impose à tous et toutes. Même si on la définit comme une phobie, elle n'est pas comme la phobie des foules ou des araignées, dont la nature est clinique. En plus d'être un désordre qui se manifeste au plan individuel, l'homophobie est une phobie sociale, un problème de structures et de normes sociales, comme le racisme et le sexisme. Elle affecte tous les hommes et toutes les femmes, adultes et jeunes, hétérosexuels et homosexuels, de manières diverses et accablantes.

Si la discrimination cessait, les gais et les lesbiennes participeraient à la grande communauté humaine de manière ouverte et avec respect de soi. Les énergies que consacrent plusieurs personnes gaies à mener une existence quotidienne dans le camouflage, pour cacher systématiquement une partie de ce qu'elles sont, pourraient être utilisées autrement. Cette

libération générerait de nombreux bénéfices connexes comme c'est le cas dans une société où les individus peuvent s'épanouir.

La répression de l'homosexualité et de la bisexualité dans notre société affecte toutes les femmes et tous les hommes, quelle que soit leur orientation sexuelle. Non seulement de manières facilement repérables parce que toutes les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles ont une famille, des amis, des proches qu'elles aiment (et qui ressentent de multiples manières, dans leur propre vie, l'homophobie que rencontrent des êtres chers), mais aussi de manières plus larges et encore plus importantes. Si, conformément à ce que révèle l'analyse politique, l'homophobie est considérée comme un système qui vise à protéger des privilèges en confinant les hommes et les femmes à des places prédéfinies et en empêchant que les hommes (hétérosexuels) perdent leur place, alors son éradication sera une libération pour tous les hommes et toutes les femmes.

5.3

L'enfant intersexué : dysphorie entre le modèle médical et l'intérêt supérieur de l'enfant

André Wilcox, T.S., M.Sc. (c.), Département de travail social, Université du Québec en Outaouais
andré_wilcox@ssss.gouv.qc.ca

Isabel Côté, Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais
isabel.cote@uqo.ca

Geneviève Pagé, Ph.D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais
genevieve.page@uqo.ca

RÉSUMÉ :

À la naissance d'un enfant dont le sexe semble atypique, les parents sont confrontés à une vision généralement pathologisante de l'état de leur enfant par le milieu médical. Celui-ci estime ainsi justifié de poser des actes médicaux irréversibles sur le corps d'enfants qui ne peuvent donner leur consentement éclairé. Ces interventions viseraient, entre autres, de permettre aux parents de s'attacher à leur enfant ce qui est, au sens clinique, une aberration dans le contexte de la création d'un lien d'attachement sécurisant pour un enfant. Normaliser le corps [le sexe] d'un enfant afin qu'il soit conforme à une idéalisation parentale et sociétale va à l'encontre de la théorie de l'attachement. Car pour qu'un enfant puisse développer une relation d'attachement sécurisante, c'est au parent de s'adapter et répondre aux besoins de l'enfant et non l'inverse. Les auteurs proposent une réflexion critique sur les pratiques sociales pouvant offrir une réponse alternative à celle déployée par le système médical.

MOTS-CLÉS :

Attachement, désordre (différence) du développement sexuel (DSD), intersexuation, intersex, intérêt supérieur de l'enfant, autorité médicale

INTRODUCTION

Les représentations sociales des sexes sont organisées autour d'une présomption voulant qu'il n'y en ait que deux : mâle et femelle. Qui plus est, ceux-ci sont compris comme étant mutuellement exclusifs et opposés, assignant tout enfant qui naît à endosser une identité sexuée de fille ou de garçon. Cette assignation se fait sur la base de marqueurs, anatomiques ou génétiques, jugés inaliénables et composés des organes génitaux externes, des chromosomes et d'un système hormonal correspondant (Lochak, 2008). Or, il arrive que ces marqueurs ne suivent pas le schéma typiquement reconnu : c'est ce qu'on appelle l'intersexuation¹.

Il est estimé qu'un enfant sur 2000, voire sur 1000, naît avec une forme ou une autre d'intersexuation, dont la manifestation la plus visible est un sexe d'apparence atypique (Hester, 2004; Tamar-Mattis, 2013). Cette variation, propre à de nombreux organismes vivants, est vue à cause de notre représentation binaire des sexes (masculin/féminin), comme une « erreur sexuelle du corps » (Zucker, 1999 : 1). La personne qui ne naît clairement ni homme, ni femme, ne cadrerait donc pas avec l'ordre social établi (Fausto-Sterling, 1993; Tamar-Mattis, 2013; Zeiler et Wickström, 2009; Zucker, 1999). C'est pourquoi la naissance d'un enfant ne présentant pas les caractéristiques appréhendées de ces représentations dichotomiques est à l'origine d'une source d'inconfort conduisant

¹ Et non pas intersexualité, comme on l'entend parfois, puisque la sexualité n'est pas en cause. En ce sens, l'intersexuation ne renvoie pas à une orientation sexuelle.

le système médical à entreprendre des chirurgies normatives sur le corps des enfants présentant une forme ou une autre d'intersexuation, chirurgies visant principalement à « corriger » l'atypie de leurs organes sexuels (Hester, 2004).

Or, depuis plusieurs années, le traitement médical de ces enfants suscite la controverse (Creighton, Alderson, Brown et Minto, 2002; Ehrenreich et Barr, 2005; Hester, 2004; Kessler, 2000; Méndez, 2013; Morland, 2011; Tamar-Mattis, 2013). En effet, les interventions chirurgicales visant à modifier le sexe de l'enfant sont de plus en plus interprétées comme une attribution imposée du sexe de l'enfant (Karkazis, 2008; Tamar-Mattis, 2013). Par ailleurs, depuis quelques années, les personnes qui ont subi ces assignations de sexe affirment que les interventions faites sur des enfants, dans un but de normalisation essentiellement esthétique de leur sexe, sont contraires à leurs droits (Bastien-Charlebois, 2014; Méndez, 2013; Tamar-Mattis, 2006; Tosh, 2013) et posent des questions éthiques très importantes. Leurs voix semblent trouver écho chez certains praticiens spécialisés sur la question. Cependant, les résistances au changement proviennent de certains a priori, portés par le corps médical, selon lesquels il serait plus difficile pour un parent de s'attacher à un enfant au corps non normatif (Hughes, Houk, Ahmed, et Lee, 2006; Morland, 2011). Les études et les protocoles d'intervention dans ces situations ont fait l'objet d'un large débat dans les milieux professionnels concernés².

L'objectif principal de cet article est de faire une synthèse des connaissances sur le phénomène de l'intersexuation, à travers une recension des écrits. Ainsi, les auteurs veulent acquérir une compréhension critique de l'intersexuation en plus de proposer une réflexion sur les pratiques sociales pouvant offrir une réponse alternative à celle du système médical. Cela s'inscrit dans une perspective anti-oppressive du travail social (Pullen Sansfaçon, 2013), à laquelle adhèrent les auteurs, dans une optique de transformation sociale qui valorise et soutient les capacités d'autodétermination des personnes. Comme la mise à jour des connaissances constitue un des piliers de la pratique anti-oppressive (Pullen Sansfaçon, 2013), une telle recension est d'autant plus pertinente que l'intersexuation demeure méconnue des travailleurs sociaux.

Conséquemment, les questions suivantes ont guidé l'analyse de la littérature : quels sont les paradigmes qui sous-tendent la réponse médicale devant la naissance d'un enfant né intersexué? Comment les parents réagissent-ils face à l'annonce de l'intersexuation de leur enfant? Quels peuvent être les conséquences des procédures chirurgicales d'assignation de sexe non seulement sur l'enfant, mais également sur sa relation avec son parent? Comment les capacités d'autodétermination des personnes intersexuées et de leur famille sont-elles prises en compte?

La présente recension permet donc d'explorer ces thématiques. Après avoir abordé la méthodologie déployée pour la recension, nous analyserons les résultats proprement dits; notamment les impératifs conduisant à l'assignation d'un sexe tels que légitimés par le modèle médical dominant, les conséquences liées aux traitements médicaux subis par ces enfants, les réactions parentales quant à l'intersexuation de leur enfant et le regard que posent les adultes intersexués sur leur vécu. À propos du lien parent-enfant, nous développerons également les questions de l'attachement et des conséquences découlant des procédures associées aux chirurgies normatives. Au cours de la discussion, la question du droit inaliénable au respect de l'intégralité du corps de l'enfant sera abordée. La conclusion insistera sur des pistes d'intervention pouvant guider les pratiques des travailleurs sociaux susceptibles d'être confrontés à la situation. D'emblée, précisons que la perspective située³ du premier auteur, praticien œuvrant à la protection de la jeunesse depuis 27 ans, est contenue en filigrane dans ce texte.

² Voir les travaux de Berenbaum (2006), Dayner, Lee et Houk (2004), Dredger (2006), Money, Hampson et Hampson (1955), Morland (2011) et Tamar-Mattis (2006, 2013).

³ Nous faisons référence ici au concept féministe du savoir situé développé par Haraway (1988).

1. Méthodologie

La méthode utilisée pour effectuer cette recension respecte les normes habituellement préconisées pour ce genre de démarche (Cooper, 2010; Curtis et Curtis, 2011). Différentes bases de données couramment utilisées en sciences sociales ont été consultées pour effectuer la recension des écrits dont *PubMed*, *PsycARTICLES*, *Sage Journals Online*, *SocINDEX*, *Social Services Abstracts*, *Taylor et Francis*, *Cairn et Érudit*. Les mêmes mots-clés ont été utilisés pour les bases de données anglophones soit « *intersex* » AND « *attachment* » AND « *herma** » AND/OR « *disorder*sexual*development** » AND/OR « *medical*treatment** » « *DSD* » AND « *parent* » alors que les mots-clés « *attachement* » ET « *désordre** » ET « *sexuel* » ET/OU « *traitement*médica** » ont été employés pour les bases de données francophones. Pour être retenus, les articles et autres documents devaient traiter de l'intersexualité, du traitement médical des enfants intersexués, de l'attachement dans les situations d'agression sexuelle ou de diversité de genre, de la diversité des réactions des parents à l'annonce de l'état intersexué d'un enfant, des enjeux et des considérations éthiques qui y sont associés et enfin de la perspective des personnes intersexuées sur ces questions. La période retenue pour cette recension est de 1952 à 2014. Enfin, les articles publiés dans d'autres langues que le français ou l'anglais n'ont pas été retenus.

2. Résultats

Pour la composition de ce texte, nous avons retenu un total de quarante-quatre articles, dont dix-huit portant sur le traitement médical des enfants intersexués et neuf sur la théorie de l'attachement. Nous avons également sélectionné sept articles traduisant la perspective des parents eux-mêmes, et neuf traitant de la perception des personnes intersexuées. Enfin, vingt-deux articles présentent une critique des modèles d'intervention en vigueur dont plusieurs sont compris dans les catégories susmentionnées. Cette recension est complétée par trois livres, à savoir *Attachment and loss* de John Bowlby (1969), une référence incontournable en ce qui concerne la théorie de l'attachement, *Fixing sex* de Katrina Karkazis (2008), l'un des ouvrages les plus complets sur la question de l'intersexuation et le dernier, Kessler (2000) *Lessons from the intersexed*. Nous ajouterons également le mémoire de Lucie Gosselin (2012) qui donne une rare perspective québécoise sur le vécu des personnes intersexuées. Et, finalement, nous avons retenu un chapitre de la thèse de John Money (1952) qui donne une perspective sur le bien-être des personnes intersexuées qui n'ont pas subi de chirurgie d'assignation de sexe.

2.1 Réponse médicale à l'intersexuation : correction d'une anomalie et assignation d'un sexe

Les travaux de Money et al. (1955) ont eu une influence déterminante sur le traitement des enfants intersexués au cours des 60 dernières années. Selon Money, le conditionnement et l'éducation sociale ont préséance sur la biologie originelle du corps quant à l'élaboration de l'identité de genre qui, elle, serait malléable jusqu'à 18 mois. L'adhésion à cette théorie de Money explique l'urgence, pour plusieurs spécialistes, d'agir rapidement après la naissance d'un enfant intersexué afin de lui assigner un sexe sur lequel il pourra construire son identité de genre (Kessler, 1990). Ainsi, à la naissance d'un enfant dont le sexe semble atypique, les professionnels, endocrinologues, urologues, chirurgiens et autres semblent poussés par cette urgence d'agir, croyant que son bien-être passe nécessairement par un sexe bien défini (Creighton, Michala, Mushtaquet Yaron, 2013; Davis et Murphy, 2013; Dorlin, 2005; Zeiler et Wickström, 2009). Cette urgence se voit également renforcée par des contraintes légales car, dans la plupart des pays, l'état civil exige que le sexe des enfants soit assigné dans un court délai suivant leur naissance (au Québec, le délai est de 30 jours⁴).

⁴ Article 113 du Code civil du Québec : « La déclaration de naissance de l'enfant est faite au directeur de l'état civil, dans les 30 jours, par les père et mère ou par l'un d'eux ».

La procédure chirurgicale d'assignation de sexe consiste en une série d'interventions qui s'échelonnent en fonction de la croissance et du niveau de développement de l'enfant. La première chirurgie s'effectue habituellement entre l'âge de 2 et 6 mois (Zeiler et Wickström, 2009 : 361). C'est alors que le pénis trop petit ou le clitoris trop grand seront supprimés. Certains enfants subiront également une vaginoplastie, c'est-à-dire que l'on procèdera à la création d'un néo-vagin. Parmi ces interventions, celle qui génère le plus de controverses est la clitéroplastie (Bastien-Charlebois, 2013; Morland, 2011; Tamar-Mattis, 2013; Tosh, 2013), c'est-à-dire l'ablation d'un clitoris jugé trop grand. Cela ne viserait qu'à normaliser l'esthétique du clitoris et à s'assurer qu'il n'y ait aucune confusion entre un pénis et un clitoris (Morland, 2011). La construction d'un néo-vagin chez l'enfant (le façonnage d'un vagin considéré comme trop petit pour assurer de futures relations sexuelles [hétérosexuelles] conventionnelles) Roen et Pasterski, 2013)), est également contestée. Par ailleurs, selon plusieurs auteurs (Bastien-Charlebois, 2013; Conti, 2009; Ehrenreich et Barr, 2005; Morland, 2011; Tamar-Mattis, 2013; Tosh, 2013), la féminisation des parties génitales est effectuée plus souvent que l'inverse parce qu'il est plus facile pour les chirurgiens de créer un vagin que de construire un pénis. Le sexe de l'enfant sera alors assigné, légalement et socialement, ce qui n'est pas sans conséquence sur le développement de l'enfant, comme nous le verrons plus loin. Malgré cela, Dorlin (2005 : 129) explique que la pression sociale de normalisation du genre est telle qu'elle amène certains médecins à prétendre que les maux psychologiques et les souffrances physiques liés aux chirurgies normalisatrices du sexe sont un moindre mal par rapport à ceux que la personne éprouverait si elle n'avait pas un sexe bien identifié et normalisé.

De plus en plus, les voix s'élèvent contre ces procédures. L'automatisme d'assignation de sexe en bas âge se fait avec davantage de considérations qu'auparavant suite, entre autres, à l'apparition d'un guide clinique réalisé par le *Consortium on the Management of Disorders of Sex Development* (2006) et le *Consensus statement on management of intersex disorders*, par Hughes, Houk, Ahmed et Lee. Parmi ces considérations, nommons le recours à une équipe multidisciplinaire, une attitude plus normalisante de la part des professionnels en lien avec les familles et une information donnée aux parents plus équilibrée et juste concernant l'intersexuation.

2.2 Le traumatisme lié à la chirurgie

Selon Ehrenreich et Barr (2005), plusieurs études ont révélé la douleur et les traumatismes psychologiques vécus par les enfants réassignés. Ainsi, lors de la construction d'un néo-vagin, la procédure oblige à effectuer une dilatation quotidienne pendant les six mois suivant l'opération et de façon mensuelle par la suite (Ehrenreich et Barr, 2005). Ces interventions douloureuses et répétées peuvent être de nature traumatique (Tamar-Mattis, 2013; Tosh, 2013), et ce, même si les parents veulent s'acquitter de la tâche le plus « humainement » possible. Dans ces situations, les parents peuvent eux-mêmes subir un trauma. Ils peuvent se sentir impuissants devant l'expectative des professionnels de la santé et en se soumettant à la prescription médicale (Tosh, 2013).

Les traumatismes liés aux interventions chirurgicales non médicalement requises sont très importants pour un grand nombre de personnes intersexuées, cela au point que ces traumatismes ont été consignés dans le *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (Méndez, 2013). Ce dernier y va d'un constat des plus accablants :

« Les enfants qui présentent à la naissance des caractères sexuels atypiques subissent fréquemment, sans leur consentement éclairé ou celui de leurs parents et dans le but de "rectifier leur sexe", une intervention d'assignation sexuelle irréversible, une stérilisation forcée ou une chirurgie normalisatrice de l'appareil génital, qui engendre une infertilité définitive et des souffrances psychologiques aiguës » (Méndez, 2013 : 20).

Ce constat amène à la recommandation peu équivoque suivante :

« Le Rapporteur spécial demande instamment à tous les États d'abroger toute loi qui autorise les traitements médicaux invasifs ou irréversibles, notamment la chirurgie

normalisatrice de l'appareil génital imposée [...] sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée » (Méndez, 2013 : 25).

Ce rapport, commandé par l'Organisation des Nations Unies (ONU), place ces interventions dans la même lignée que la torture et la cruauté, ce qui alimente la réflexion sur les conséquences et les traumatismes qui peuvent être liés aux chirurgies d'assignation de sexe faites sur les enfants. Certains auteurs associent ces interventions à une forme d'agression sexuelle commise sur l'enfant, particulièrement en ce qui concerne les dilatations vaginales évoquées plus haut (Ehrenreich et Barr, 2005; Tosh, 2013). Ce lien entre les traitements de dilatations vaginales et l'agression sexuelle n'est pas si loin de la réalité, comme l'expliquent Ehrenreich et Barr (2005 : 107) :

« Dans une vidéo éducative publiée par l'ISNA [Intersex Society of North America], un conférencier décrit une scène impliquant une famille qui était venue à l'hôpital pour obtenir de l'aide pour procéder à une dilatation vaginale sur leur enfant qui n'obtempérait pas. Dans la scène (comme décrit dans la vidéo), un médecin a essayé de dilater une fillette de neuf ans qui a été retenue, bras et jambes écartés sur la table d'examen par les étudiants en médecine, tandis que huit à dix professionnels regardaient » (traduction libre).

Il est plutôt aisé de comprendre que cet enfant a pu vivre cet événement comme une agression sexuelle. Kessler (2000 : 59-60, dans Tosh, 2013 : 78) se questionne : « Quel sens prend donc l'intervention pour "l'inséreur" et "l'insérée" ? Est-ce que la partie du corps perd toutes ses connotations sexuelles ou la personne [l'enfant] vit-elle cette intervention comme un viol par [ses] parents, comme une agression sexuelle? » (traduction libre). Tosh (2013 : 79) fait également référence non seulement à des touchers, mais à des « stimulations des organes génitaux pour vérifier la fonctionnalité du sexe » (traduction libre). Outre les manipulations génitales associées aux chirurgies normalisatrices, les enfants et adultes intersexués sont également photographiés, nus, afin d'illustrer l'« anormalité » de leur corps, et ce, sans prendre en considération ni l'effet que cela peut avoir et ni le consentement du patient (Creighton, Alderson, Brown et Minto, 2002). Pour plusieurs enfants intersexués, les nombreuses photos prises et les manipulations faites sous le regard des professionnels peuvent aussi revêtir un caractère psychologiquement dommageable (Conti, 2009 : 488; Tamar-Mattis, 2013 : 92).

Tosh (2013) soutient que le fait de ne pas considérer les touchers ou contacts génitaux comme potentiellement abusifs, sous prétexte que ces manipulations se font dans un contexte médical, est, en soi, problématique. Cela serait comme prétendre qu'un abus ne peut être réel puisqu'il n'y a pas d'intention malveillante. Selon Tosh (2013 : 79), « il vaudrait mieux définir l'expérience à partir du vécu de la personne qui a subi lesdits contacts » (traduction libre), lesquels sont généralement non désirés et non sollicités. Karakurt et Silver (2013 : 79) y vont d'un constat semblable et décrivent comme une agression sexuelle n'importe quel toucher sexuel ou « activité génitale forcée » perpétrés sur un enfant incapable de donner un consentement en raison de son âge, d'un handicap ou d'un « différentiel de pouvoir ». Si nous acceptons que les contacts à répétition sur les organes génitaux d'un enfant puissent être vécus comme une agression sexuelle ou encore comme une intrusion dans son intimité, il faut également considérer que les conséquences normalement liées aux agressions sexuelles peuvent aussi être dommageables pour les enfants ayant vécu des attouchements dans le cadre du suivi médical, et ce, avec les conséquences qui en découlent.

2.3 La parentalité au défi

Au moment d'apprendre que leur enfant est né sans sexe immédiatement catégorisable, les parents sont souvent en état de choc (Gough, Weyman, Alderson, Butler et Stoner, 2008). C'est pourquoi les chirurgies deviennent, en quelque sorte, « la réponse pour faire face à la détresse exprimée par les parents » (Zeiler et Wickström, 2009 : 361, traduction libre). Pour d'autres, les pratiques d'assignation d'un sexe à l'enfant visent à favoriser l'attachement du parent à son enfant né intersexué (Hughes et al., 2006; Morland, 2011). Pour ces parents, peu au fait de la diversification

sexuée des corps, un enfant ainsi né représente un défi important puisque socialement, les pratiques éducatives genrées font en sorte que garçons et filles doivent être éduqués différemment (Bastien-Charlebois, 2011; Conti, 2009; Dorlin, 2005; Gough et al., 2008).

Une étude qualitative, réalisée par Sanders, Carter et Goodacre (2008) auprès de dix parents d'enfants de moins de 11 ans au sujet de leurs expériences et de leur compréhension du phénomène de l'intersexuation de leur enfant, démontre que les parents concernés ressentent de la confusion et de la déception à cause de l'intersexuation. Dès la naissance, les parents rapportent avoir eu des sentiments d'incertitude, d'insécurité, de vulnérabilité, et parfois même de doute, quant à leurs capacités d'établir et de maintenir un lien avec leur enfant. Un des parents, cité dans l'étude de Sanders et al. (2008 : 3191), mentionnait ne pas avoir eu le même lien d'attachement avec son enfant intersexué qu'avec ses autres enfants :

Je ne me suis jamais sentie maternelle avec P, je n'ai jamais senti comme si j'avais eu un bébé, c'est comme si je m'étais réveillé et qu'elle avait déjà sept mois, c'est qu'après l'opération elle était devenue une fille. Les six premiers mois de sa vie, c'est comme si je m'étais occupé de l'enfant d'un autre [...] on ne peut pas créer un lien, un bon lien, avec un bébé qui se fait constamment tripoter par les gens... (traduction libre).

À la naissance d'un enfant intersexué, les parents se sentent dans l'obligation de faire quelque chose pour rectifier le sexe atypique de l'enfant. La chirurgie vient ainsi consacrer l'impression d'avoir été un bon parent puisqu'elle vise, dans leur esprit, à protéger leur enfant en le normalisant (Sanders et al., 2008 : 3192). Une étude menée par Gough et al. (2008) auprès de 10 parents, soulève des préoccupations semblables au sujet de l'incertitude, du choc et du besoin de faire « quelque chose ». Selon certains parents rencontrés dans le cadre de cette recherche, un sexe clairement identifiable serait en quelque sorte lié à l'essence même de l'être humain. Sans cela, l'enfant serait « no-thing » [rien] : « Je me sentais comme en état de choc, je n'ai pas, je ne pouvais pas, m'identifier avec... avec elle, en tout cas, parce que je ne savais même pas ce qu'elle était! » (Traduction libre) (Gough et al., 2008 : 499).

Enfin, une étude conduite par Dayner et al. (2004) auprès de 21 parents d'enfants intersexués ayant subi des chirurgies de normalisation du sexe lors de l'enfance, démontre qu'une majorité importante de parents (95 %) affirme qu'ils reprendraient la même décision, et ce, malgré la connaissance des impacts éventuels sur l'absence de ressenti lors des relations sexuelles. Selon cette même étude (Dayner et al., 2004:1763), tous les parents croient qu'il vaut mieux faire l'opération lors de la petite enfance sans attendre que l'enfant soit en âge de donner son consentement. L'étude remet toutefois à l'avant-plan l'importance d'éduquer les parents sur la réalité de l'intersexuation et surtout de faire comprendre « qu'il y a tout de même peu d'études qui examinent le développement psychosexuel des personnes intersexuées et que, par conséquent, il y a peu de données probantes » (Dayner et al., 2004 : 1763, traduction libre). Parmi les autres résultats obtenus lors de cette recherche (Dayner et al., 2004 : 1764), 70 % des parents ont tendance à associer une orientation sexuelle traditionnelle (c'est-à-dire hétérosexuelle) comme gage d'une assignation de sexe réussie :

« Cet accent mis sur l'orientation sexuelle hétérosexuelle suggère un niveau d'intolérance [...] et cela doit être abordé avec les parents ouvertement lors des discussions dans la période néonatale et par la suite, afin de réduire le risque de rejet de l'enfant intersexué » (Dayner et al., 2004 : 1764, traduction libre).

2.4 L'information donnée aux parents

Certains intervenants du milieu médical affirment que le choix de « normaliser » l'enfant est une réponse à l'urgence d'agir pour le parent. Ils occultent toutefois le fait que la seule information reçue par les parents est très souvent une information qui vient de l'autorité médicale et qui « pathologise » l'état de l'enfant (Tosh, 2013). Pour Boyse, Gardner, Marvicsin et Sandberg

(2014), les parents ont besoin d'une information claire, dans un langage adapté, afin de comprendre les enjeux réels de la condition de leur enfant. Ils ont besoin de soutien social et professionnel (d'autres parents, groupes, information d'un autre professionnel, etc.).

La recherche effectuée par Streuli, Vayena, Cavicchia-Balmer et Huber (2013) auprès de 89 participants démontre en effet que, lorsque l'information donnée aux parents est de nature « pathologisante », les parents souhaitent à 66 % qu'une intervention chirurgicale soit effectuée. Si l'information est démedicalisée, cette proportion passe à 23 %. Bien que la recherche ne soit que théorique puisque les participants sont placés dans un contexte de mise en situation et non dans une situation réelle, elle démontre tout de même que le type et la qualité de l'information donnée ont une influence marquante sur le choix que les parents feront pour leur enfant. L'étude de Creighton et al. (2013) va dans le même sens puisque, selon ces derniers, lorsque les parents reçoivent davantage de soutien, ceux-ci tendent à remettre à plus tard les chirurgies d'assignation de sexe.

Il demeure que bon nombre de personnes intersexuées aujourd'hui adultes, ont vécu une réalité différente pendant l'enfance. En effet, le paradigme alors en vigueur voulait que, pour que l'intervention de réassignation de sexe réussisse, cela se fasse sous « le sceau du secret et la divulgation du moins d'information possible aux parents » (Bastien-Charlebois, 2013 : 2). Tamar-Mattis, Baratz, Baratz Dalke et Karkazis (2013 : 47) affirment qu'on ne divulguait pas l'information aux parents et encore moins aux enfants afin, disait-on, de les protéger d'une souffrance trop grande et de leur offrir une meilleure qualité de vie.

2.5 La perception des personnes intersexuées sur leur vécu

Depuis plusieurs années, les associations de personnes intersexuées militent pour mettre fin aux procédures imposées d'assignation de sexe. Il ressort de leurs discours que l'assignation imposée d'un genre et d'un sexe n'est pas nécessairement corrélée avec l'identité développée par la personne. De nombreuses recherches qualitatives et articles critiques des modèles d'interventions en cours démontrent que celles-ci ne conduisent pas nécessairement à un mieux-être psychologique chez les personnes concernées (Bastien-Charlebois, 2013; Davis et Murphy, 2013; Gosselin, 2012; Roen et Pasterski, 2013).

Dans le cadre de sa maîtrise en anthropologie, Gosselin (2012) a interviewé des personnes intersexuées à propos de leur vécu. L'auteure relate l'expérience de certains de ces participants et leurs perceptions des conséquences que les traitements ont entraîné sur leur développement physique et social (Gosselin, 2012 : 53) :

Quelquefois, c'est difficile de savoir qui on est parce que c'est une destruction totale d'une personne [...]. Les traitements médicaux et les traitements sociaux, ce qu'on fait à un intersexué c'est une déconstruction psychique et physique d'une personne et c'est vraiment difficile [...] de ramasser les miettes et d'essayer de se construire une identité, une sexualité. [...] Comment former une identité quand tout le monde te ment? (Philippe)

J'ai pas donné mon consentement; [...] Ils ont mutilé mon identité en bas âge et puis ça a été toute une chose à surmonter par la suite, là. [...] on parle, dans mon cas, de 3-4 chirurgies avant l'âge de 6 ans. [...] ils n'ont pas idée de comment ça va t'affecter dans le futur ce genre de choses là. (Rita)

Gosselin (2012) fait ainsi état d'une confluence parmi les récits voulant que les personnes intersexuées soient amenées à taire leurs souffrances et à accepter leur assignation de sexe/genre. Dans ce contexte, il est difficile, voire impossible [pour elles] « de se faire une représentation cohérente [d'elles-mêmes] et de pouvoir l'exprimer » (Gosselin, 2012 : 53). Bastien-Charlebois (2013 : 1) explique :

« En étant placées en état d'exception, nous, personnes intersexuées ou intersexes qui avons subi des transformations de notre sexe sans notre consentement, apprenons tôt que notre corps ne nous appartient pas, qu'il est si repoussant aux yeux des parents ou des autorités médicales que ceux-ci s'estiment parfaitement justifiés de porter atteinte

à notre intégrité physique. Nous apprenons que notre avis et la vision que nous entretenons de notre corps ne comptent pas ».

Cette prise de position rejoint celle de Davis et Murphy (2013 : 136) : la réalité intersexue doit être analysée sous différents angles pour en avoir une meilleure compréhension, en particulier sous l'angle de ceux qui sont personnellement touchés. Il en est de même pour Tosh (2013) qui concluait que la perception des personnes intersexuées est le meilleur vecteur pour comprendre la réalité de leurs vécus.

2.6 Le concept de l'attachement dans le contexte de la diversité de genre

Selon la théorie de l'attachement mise de l'avant par Bowlby (1969) et Ainsworth (1969), l'attachement sécurisant de l'enfant passe d'abord par une relation entre lui et son parent qui est en mesure de décoder, interpréter et répondre à ses besoins. C'est par les milliers d'interactions entre son parent et lui que l'enfant apprend et enregistre un modèle relationnel. Quand l'enfant exprime un besoin, son parent saura le décoder et l'interpréter pour ensuite y répondre dans un délai opportun (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1982). Le parent saura aussi reconforter son enfant et le protéger. Ainsi, l'enfant apprend de cette série de transactions que le monde autour de lui peut être protégeant et sécurisant (Ainsworth, 1969; Bartholomew et Horowitz, 1991; Bowlby, 1982). Sans cette protection, l'enfant apprend que le monde extérieur peut être non protégeant et, avec le temps, il cherchera à limiter ou à contrôler ses interactions dans le but de se protéger lui-même. Selon le cas, un type d'attachement émergera, qu'il soit « sécuritaire » ou « insécure »⁵. D'après la théorie de l'attachement, l'enfant intègre, par le biais de ses interactions avec le parent, un « modèle opérant interne » (Bartholomew et Horowitz, 1991; Bowlby, 1969, 1982; Paquette, Bigras et Parent, 2001; Ravitz, Maunder, Hunter et al., 2010). C'est à partir de ce modèle qu'il développera un sentiment de confiance et qu'il établira ses relations sociales (Paquette et al., 2001), qu'il interprétera son expérience avec l'autre et qu'il conceptualisera ses relations futures (Karakurt et Silver, 2013). Ce modèle d'attachement devient le style d'attachement⁶ qui viendra moduler ses interactions à l'âge adulte, sa capacité à réguler le stress et le fonctionnement social (Ravitz et al., 2010).

Le concept de l'attachement est un incontournable aujourd'hui dans la conceptualisation des services et des soins prodigués aux enfants et à leurs familles. Pourtant, lorsqu'il est question de l'attachement dans le cadre des interventions chirurgicales d'assignation de sexe, le concept lui-même semble dénaturé, car c'est une conceptualisation du lien d'attachement à partir du besoin du parent à l'égard de l'enfant qui est mise en avant, et non l'inverse.

2.7 L'impact d'une chirurgie d'assignation de sexe sur le lien d'attachement entre l'enfant et son parent

Il y a très peu d'écrits scientifiques sur le thème de la relation d'attachement dans le contexte d'enfants nés avec une condition intersexue. Hugues et al. (2006) reconnaissent qu'il y a peu de données démontrant que les chirurgies d'assignation de sexe contribuent à un meilleur attachement enfant/parent. Par ailleurs, il nous paraît paradoxal, ici, de rapporter que la seule étude à laquelle nous avons eu accès et qui traite des cas de personnes intersexuées n'ayant pas subi de traitement chirurgical vient de la dissertation non publiée de John Money en 1952 : *Hermaphroditism: An Inquiry Into the Nature of a Human Paradox*. Money lui-même reconnaît qu'il est étonnant de voir à quel point les « hermaphrodites » semblent avoir très peu d'incidence psychopathologique liée au « paradoxe » de vivre avec un corps ambigu (1952 : 197). En faisant référence au bien-être psychosexuel, Money

⁵ Très brièvement, l'attachement « insécure » se décline en trois types, à savoir, le type « évitant » et le type « ambivalent », lesquels se caractérisent par une certaine organisation dans les stratégies de réponse aux besoins, et enfin le troisième type, dit « désorganisé », soit l'absence de stratégie de réponse aux besoins.

⁶ À l'enfance nous faisons référence au modèle [mode] d'attachement alors qu'à l'âge adulte [et à l'adolescence] le terme *style d'attachement* est généralement utilisé.

(1952:201) affirme : « le paradoxe de l'*ambisexuation* semble plus facile à vivre lorsqu'on y fait face sans a priori au lieu d'esquiver et d'atténuer la question » (traduction libre). Le paradoxe ici est que, trois ans plus tard, Money fera volte-face en publiant avec Hampson et Hampson *Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management* (Money et al., 1955). Pour revenir aux études plus contemporaines sur la question de la relation d'attachement, certaines études examinent cette relation dans des contextes analogues à l'intersexuation. Tel est le cas de Wallace et Russell (2013) qui étudient l'impact de la relation d'attachement et de la honte chez les jeunes ayant une dysphorie de genre. Bien que la dysphorie de genre ne soit pas la même chose que l'intersexuation⁷, les deux phénomènes renvoient tout de même à la perception de soi en tant qu'entité sociale (Reiner et Reiner, 2012). Ainsi, certaines des notions abordées par Wallace et Russell (2013) peuvent aider à comprendre les rapports entre le concept de l'attachement et la qualité du lien entre l'enfant intersexué et ses parents. Selon Zucker (2008, dans Wallace et Russell, 2013 : 114), « [...] il est pertinent de considérer l'apport de la théorie de l'attachement lorsqu'on intervient auprès des enfants, puisqu'elle vise à modifier la façon dont le parent va répondre au vécu identitaire de son enfant transgenre [dans son sens large] » (traduction libre).

Selon Hill, Menvielle, Sica et Johnson (2010 : 9), on doit prendre en considération le fait que, chez les parents d'enfants ayant une variation de genre, il y a une possibilité accrue que ceux-ci soient mal à l'aise face à leur enfant et puissent ainsi avoir une attitude de rejet et ne pas être disponible sur le plan émotionnel. Or, un enfant qui n'a pas accès à un parent chaleureux et réconfortant risque de développer un attachement « insécure ». Par ailleurs, nous savons aussi qu'un enfant reproduit les comportements vécus dans sa relation avec ses parents (Bowlby, 1982; Karakurt et Silver, 2013). Si le parent démontre un inconfort, un malaise ou une honte à l'égard de l'identité de genre de son enfant, l'enfant pourrait intégrer ce malaise dans sa propre conception de soi. De là surgit un potentiel sentiment de honte chez l'enfant qui risque de compromettre son sentiment de sécurité dans sa relation avec les autres et qui pourrait transcender ses interactions sociales tout au long de sa vie.

3. Discussion

Il ressort du modèle médical en place que les traitements d'assignation de sexe donnent des résultats pour le moins mitigés. Si ces traitements visent une intégration de l'enfant dans un monde aux genres binaires en lui assignant un sexe normalisé, le modèle échoue par son propre processus de traitements répétés consacrant l'anormalité de l'enfant. Qui plus est, ces traitements conduisent souvent à des traumatismes (Ehrenreich et Barr, 2005; Tamar-Mattis, 2013; Tosh, 2013). Certaines de ces procédures conduisent les parents à participer à ces gestes, qui peuvent être de nature traumatique, à cause des impératifs liés aux traitements imposés telles que les dilatations vaginales en cas de vaginoplastie, et ce, en dépit du rôle de protection qui leur est dévolu. Subjugués par l'omniprésence d'un discours « pathologisant » quant à l'intersexuation de leur enfant, les parents sont pris entre le désir de se conformer aux prescriptions médicales et celui de protéger leur enfant (Dayner et al., 2004; Gough et al., 2008; Hughes et al., 2006; Morland, 2011; Zeiler et Wickström, 2009). Ainsi, il nous apparaît aberrant, du point de vue clinique, d'opposer le bien-être de l'enfant à celui du parent. D'autant que modifier le corps d'un enfant pour son parent ou pour une idéalisation sociale du sexe est considéré comme une torture par le rapporteur spécial de l'ONU (Méndez, 2013). La revue que nous avons effectuée met en lumière des discours antinomiques. S'il est vrai que permettre aux enfants d'intégrer une société binaire et de vivre ainsi une relation affective plus « sécurisée » avec leurs parents peut paraître séduisant, cela ne fonctionne manifestement pas. Justifier l'opération sous prétexte de favoriser l'attachement du parent à son enfant est une perversion de la théorie de l'attachement. En effet, c'est au parent de s'adapter à son enfant pour lui offrir une base de sécurité et non pas à l'enfant de s'adapter aux représentations idéalisées du parent pour que ce dernier puisse s'attacher à l'enfant.

⁷ La dysphorie de genre est liée au désir d'avoir un corps dont le sexe est en accord avec la perception de soi et l'intersexualité est liée au fait d'être pourvu d'un corps qui n'appartient pas d'emblée à un sexe défini.

Enfin, si on s'en tient au discours des personnes intersexuées que nous avons repérées ici (Bastien-Charlebois, 2013; Davis et Murphy, 2013; Gosselin, 2012; Morland, 2011; Roen et Pasterski, 2013), ces traitements n'ont pas obtenu les résultats escomptés. Le discours des activistes intersexués démontre que le risque de causer un tort sérieux reste élevé, bien que le traitement se veuille, a priori, bienveillant. Finalement, il n'y a toujours rien de clairement établi, ce qui doit inévitablement nous conduire à davantage de précautions avant de poser des gestes irréversibles. Ainsi, les voix des adultes intersexués qui témoignent des souffrances vécues durant l'enfance nous orientent vers une façon différente d'appréhender l'intersexuation et les travailleurs sociaux ont un rôle à jouer dans le changement des pratiques.

CONCLUSION

Y a-t-il plus de risque de trauma à évoluer avec un sexe non conforme à une conception binaire, ou le risque de trauma est-il plus grand lorsque l'enfant est assujéti à une assignation de sexe non conforme à son état originel? Nous n'avons pas véritablement de réponse, mais ce que nous pouvons certainement avancer est que les parents et les enfants ont besoin d'être accompagnés sans que nous leur imposions des traitements qui n'ont pas fait leurs preuves. L'exercice d'analyse qui doit être fait dans le contexte du soutien à ces familles est multidimensionnel. Le soutien aux parents visera à les amener à soutenir leur enfant dans son évolution selon sa propre nature. L'enfant, quant à lui, doit être soutenu dans son affirmation du droit à la différence et dans l'unicité de son être. À défaut de recherches éclairantes quant au devenir de ces enfants, le respect de l'intérêt supérieur de ceux-ci se traduit par une intervention plus inclusive et non « suppressive ». On ne peut prévoir réellement le sexe/genre auquel l'enfant s'identifiera, ni même s'il s'inscrira dans un sexe/genre spécifique et, à ce titre, nous devons le préserver. À notre avis, les travailleurs sociaux doivent investir la question de l'intersexuation et assumer un rôle de défenseur des droits de ces enfants. Nous pouvons porter la parole des adultes intersexués dans une optique de changement des pratiques normatives imposées encore aujourd'hui dans les hôpitaux pédiatriques du Québec. Le travailleur social qui est amené à contribuer au soutien des familles concernées devra prendre en considération l'importance de la théorie de l'attachement eu égard à ces enfants. L'impact de la première relation dans le devenir des enfants ne soulève aujourd'hui aucun doute sur leur capacité future à entrer en relation avec les autres en toute confiance. C'est à partir de cet angle que le travailleur social est interpellé, car c'est là que notre expertise s'est développée au cours des dernières décennies. Nous devons soutenir ces familles et ces enfants au mieux de nos connaissances, dans le respect de notre champ d'expertise, en les identifiant non pas comme des garçons ou des filles, mais comme « humain avant tout ».

ABSTRACT:

At the birth of a child whose sex seems atypical, parents are faced with a generally medicalized vision of their child's condition by the medical community, which proposes irreversible medical procedures on the bodies of children who cannot give informed consent. These interventions aim, among others things, to allow parents to bond with their child. But changing a child's body to conform to a parental and societal view goes against attachment theory, which suggests that in order for a child to develop a secure relationship, it is up to the parent to adapt to their child and not the other way around. The authors offer a critical reflection on social practices that may provide an alternative to the view put forth by the medical community.

KEY WORDS:

Attachment, best interest of the child, disorders (differences) of sex development (DSD); Informed Consent; Intersex; medical authority

RÉFÉRENCES

- Ahmed, S. F., Gardner, M., et D. E. Sandberg. (2013). « Management of children with disorders of sex development: new care standards explained », *Psychology and Sexuality*, vol.5 no. 1, 5-14.
- Ainsworth, M. (1969). « Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship », *Child Development*, vol. 40, no. 4, 969-1025.
- Bartholomew, K. et L. M. Horowitz. (1991). « Attachment styles among young adults: A test of a four-category model », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 61, no. 2, 226-244.
- Bastien-Charlebois, J. (2013). « Corrections médicales des personnes intersexuées : le bras armé de l'hétérosexisme », *La Gazette des femmes*.
- Bastien-Charlebois, J. (2011). « Au-delà de la phobie de l'homo : quand le concept d'homophobie porte ombrage à la lutte contre l'hétérosexisme et l'hétéronormativité », *Reflets*, vol. 17, no. 1, 112-149.
- Bastien-Charlebois, J. (2014). « Femmes intersexes », *Recherches Féministes*, vol. 27, no. 1, 237-255.
- Berenbaum, S. A. (2006). « Psychological Outcome in Children with Disorders of Sex Development: Implications for Treatment and Understanding Typical Development », *Annual Review of Sex Research*, vol. 17, no. 1, 1-38.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). « Attachment and loss: Retrospect and Prospect », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 52, no. 4, 664-678.
- Boyse, K. L., Gardner, M., Marvicsin, D. J. et D. E. Sandberg (2014). « "It Was an Overwhelming Thing": Parents' Needs After Infant Diagnosis With Congenital Adrenal Hyperplasia », *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, vol. 29, no. 5.
- Cooper, H. M. (2010). *Research synthesis and meta-analysis : a step-by-step approach*, (4th ed.). Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.
- Curtis, B. et C. Curtis (2011). *Social Research: A Practical Introduction*: SAGE Publications.
- Consortium on the Management of Disorders of Sex Development (2006). « Clinical Guidelines For The Management Of Disorders Of Sex Development In Childhood », (first edition), Intersex Society of North America, (16 août 2014).
- Conti, G. (2009). Book review, « Katrina Karkazis. Fixing Sex : Intersex, Medical Authority, and Lived Experience ». Durham, NC : Duke University Press, 2008 ». *Women's Studies*, vol. 38, no. 4, 486-489.
- Creighton, S. M., Alderson, J., Brown, S. et C. L. Minto (2002). « Medical photography: ethics, consent and the intersex patient », *BJU International*, vol. 89, no. 1, 67-71.
- Creighton, S. M., Michala, L., Mushtaq, I. et M. Yaron (2013). « Childhood surgery for ambiguous genitalia: glimpses of practice changes or more of the same? », *Psychology and Sexuality*, vol. 65, no. 1, 34-43.
- Davis, G. (2011). « "DSD is a Perfectly Fine Term": Reasserting Medical Authority through a Shift in Intersex Terminology », *Sociology of Diagnosis*, vol. 12, 155-182.
- Davis, G. et E. Murphy (2013). « Intersex Bodies as States of Exception: An Empirical Explanation for Unnecessary Surgical Modification », *Feminist Formations*, vol. 25, no. 2, 129-152.
- Dayner, J. E., Lee, A. et C. P. Houk (2004). « Medical treatment of intersex: Parental perspectives », *The Journal of Urology*, vol. 172 no. 4, 1762-1765.
- Dorlin, E. (2005). « Sexe, genre et intersexualité : la crise comme régime théorique », *Raisons politiques* vol. 2, 117.
- Dredger, A. (2006). « Shifting the Paradigm of Intersex Treatment ». Repéré le 2014-05-28, à <http://www.intersexinitiative.org/pdf/dreger-compare.pdf>.
- Ehrenreich, N. et M. Barr (2005). « Intersex surgery, female genital cutting, and the selective condemnation of 'cultural practices' », *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, vol. 40, 71-140.
- Fausto-Sterling, A. (1993). « The five sexes ». (Cover story). *Sciences*, vol. 33, no. 2, 20-24.
- Gosselin, L. (2012). *Intersexualité. Des sexes en question dans les sociétés occidentales*, Mémoire de maîtrise, Université Laval.
- Gough, B., Weyman, N., Alderson, J., Butler, G. et M. Stoner. (2008). « 'They did not have a word': The parental quest to locate a 'true sex' for their intersex children », *Psychology and Health*, vol. 23, no. 4, 493-507.
- Haraway, D. (1988). « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective », *Feminist Studies*, vol. 14, no. 3, 575-599.

- Hester, J. D. (2004). « Intersex(es) and informed consent: how physicians' rhetoric constrains choice », *Theoretical Medicine*, vol. 25, no.1, 21-49.
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M. et A. Johnson (2010). « An affirmative intervention for families with gender variant children: parental ratings of child mental health and gender », *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 36, no. 1, 6-23.
- Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F. et A. Lee (2006). « Consensus statement on management of intersex disorders », *Journal of Pediatric Urology*, vol. 2, no. 3, 148-162.
- Karakurt, G. et K. E. Silver (2013). « Therapy for Childhood Sexual Abuse Survivors Using Attachment and Family Systems Theory Orientations », *The American Journal of Family Therapy*, vol.42, no. 1, 79-91.
- Karkazis, K. A. (2008). *Fixing sex : intersex, medical authority, and lived experience*. Durham, Duke University Press.
- Kessler, S. J. (1990). « The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants », *Signs*, vol. 16, no. 1, 3-26.
- Kessler, S. J. (2000). *Lessons from the intersexed*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Lochak, D. (2008). « Dualité de sexe et de genre dans les normes juridiques », *Lex Electronica*, vol. 15, no. 1, 659-690
- Méndez, J. E. (2013). « Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants », *UN Doc. A/HRC/22/53*, 26.
- Money, J. W. (1952). « A Paradox Examined » : 185-204, dans J.W. Money, *Hermaphroditism : An Inquiry Into the Nature of a Human Paradox*, Thèse de doctorat inédite: Harvard University.
- Money, J., Hampson, J. G. et J. L. Hampson (1955). « Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management », *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, vol. 97, no. 4, 284-300.
- Morland, I. (2011). « Intersex Treatment and the Promise of Trauma » : 147-163, dans J. Fisher (Ed.), *Gender and the Science of Difference : Cultural Politics of Contemporary Science and Medicine*, New Brunswick: Rutgers University Press.
- Paquette, D., Bigras, M. et S. Parent (2001). « La validation du QSA et la prévalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montréal. [Validation of the ASQ and the prevalence of the styles of adult attachment in a French-speaking sample of Montreal.] », *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 33, no. 2, 88-96.
- Pullen Sansfaçon, A. (2013). « La pratique anti-oppressive » : 353-373, dans H. Dorvil et E. Harper (sous la dir.). *Le travail social : théories, méthodologies et pratiques*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B. et W. Lancee (2010). « Adult attachment measures: A 25-year review », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 69, no. 4, 419-432.
- Reiner, W. G. et D. T. Reiner. (2012). « Thoughts on the Nature of Identity: How Disorders of Sex Development Inform Clinical Research about Gender Identity Disorders », *Journal of Homosexuality*, vol. 59, no. 3, 434-449.
- Roen, K. et V. Pasterski (2013). « Psychological research and intersex/DSD: recent developments and future directions », *Psychology and Sexuality*, vol. 5, no.1, 102-116.
- Sanders, C., Carter, B. et L. Goodacre (2008). « Parents' narratives about their experiences of their child's reconstructive genital surgeries for ambiguous genitalia », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 23, 3187-3195.
- Streuli, J. C., Vayena, E., Cavicchia-Balmer, Y. et J. Huber (2013). « Shaping Parents: Impact of Contrasting Professional Counseling on Parents' Decision Making for Children with Disorders of Sex Development », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 10, no. 8, 1953-1960.
- Tamar-Mattis, A. (2006). « Exceptions to the Rule: Curing the Law's Failure to Protect Intersex Infants », *Berkeley Journal of Gender, Law and Justice*, vol. 21, 59-110.
- Tamar-Mattis, A. (2013). « Medical treatment of people with intersex conditions as torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment » : 91-104, dans Center for Human Rights and Humanitarian Law (Dir.). *Torture in healthcare settings : reflections on the special rapporteur on torture's 2013 thematic report*.
- Tamar-Mattis, A., Baratz, A., Baratz Dalke, K. et K. Karkazis (2013). « Emotionally and cognitively informed consent for clinical care for differences of sex development », *Psychology and Sexuality*, vol. 5, no. 1, 44-55.
- Tosh, J. (2013). « The (In)Visibility of Childhood Sexual Abuse: Psychiatric Theorizing of Transgenderism and Intersexuality », *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Policy, and Practice*, vol. 2, no. 1, 71-87.

- Wallace, R. et H. Russell (2013). « Attachment and Shame in Gender-Nonconforming Children and Their Families: Toward a Theoretical Framework for Evaluating Clinical Interventions », *International Journal of Transgenderism*, vol. 14, no. 3, 113-126.
- Zeiler, K. et A. Wickström (2009). « Why do 'we' perform surgery on newborn intersexed children?: The phenomenology of the parental experience of having a child with intersex anatomies », *Feminist Theory*, vol.10, no. 3, 359-377.
- Zucker, K. (1999). « Intersexuality and Gender Identity Differentiation », *Annual Review of Sex Research*, vol. 10, no.1, 1-69.

5.4



**Commission
scolaire
de Montréal**

**LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AUX
ÉLÈVES TRANSGENRES DE LA
COMMISSION SCOLAIRE DE MONTRÉAL**

Document adopté par le Conseil des commissaires
à sa séance du 23 mars 2016

Les références à des sites Web figurant dans le présent document ne sont fournies que pour faciliter le travail des intervenants et ne signifient aucunement que la Commission scolaire de Montréal approuve leur contenu, leur politique ou les produits qui y sont présentés. La Commission scolaire de Montréal ne contrôle ni ces sites Web, ni les sites mentionnés à leur tour sur ces sites Web. Elle n'est responsable ni de l'exactitude des informations figurant sur ces sites, ni de leur caractère légal, ni de leur contenu. Le contenu des sites Web auxquels il est fait référence peut changer à tout moment sans préavis.

Lignes directrices relatives au soutien des élèves transgenres de la Commission scolaire de Montréal

© Droit d'auteur de la Commission scolaire de Montréal

Document préparé par le Bureau des affaires juridiques, en collaboration avec les membres du comité sur les élèves transgenres de la Commission scolaire de Montréal, soit :

- **Nathalie Bellerose**, psychoéducatrice;
- **Pierre Chartrand**, coordonnateur du Bureau des services éducatifs complémentaires;
- **Guylaine Cormier**, directrice en soutien à la gestion des établissements;
- **Gérald Gauthier**, directeur adjoint aux services à l'élève et à l'adaptation scolaire;
- **Geneviève Laurin**, avocate au Bureau des affaires juridiques;
- **Lynn Mullins**, directrice d'école primaire;
- **Pierre Simard**, directeur d'école secondaire;
- **Rafael Teixeira**, psychoéducateur.

Les présentes lignes directrices ont été généreusement révisées par les experts suivants :

- **D^r Shuvo Ghosh**, pédiatre du développement et du comportement et chef du Programme de variance du genre (PVG);
- **Annie Pullen-Sansfaçon**, vice-présidente d'Enfants transgenres Canada, professeure à l'École de service social de l'Université de Montréal et mère d'un enfant transgenre;
- **M^e Jean-Sébastien Sauvé**, avocat doctorant sur les différentes situations juridiques touchant les personnes transgenres et intersexes au Québec;
- **Françoise Susset**, psychologue spécialisée dans le travail auprès des enfants transgenres.

Le contenu de la présente publication pourra être reproduit pourvu que ce soit à des fins non commerciales, notamment au profit d'autres commissions scolaires du Québec, et que la Commission scolaire de Montréal soit pleinement créditée. Dans le cas où une source aurait été omise, veuillez communiquer avec le Bureau des affaires juridiques de la Commission scolaire de Montréal au 514 596-6069.

Remerciements

La Commission scolaire de Montréal tient à remercier M^{me} Françoise Susset, M^{me} Annie Pullen-Sansfaçon, M^e Jean-Sébastien Sauvé et le D^r Shuvo Ghosh pour leur soutien et leur éclairage, offerts généreusement au comité sur les élèves transgenres de la Commission scolaire de Montréal tout au long de cette démarche, de même que pour leur aide dans la révision de ces lignes directrices.

Les présentes lignes directrices sont fortement inspirées des *Lignes directrices pour le soutien aux élèves transgenres et non conformistes de genre* du ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance de la Nouvelle-Écosse et du guide à l'intention des éducatrices et éducateurs de la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants intitulé *Soutien aux élèves transgenres et transsexuels dans les écoles de la maternelle à la 12^e année*. Nous sommes très reconnaissants à ces institutions de nous avoir permis de puiser dans le contenu de leur publication respective.

Tables des matières

Définitions et concepts	5
Introduction	8
Guide complémentaire	8
Contexte	8
Principes fondamentaux	9
Soutien aux élèves transgenres : le rôle et les responsabilités des établissements scolaires	10
1. Soutenir l'élève dans sa démarche individuelle	10
2. Utiliser le prénom et le pronom choisis par l'élève	11
3. Tenir des dossiers conformes aux pratiques juridiques et à la réalité du terrain	12
4. Permettre à l'élève de porter des vêtements qui cadrent avec l'expression de son identité de genre	14
5. Donner le choix à l'élève d'utiliser les toilettes et les vestiaires conformément à son identité de genre	14
6. Favoriser la pleine participation de l'élève aux cours d'éducation physique et aux activités parascolaires	15
AIDE-MÉMOIRE	17
Considérations finales	18
Ressources pour la mise en œuvre des présentes lignes directrices	19
Ressources externes	20

Définitions et concepts

AFFIRMATION DE L'IDENTITÉ : Processus par lequel une personne transgenre révèle, exprime et confirme son identité de genre et l'intègre dans sa vie personnelle et sociale. Elle est souvent accompagnée par un acte de divulgation à des tiers (parents, amis, établissement scolaire, etc.). Elle correspond au désir pour la personne transgenre de rendre visible et de vivre son identité de genre authentique qui diffère du genre qui lui a été attribué à la naissance. L'affirmation est un processus complexe, sélectif et continu. Cette démarche est également appelée « transition sociale » (voir la définition de « transition »). **IMPORTANT** : Chez les enfants transgenres, c'est la transition sociale qui permet d'affirmer son identité de genre. Ce n'est qu'à la puberté que des moyens médicaux peuvent être envisagés afin de réduire la détresse associée à la non-congruence entre l'identité de genre réelle et celle assignée à la naissance (voir la définition de « dysphorie de genre »).

CISGENRE : Personne dont l'identité et l'expression de genre sont en harmonie avec son sexe désigné à la naissance (par exemple, une personne dont le sexe à la naissance et l'identité de genre sont féminins).

CONFORMITÉ DE GENRE : Attentes sociales et normes stéréotypées entourant l'expression de genre.

DYSPHORIE DE GENRE : Terme médical qui fait référence à la souffrance affective, au stress ou à l'inconfort qu'une personne ressent, accompagné d'une altération de son fonctionnement social, scolaire ou autres, en raison de conflits intérieurs induits par la non-congruence affective/cognitive entre son sexe assigné à la naissance et son identité de genre. Cette condition est aggravée par l'attitude de la société envers les personnes qui en souffrent. Chez bon nombre de personnes transgenres, la transition (voir la définition) vise, entre autres, la réduction de cette souffrance. **IMPORTANT** : Ce ne sont pas toutes les personnes transgenres ou qui présentent une variance de genre qui souffrent de dysphorie de genre.

EXPRESSION DE GENRE : Façon d'exprimer son identité de genre à autrui ou manière dont une personne exprime sa féminité, sa masculinité ou l'identité qui lui correspond (androgyne, non binaire, etc.). Alors que l'identité de genre est ce que la personne sait qu'il est dans son for intérieur, l'expression de genre se rapporte plutôt à la façon de présenter et d'exprimer cette identité de genre à la société en général ainsi qu'à la façon dont cette identité de genre est perçue par les autres. L'expression de genre est grandement influencée par un processus de socialisation et est donc spécifique à une culture et à une époque donnée. Les méprises sur l'expression de genre sont parfois la cause de réactions agressives ou violentes de la part de membres de la société lorsqu'ils estiment, par exemple, qu'une femme agit de façon trop masculine ou qu'un homme agit de façon trop féminine.

GENRE : Ensemble construit des rôles et des responsabilités sociales assignés aux personnes selon leur identification à l'intérieur d'une culture donnée, à un moment précis de son histoire. Cette construction est influencée notamment par l'inconscient collectif, l'éducation reçue et la vie en société. Le genre est généralement acquis par la personne de

manière inconsciente et se construit par l'observation. Les attitudes et les comportements inhérents au genre font l'objet d'un long apprentissage et sont donc susceptibles d'évoluer.

IDENTITÉ DE GENRE : Sens ou sentiment intérieur qu'a une personne d'appartenir au sexe masculin, féminin ou autre. L'identité de genre n'est pas nécessairement binaire (voir la définition de « opposition binaire ») et se situe sur un spectre qui peut varier dans le temps et selon divers facteurs. L'identité de genre est relative à la façon dont la personne se voit, se perçoit et s'identifie elle-même; cette expérience profondément intérieure ne peut pas être déterminée par les autres.

INTERSEXE / INTERSEXUÉ : Se dit d'une personne dont les caractéristiques biologiques sexuelles sont atypiques ou non conformes aux normes généralement admises en raison de l'ambiguïté de leur configuration génitale, reproductive ou chromosomique ou de leur taux d'hormones. Le terme « *hermaphrodite* », qui désignait autrefois les personnes intersexes, est désormais considéré comme péjoratif dans l'usage courant. Comme c'est le cas pour l'orientation sexuelle et l'identité de genre, la complexité de la réalité physique se rapportant au sexe est mieux représentée chez les êtres humains par un continuum que par deux catégories distinctes (mâle/femelle).

OPPOSITION BINAIRE ou IDENTITÉ DE GENRE BINAIRE : Système socialement construit qui divise le sexe et l'identité de genre en deux catégories distinctes, opposées et déconnectées : mâle, homme et masculin d'un côté et femelle, femme et féminin de l'autre. Ce type de système contribue à maintenir les stéréotypes masculins et féminins dans la société, limite les différentes possibilités d'expression de genre et est particulièrement problématique pour les personnes qui sont homosexuelles, bisexuelles, intersexes, transgenres ou qui expriment une variance de genre.

SEXE À LA NAISSANCE : Sexe assigné à une personne à sa naissance à partir de l'observation d'un nombre limité de caractéristiques physiques observables, principalement l'apparence et la structure des organes génitaux externes.

TRANSGENRE ou TRANS : Termes qui renvoient à une personne dont l'identité de genre ne concorde pas avec le sexe assigné à la naissance. Une personne transgenre peut vivre son identité de manière binaire, c'est-à-dire qu'elle se sent appartenir au sexe « opposé » à celui qui lui a été attribué à la naissance, ou encore de manière non binaire, c'est-à-dire qu'elle se sent appartenir aux deux sexes à la fois, à ni l'un ni l'autre des deux sexes, à un 3^e, 4^e sexe, etc. **IMPORTANT** : Le terme transgenre ou trans est utilisé pour nommer cette diversité d'identités, mais nombreuses sont les personnes transgenres qui ne s'identifient pas à cette étiquette. Il est donc important de vérifier avec la personne transgenre le terme qui lui correspond.

TRANSITION : Démarche personnalisée dans laquelle une personne s'engage afin de manifester physiquement ou socialement le genre qui lui correspond et qui diffère de celui assigné à la naissance. Elle ne suit pas nécessairement d'étapes, de plan préétabli et n'est pas linéaire. La transition débute souvent par une affirmation de son identité de genre ou par son expression (transition sociale). Elle peut comprendre des traitements médicaux non

mutuellement exclusifs, tels que l'hormonothérapie, les chirurgies, les traitements laser, etc. (transition médicale). La transition peut également comporter un changement de prénom officiel et, uniquement pour les citoyens canadiens majeurs, un changement de la mention de sexe au registre de l'état civil du Québec (transition légale).

VARIANCE DE GENRE : Se dit d'une personne dont l'expression de genre n'est pas conforme aux stéréotypes et aux normes sociales se rapportant aux genres masculin et féminin. Ces personnes affichent un comportement qui diffère du comportement stéréotypé que l'on attend d'une personne selon son genre perçu ou déclaré. Cette variance de genre existe chez les personnes de tout âge (enfants, jeunes, adultes) selon un continuum allant d'une variance nulle, où l'expression de genre et le sexe attribué à la naissance concordent, à une variance élevée, où certaines personnes expriment leur genre d'une manière qui ne correspond pas du tout aux normes et aux stéréotypes associés au genre auquel ils sont présumés appartenir. **IMPORTANT** : Une variance de genre n'est pas nécessairement une indication fiable d'une identité transgenre. Il existe de nombreux exemples d'hommes, de femmes, de garçons et de filles cisgenres (non trans) dont l'expression de genre déroge grandement aux attentes sociales et qui se sentent tout à fait à l'aise avec le sexe qui leur a été assigné à la naissance.

Introduction

IMPORTANT : Afin d'alléger le texte, le terme « transgenre » est utilisé dans les présentes lignes directrices au sens large de manière à englober tout un éventail d'identités et d'expressions de genre.

Guide complémentaire

Les présentes lignes directrices se veulent un guide pratique et concis des responsabilités et des obligations qui incombent aux établissements scolaires accueillant des élèves transgenres. La Commission scolaire de Montréal (CSDM) recommande fortement que les membres du personnel des établissements scolaires, notamment les directions, les enseignants et les professionnels, prennent également connaissance du **guide à l'intention des éducatrices et éducateurs de la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, *Soutien aux élèves transgenres et transsexuels dans les écoles de la maternelle à la 12^e année***, disponible sur le Web (voir la section « Ressources externes » des présentes lignes directrices). Ce guide exhaustif constitue un excellent complément d'information aux présentes lignes directrices puisqu'il aborde en profondeur toutes les dimensions de cette réalité et propose des outils concrets d'intervention, notamment pour les professionnels. Il fournit également des pistes quant à la mise en place d'un milieu scolaire favorable aux élèves transgenres dans une perspective plus globale qui tient compte des processus de socialisation.

Contexte

Au début de l'année scolaire 2014-2015, le Bureau des affaires juridiques de la CSDM a été contacté à quelques reprises par des directions d'établissement scolaire qui souhaitent connaître leurs devoirs et obligations envers leurs élèves transgenres. Certains de ces élèves intégraient un nouvel établissement scolaire, tandis que d'autres amorçaient leur transition au sein de leur établissement scolaire. La CSDM a dès lors mis sur pied le comité sur les élèves transgenres (ci-après le comité), un comité multisectoriel formé par des responsables de l'adaptation scolaire et des services éducatifs, des psychoéducateurs, des directions d'établissement scolaire et des avocats, en leur donnant pour mission de se pencher sur ces questions. Afin de mieux s'informer sur la réalité des personnes transgenres et particulièrement celle des enfants transgenres, le comité s'est adjoint l'aide d'experts à l'externe, dont la vice-présidente de l'organisation Enfants transgenres Canada, professeure à l'École de service social de l'Université de Montréal et mère d'un enfant transgenre, une psychologue spécialisée dans le travail auprès des enfants transgenres, un pédiatre du développement et du comportement spécialiste de la question des enfants transgenres ainsi qu'un avocat doctorant sur les différentes situations juridiques touchant les personnes transgenres et intersexes au Québec. Le comité s'est également penché sur les questions

relatives aux dossiers administratifs des élèves transgenres et à la protection de leurs droits fondamentaux. Au fil de la réflexion, un constat s'est imposé : il était essentiel d'outiller les intervenants scolaires sur la réalité des élèves transgenres et de leur fournir un cadre de référence ainsi que des pratiques exemplaires afin de garantir à ces élèves un accès équitable à la vie scolaire sous tous ses aspects et le respect de leurs droits fondamentaux garantis par les chartes québécoise et canadienne.

Principes fondamentaux

Les principes suivants sous-tendent l'élaboration de ces lignes directrices :

- 1) Être transgenre est une variation normale du développement humain.
- 2) Le seul indicateur fiable de l'identité de genre de l'élève est son auto-identification cohérente.
- 3) L'intégrité des élèves transgenres de même que leur droit à être traités avec dignité, égalité et respect doivent être protégés.
- 4) Le droit des élèves transgenres à la confidentialité et au respect de leur vie privée doit être préservé.
- 5) Les mesures mises en place pour les élèves transgenres doivent être guidées par leur point de vue, leurs besoins et leur expérience.
- 6) Il est de la responsabilité de chaque établissement scolaire de s'assurer que les élèves transgenres disposent d'un milieu d'apprentissage sécurisé, exempt d'intimidation, de harcèlement, de discrimination ou de violence.
- 7) Il est de la responsabilité de chaque direction, enseignant et professionnel de se renseigner au sujet des personnes transgenres, c'est-à-dire de développer les habiletés nécessaires pour intervenir auprès des élèves transgenres et de leur famille, le cas échéant, d'être au courant des ressources disponibles pour accompagner ces élèves et de s'assurer qu'ils obtiennent le soutien nécessaire.

Soutien aux élèves transgenres : le rôle et les responsabilités des établissements scolaires

1. Soutenir l'élève dans sa démarche individuelle

L'établissement scolaire doit tout mettre en place pour garantir que le droit à la dignité, à l'égalité et à l'intégrité de l'élève transgenre est préservé, notamment en mettant en place des mesures qui respectent le caractère unique de chaque individu.

Chaque élève transgenre vit sa transition de façon unique et a des besoins différents. Comme pour les autres différences personnelles (ethniques, physiologiques, économiques, etc.), il n'existe pas deux expériences pareilles. Il convient de garder à l'esprit les besoins immédiats de l'élève transgenre en matière de santé, de sécurité et d'éducation et de faire les ajustements nécessaires en fonction du point de vue exprimé par l'élève et par ses parents, le cas échéant.

Le processus de prise de décision axé sur la collaboration entre l'équipe-école, l'élève et sa famille requiert que tous soient à l'écoute des besoins et des préoccupations de l'élève et travaillent ensemble pour définir les structures de soutien nécessaires. Les demandes de l'élève doivent être traitées au cas par cas pour répondre à ses besoins de la meilleure manière possible. Puisque chaque élève en transition est unique et que chaque établissement scolaire possède sa propre culture communautaire, les accommodements conçus pour un élève en particulier évoluant dans un certain milieu devront aussi revêtir un caractère unique, s'appuyant sur les principes de base énoncés dans les présentes lignes directrices (voir la section « Principes fondamentaux »). Selon les besoins exprimés par l'élève, les ressources du milieu et le niveau de confidentialité requis, l'établissement scolaire peut, par exemple, former un comité formé de divers intervenants scolaires (psychoéducateur, direction adjointe, etc.) pour élaborer une stratégie d'intégration locale et de protection des renseignements personnels de l'élève concerné.

Si des questionnements surgissent par rapport à certaines demandes de l'élève, l'établissement scolaire peut communiquer à tout moment avec la Direction adjointe aux services à l'élève et à l'adaptation scolaire ou le Bureau des affaires juridiques de la CSDM.

2. Utiliser le prénom et le pronom choisis par l'élève

Les élèves ont le droit de s'auto-identifier. Ainsi, tout élève a le droit qu'on s'adresse à lui ou à elle par un prénom et un pronom choisis qui correspondent à son identité de genre. Il n'est pas nécessaire que le changement de prénom ait été légalement modifié au registre de l'état civil du Québec, ni même qu'il ait déjà été inscrit au dossier administratif de l'élève. Le refus intentionnel ou persistant de respecter l'identité de genre d'un élève constitue un déni de son identité et peut être considéré comme une forme de harcèlement ou de discrimination.

L'élève transgenre a le droit d'exiger qu'on s'adresse à lui en utilisant le prénom et le pronom (il, elle ou autre pronom neutre) qui correspond à son identité de genre, et ce, indépendamment du fait que l'élève ait obtenu un changement de nom officiel et nonobstant l'impossibilité pour un mineur d'obtenir le changement de mention de sexe au registre de l'état civil (voir l'encadré « À titre informatif » ci-après). Par conséquent, les membres du personnel de l'établissement scolaire doivent systématiquement employer le prénom et le pronom choisis par l'élève.

Pour un élève transgenre, le changement de prénom (officiel ou non) afin que celui-ci corresponde mieux à son identité de genre est une étape importante de son parcours identitaire. C'est aussi ce qui permet d'éviter certaines situations potentiellement catastrophiques où le fait qu'un élève soit transgenre serait dévoilé contre le gré de cet élève si son prénom ne correspondait pas à son expression de genre.

Toutefois, l'établissement scolaire doit informer l'élève et ses parents, le cas échéant, des contraintes relatives à l'utilisation d'un prénom et d'un pronom choisis par rapport aux documents officiels du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (ci-après « le ministère de l'Éducation »). Celui-ci exige l'inscription du nom légal et la mention du sexe attribué à la naissance sur les documents officiels. La composition alphanumérique du code permanent reflète ces renseignements officiels. À ce sujet, voir la section 3 (« Tenue des dossiers ») afin de connaître les façons de concilier les renseignements personnels « officiels » de l'élève et ceux qui seront utilisés sur une base quotidienne par les établissements scolaires.

À titre informatif :

Le parent ou le tuteur d'un élève de moins de 14 ans ayant la citoyenneté canadienne peut demander le changement de nom légal de son enfant. Le mineur de 14 ans et plus ayant la citoyenneté canadienne peut présenter lui-même une demande de changement de nom sans le consentement de ses parents.

Le code permanent attribué à un élève peut être modifié si l'élève a changé officiellement de nom ou de prénom.

À ce jour, un mineur ne peut obtenir le changement de mention de sexe au registre de l'état civil, et ce, malgré le consentement de ses parents ou tuteurs.

3. Tenir des dossiers conformes aux pratiques juridiques et à la réalité du terrain

Le respect de la confidentialité de l'élève transgenre et de son processus de transition est d'une importance capitale. L'établissement scolaire doit tout mettre en œuvre pour garantir que cette confidentialité est maintenue malgré les contraintes administratives. Le personnel de l'établissement scolaire ne doit pas divulguer des renseignements qui pourraient révéler l'identité transgenre de l'élève à autrui, y compris à ses parents et à d'autres membres du personnel de l'établissement, à moins que l'élève concerné ait expressément autorisé une telle divulgation. Seul l'élève concerné peut décider quels renseignements privés il souhaite divulguer et avec qui il désire en discuter, et ce, même si l'élève transgenre assume publiquement son identité à l'école.

La tenue de dossier d'un élève transgenre peut constituer un défi pour les registraires et les membres du personnel de l'établissement scolaire. La clé de la réussite réside dans la capacité de chaque établissement scolaire de mettre en place des mesures nécessaires pour que l'élève transgenre puisse fonctionner avec son prénom choisi sans que cela nuise à ses études et à son intégration.

À ce jour, le code permanent demeure l'unique outil d'identification officielle de l'élève par le ministère de l'Éducation. Par conséquent, la portée d'action des établissements scolaires est limitée par les exigences administratives du ministère de l'Éducation. Toutefois, cette contrainte ne modifie en rien les obligations légales des établissements scolaires quant au respect des droits fondamentaux de leurs élèves, notamment en ce qui a trait au droit à la protection de leur vie privée et à la garantie de leur sécurité.

Le dossier officiel de chaque élève comporte son nom légal ainsi que la mention de son sexe tel qu'il apparaît au registre de l'état civil du Québec. Cependant, l'établissement scolaire n'est pas tenu d'utiliser le nom légal et la mention du sexe officiel de l'élève dans les autres dossiers ou documents scolaires le concernant. Ainsi, certaines adaptations au dossier scolaire de l'élève peuvent être mises en place à la demande de l'élève ou de ses parents, le cas échéant.

Dans le souci de préserver la vie privée de l'élève transgenre et la confidentialité de son identité de genre, le personnel ou l'administration de l'établissement scolaire devront, selon la volonté de l'élève, prendre les mesures suivantes :

- Modifier le dossier scolaire de l'élève afin d'y inscrire son prénom choisi et le sexe qui lui correspond. Ce dossier servira uniquement au sein de l'établissement scolaire.
- Prendre des mesures particulières afin de préserver la confidentialité de certains documents de l'élève dans son dossier scolaire, lorsque nécessaire (par exemple, conserver les documents officiels révélant le nom légal de l'élève sous enveloppes scellées dans son dossier avec accès limité à la direction de l'établissement).

- Contacter le Service de l'organisation scolaire afin de s'informer sur la façon de procéder pour constituer un tel dossier et d'assurer l'éventuel transfert de données au ministère de l'Éducation (par exemple, les résultats aux épreuves ministérielles).
- S'assurer que tous les formulaires et les banques de données de l'établissement scolaire sont mis à jour de sorte que le nom choisi par l'élève puisse être inscrit correctement sur les listes d'élèves, les horaires individuels, les dossiers des élèves, les cartes d'identité, etc.
- Prévoir les divers scénarios selon lesquels la confidentialité du dossier de l'élève transgenre pourrait être compromise et mettre en place des mécanismes qui permettent d'éviter une divulgation involontaire de renseignements personnels confidentiels, notamment en cas de suppléants ou de roulement de personnel.
- Lorsque l'établissement scolaire est obligé par la loi d'utiliser ou de signaler le nom ou le sexe légal d'un élève transgenre (comme lors des épreuves du ministère de l'Éducation), adopter des pratiques qui préservent la confidentialité de l'élève transgenre, telles que commander d'avance des cahiers de réponses intacts (sans le nom légal de l'élève transgenre) auprès du ministère de l'Éducation.
- Informer l'élève ou le parent ou tuteur d'un élève transgenre, le cas échéant, que malgré toutes les précautions prises par l'établissement scolaire, le code permanent de l'élève ou d'autres éléments issus de la gestion du dossier administratif de l'élève risquent de compromettre la confidentialité de sa transition.

Il est important de mettre en place toutes les mesures administratives réalisables afin de prévenir toute divulgation accidentelle de l'identité transgenre. Dans certains cas, une divulgation non souhaitée peut exposer l'élève à un sérieux risque de détresse psychologique, d'ostracisme ou de violence. Même si bon nombre d'élèves mineurs peuvent compter sur l'appui parental dans leur transition sociale et médicale, certains doivent dissimuler leur démarche à leurs parents en raison des risques de violence, de rejet, etc. Néanmoins, l'élève doit être informé que tout au long de son parcours scolaire, tout changement (transfert d'établissement scolaire, passage au secondaire, etc.) comporte un risque accru de divulgation, et ce, bien que toutes les précautions possibles soient prises afin d'éviter une telle situation.

Dans certains cas, l'élève choisira de faire sa transition au sein du même établissement scolaire, et ce, entouré d'amis et de membres du personnel qui connaissent son sexe assigné à la naissance. Dans ce cas, il va de soi que l'enjeu de la confidentialité ne sera pas de la même ampleur que lorsque la transition doit être tenue « secrète ». Toutefois, il faut garder en tête que peu importe les circonstances, seul l'élève peut décider quelles informations le concernant seront divulguées, quand et à qui.

Il est de la responsabilité de l'équipe-école d'orienter l'élève et de l'accompagner dans cette prise de décision de façon à assurer sa sécurité et à favoriser son adaptation. Ainsi, il se peut que l'élève doive être sensibilisé à la nécessité d'informer certains membres du personnel de

l'établissement scolaire ou ses parents, le cas échéant, de son identité transgenre puisque l'obtention de certains services, accommodements ou adaptations peut être conditionnelle à la divulgation de certains renseignements.

4. Permettre à l'élève de porter des vêtements qui cadrent avec l'expression de son identité de genre

Tous les élèves ont le droit de s'habiller d'une manière cohérente avec leur identité ou leur expression de genre. L'établissement scolaire a l'obligation de permettre à ses élèves de porter des vêtements qui cadrent avec leur identité de genre, tout en respectant le code vestimentaire de l'établissement scolaire.

Le respect des choix liés à l'habillement et à l'apparence générale est un aspect important du respect de l'identité et de l'expression de genre des élèves. L'élève transgenre, comme tous les élèves, doit être en mesure de porter des vêtements qui correspondent à son identité de genre. Il faut aussi prendre en considération le fait que certains élèves, dont ceux qui s'identifient autrement que dans un cadre binaire, ne sont pas à l'aise de porter des vêtements qui sont clairement identifiés au genre « féminin » ou « masculin ».

Par conséquent, les règles de tenue vestimentaire, souvent énoncées dans le « code de vie » de l'établissement scolaire, doivent faire preuve de neutralité et de souplesse pour que les restrictions qui touchent les vêtements ou l'apparence des élèves ne s'appuient pas exclusivement sur l'identité de genre. Ainsi, il faut éviter d'utiliser des descripteurs ou des étiquettes qui visent spécifiquement les sexes lors de l'élaboration des codes vestimentaires. Ces derniers devraient reposer sur des besoins réels au sein du milieu scolaire et non uniquement sur des stéréotypes ou sur la binarité des genres. Par exemple, plutôt que d'écrire « les filles ne doivent pas porter de jupes courtes », il serait plus approprié d'écrire « les jupes courtes sont interdites ».

5. Donner le choix à l'élève d'utiliser les toilettes et les vestiaires conformément à son identité de genre

L'accès aux toilettes est un besoin physique de base qui constitue un élément fondamental de la dignité humaine de chacun. Conséquemment, les élèves ont le droit d'utiliser les toilettes et les vestiaires avec lesquels ils se sentent à l'aise et qui se rapprochent le plus de leur identité de genre, et ce, quel que soit le sexe qui leur a été attribué à la naissance ou leur expression de genre. S'ils le désirent et lorsque cela est possible, les élèves peuvent aussi accéder à un cabinet de toilette privé (toilette neutre) accessible ou à des espaces privés dans les vestiaires, mais aucun élève ne doit y être obligé.

L'accès aux toilettes et aux vestiaires qui cadrent avec l'identité de genre de l'élève relève de son choix personnel. Personne ne doit être tenu d'utiliser des toilettes ou des vestiaires séparés parce que d'autres personnes ont fait part de leur malaise ou de leurs craintes. Au contraire, ce sont les élèves transgenres qui s'exposent à du harcèlement ou à de la violence au moment d'utiliser ces installations. L'établissement scolaire doit demeurer vigilant à cet égard et prendre toutes les mesures nécessaires afin de garantir la sécurité de ces élèves. L'éducation et la sensibilisation contribueront nécessairement à éliminer les attitudes transphobes. Les toilettes neutres offertes aux élèves qui souhaitent plus d'intimité, qu'ils soient ou non transgenres, doivent être idéalement accessibles, c'est-à-dire situées dans un emplacement non stigmatisant dans l'établissement scolaire. Les élèves transgenres n'ont toutefois aucune obligation de les fréquenter.

Lors de l'accès au vestiaire, l'élève transgenre doit disposer d'options qui répondent à ses besoins individuels et à sa préoccupation en matière de vie privée. Selon la disponibilité des lieux et la nature des préoccupations exprimées, les options offertes peuvent inclure :

- L'utilisation d'un espace privé au sein de l'espace public (p. ex., une cabine de toilette avec une porte, une zone séparée par un rideau ou le bureau de l'enseignant d'éducation physique);
- L'établissement d'un horaire modifié (l'utilisation du vestiaire soit avant ou après les autres élèves);
- L'utilisation d'un espace privé à proximité (toilette à proximité).

Les options quant aux toilettes et aux vestiaires doivent également s'appliquer lors des déplacements (par exemple, pour des compétitions sportives dans d'autres établissements scolaires). Les établissements scolaires doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir l'accès aux toilettes et aux vestiaires en fonction des besoins de l'élève, y compris communiquer avec l'autre établissement en cause (avec l'autorisation expresse de l'élève) pour s'assurer que l'élève aura accès à des installations confortables et sécuritaires, conformément à son identité de genre. Ce faisant, il est important de préserver la confidentialité de l'identité transgenre de l'élève et de ne pas la divulguer sans sa permission.

6. Favoriser la pleine participation de l'élève aux cours d'éducation physique et aux activités parascolaires

Les élèves transgenres doivent être en mesure de participer aux cours d'éducation physique et aux activités parascolaires dans des conditions où ils sont en sécurité, bien intégrés et respectés, dans un milieu sûr, exempt de discrimination ou de harcèlement.

Il est inacceptable d'exiger d'un élève transgenre qu'il participe à des activités selon son sexe attribué à la naissance. Les élèves transgenres ont le droit de participer aux cours d'éducation physique, aux équipes de sport de compétition ou de loisir, d'une façon qui les met à l'aise et dans laquelle ils se sentent en sécurité, conformément à leur identité de genre.

Afin de maintenir un milieu qui limite au minimum l'opposition binaire des sexes, les établissements scolaires devraient réduire ou éliminer, dans la mesure du possible, la pratique visant à séparer les élèves selon le sexe pour tout type d'activité. Dans les circonstances où la ségrégation des élèves selon le sexe est inévitable, les élèves doivent avoir accès aux activités et aux situations conformément à leur identité de genre, que ce soit dans le cadre d'activités sportives ou pédagogiques ou de sorties.

Pour les activités ou sorties qui impliquent la nécessité d'un hébergement, l'option d'offrir une habitation privée sans frais supplémentaire doit être envisagée si la confidentialité ou la sécurité de l'élève est en jeu.

AIDE-MÉMOIRE

- Soutenir l'élève dans sa démarche individuelle

- Utiliser le prénom et le pronom choisis par l'élève

- Tenir des dossiers conformes aux pratiques juridiques et à la réalité du terrain

- Permettre à l'élève de porter des vêtements qui cadrent avec l'expression de son identité de genre

- Donner le choix à l'élève d'utiliser les toilettes et les vestiaires conformément à son identité de genre et, dans la mesure du possible, désigner certaines toilettes et certains vestiaires comme étant neutres sur le plan du genre, en les déclarant accessibles à tous

- Favoriser la pleine participation de l'élève aux cours d'éducation physique et aux activités parascolaires

Considérations finales

- ✓ La collaboration de la direction ainsi que du personnel enseignant et de soutien est essentielle à la réussite de l'intégration d'un élève transgenre.
- ✓ Une adaptation de l'environnement social et administratif de l'établissement scolaire est nécessaire pour remplir le devoir de protection de l'élève transgenre et de ses renseignements personnels.
- ✓ Un établissement scolaire où l'ensemble du personnel est sensibilisé à la réalité des jeunes transgenres est mieux outillé pour sensibiliser les élèves quant à l'importance de respecter les personnes transgenres et peut également favoriser la résilience chez les jeunes qui vivent des expériences transphobes difficiles.
- ✓ Les accommodements des besoins doivent toujours se faire d'une manière qui favorise le plus possible l'intégration et la pleine participation de l'élève.
- ✓ La plupart des mesures d'adaptation ne sont pas difficiles à mettre en place et ne devraient pas imposer de fardeau important aux établissements scolaires.
- ✓ Certains élèves transgenres n'ont besoin d'aucune mesure d'adaptation. Cela dépend de la situation et des besoins de chaque élève.

5.5

L'identité de genre et la transsexualité

De plus en plus de personnes ont recours à une réattribution de sexe. Il est temps de mieux les comprendre pour mieux les soigner.

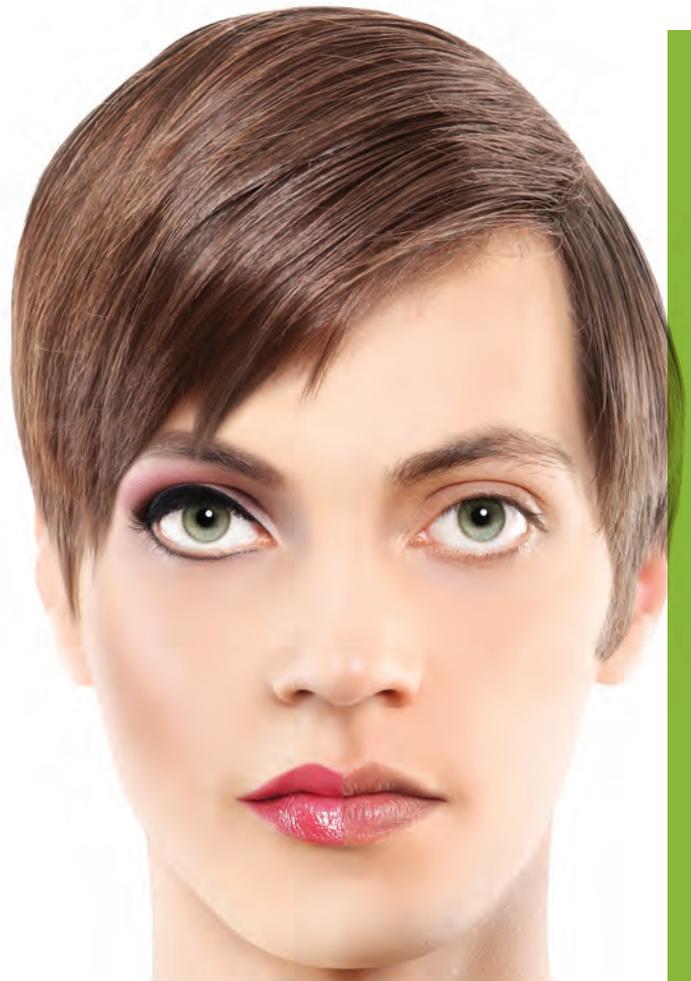
Par **Denyse Perreault**

*Le sexe anatomique relève de la biologie.
L'identité de genre est une construction psychologique colorée par la société.
L'orientation sexuelle dépend de chaque personne. Ces trois caractéristiques ne sont pas la même chose et jusqu'à un certain point, elles ne dépendent pas non plus de nous.*

L'identité trans présente une grande diversité. « Elle peut englober des personnes transsexuelles, transgenres, bispirituelles appelées « aux-deux esprits » par les nations autochtones, intersexuées, au genre fluide ou variant désigné par le terme anglais *queer* », résume Michel Dorais, professeur à la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval et auteur de l'essai *Éloge de la diversité sexuelle*. Il n'y va pas avec le dos de la cuillère pour déplorer la désuétude de l'approche binaire qui répartit les genres en deux : masculin ou féminin, et qualifie « d'apartheid sexuel et d'intégrisme identitaire cette notion de sexe dans laquelle nous sommes piégés » (Dorais, 1999).

« Complexe et nuancé, le vocabulaire trans désigne une multitude de réalités qui ne nous sont pas encore familières, poursuit-il. Ainsi, la personne *queer* n'adhère pas à notre système binaire de construction du genre et se promène entre les deux. La personne trans naît avec un corps qu'elle ne reconnaît pas comme étant le sien. » Quant à la transition, M. Dorais l'explique « comme un processus complexe, en plusieurs phases, qui consiste à harmoniser l'anatomie et l'identité sociale d'une personne à son identité de sexe ou de genre. La transition peut se faire au plan social (son identité aux yeux d'autrui), légal (son nom ou la mention de sexe sur les documents officiels), cosmétique (apparence) ou physique (hormonothérapies et chirurgies). Ces différents plans sont indépendants les

La transition précoce est « une question controversée et soulève des opinions divergentes chez les professionnels. Les preuves actuelles sont insuffisantes pour prédire les résultats à long terme de la transition sociale complète pendant la petite enfance » (WPATH, 2012).



© Visivasnc / Dreamstime.com

uns des autres; ainsi, une personne peut faire une transition sociale sans avoir subi d'intervention médicale » (Dorais, 1999).

La dysphorie de genre

Le milieu de la santé dispose d'un ouvrage de référence pour accompagner les personnes trans avant, pendant et après leur transition. Il s'agit de la septième version des *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non conforme* (WPATH, 2012), publié par l'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre. Tout comme l'Association canadienne des professionnels de santé pour les transsexuels qui y est affiliée, elle regroupe des

SOCIÉTÉ L'IDENTITÉ DE GENRE ET LA TRANSSEXUALITÉ

Encadré 1 Le Lexique

Les expressions *transsexualisme* et *transidentité* sont précédées du préfixe *trans*, qui signifie *passage*. Dans les écrits, une femme trans, homme au départ, est désignée par les lettres HvF (homme vers femme) ou MtF (*male to female*). L'homme trans, femme au départ, est désigné FvH (femme vers homme) ou FtM (*female to male*).

Transgenre se définit et s'exprime de plusieurs façons. L'expression désigne une personne dont le sexe biologique ne correspond pas à ce qu'elle est et ce qu'elle ressent, sans impliquer toutefois qu'elle désire une réassignation de sexe. *Intersexuation* ou *intersexué* désigne les personnes dont les organes génitaux présentent une ambiguïté sexuelle visible et qu'on ne peut définir mâles ou femelles. Les termes génériques *transidentitaires* et *personnes trans* sont de plus en plus souvent utilisés.

psychiatres, endocrinologues, chirurgiens et autres professionnels de la santé. L'approche privilégiée par les Standards de soins (SDS) est fondée sur la réduction des méfaits en lien avec le consentement éclairé et l'auto-détermination.

En 2013, la transsexualité a été retirée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DMS-V) de l'*American Psychiatric Association*, comme l'avait été l'homosexualité en 1973. Elle a été remplacée par le diagnostic de dysphorie de genre (incidemment contesté par plusieurs personnes trans et praticiens). Comme l'expliquent les SDS, les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non conforme ne sont pas des personnalités pathologiques.

Par ailleurs, les SDS précisent que le diagnostic de dysphorie de genre « renvoie à l'inconfort ou à la souffrance causé par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance, les rôles de genre ou les caractères sexuels primaires ou secondaires. Seule une partie des personnes de genre non conforme feront l'expérience d'une dysphorie de genre à un moment donné de leur vie » (WPATH, 2012). Or, ce diagnostic ouvre la porte à la transition de nature médicale.

Encadré 2 L'hormonothérapie

Les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non conforme peuvent chercher l'aide d'un professionnel en santé mentale pour toutes sortes de raisons. Quel que soit le motif de la demande de soins, il est souhaitable que les professionnels de santé mentale soient familiers avec les problèmes de non-conformité de genre, et agissent avec la compétence culturelle appropriée en faisant preuve d'empathie pendant le traitement.

L'hormonothérapie féminisante ou masculinisante peut être initialisée sur recommandation d'un professionnel de santé mentale qualifié. À défaut, un professionnel de santé formé en santé comportementale, compétent dans l'évaluation de la dysphorie de genre et travaillant avec ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire, pourra évaluer l'admissibilité du patient, de même que le préparer et l'orienter pour une hormonothérapie, principalement en cas d'absence de problèmes de santé mentale coexistants.

Source : WPATH, 2012.

Épidémiologie

Les différences culturelles d'un pays à l'autre et les stigmates à l'égard de la transsexualité expliquent que les données épidémiologiques soient quasi inexistantes. Le scientifique américain Peter Schattner estime que le nombre de personnes trans varie de 1 ou 2 : 1 000 à 1 ou 2 : 10 000 (News and Experts, 2015). Des chercheurs européens se sont penchés sur un sous-groupe plus facilement identifiable, soit les personnes transsexuelles qui présentent une dysphorie de genre et qui ont demandé des soins relatifs à leur transition dans des centres spécialisés. Les taux de prévalence vont de 1 : 11 900 à 1 : 45 000 pour les personnes homme-vers-femme (MtF) et de 1 : 30 400 à 1 : 200 000 pour les personnes femme-vers-homme (FtM) (WPATH, 2012).

Parmi les études citées par le SDS, Reed *et al.* (2009) rapportent que le nombre de demandes de soins dans des services spécialisés du Royaume-Uni a doublé tous les cinq ou six ans. Zucker *et al.* (2008) rapportent une multiplication par quatre ou cinq sur une période de 30 ans des orientations d'enfants ou d'adolescents vers leur clinique à Toronto (WPATH, 2012).

L'identité de genre

« Le sexe est moins déterminé par les chromosomes que par les gènes individuels et les protéines encodées dans ces gènes. D'autres facteurs, comme la façon d'élever les enfants en tant que filles ou garçons, peuvent jouer un rôle dans la construction de l'identité de genre. Généralement, les gens constatent très tôt que leur orientation sexuelle ne relève pas d'un choix » (Schattner, 2014).

L'enfance

Il arrive souvent qu'un enfant s'interroge sur son corps ou refuse les jeux et les vêtements attribués à son sexe – une phase qui, le plus souvent, s'atténue puis disparaît avec l'âge. Professeure agrégée, responsable du programme de maîtrise en travail social à l'École du travail social de l'Université de Montréal et mère d'un enfant trans, Annie Pullen Sansfaçon précise que l'identité de genre se développe à partir de trois ou quatre ans. « Vers sept ou huit ans, on a une meilleure idée et elle se cristallise bien avant l'adolescence », dit-elle. Le sondage Trans PULSE mené en Ontario révèle que 59 % des répondants sont conscients que leur identité de genre ne correspond pas à leur corps avant l'âge de 10 ans, et 80 %, avant 14 ans (Bauer et Scheim, 2015).

« La psychologue américaine Diane Ehrensast parle de persistance, de consistance et d'insistance dans l'expression de genre, précise Annie Pullen. Ce n'est pas un caprice. Il faut soutenir l'enfant qui a le courage d'en parler, tout en respectant son rythme. Seul l'enfant sait comment il se sent intérieurement. Il faut aussi venir en aide à la famille. Vulnérables, les jeunes n'ont pas les habiletés requises pour défier l'autorité et faire respecter leurs désirs face à un environnement qui peut être hostile, à l'école ou dans l'entourage. Le parent doit accepter et apprivoiser la situation. Trans PULSE indique qu'en présence de soutien parental adéquat, le taux de suicide chez les jeunes diminue de 93 % ».



Annie Pullen Sansfaçon
Professeure agrégée,
responsable du pro-
gramme de maîtrise en
travail social à l'École du
travail social de l'Univer-
sité de Montréal

« Seul l'enfant sait comment il se sent intérieurement. Il faut aussi venir en aide à la famille. Vulnérables, les jeunes n'ont pas les habiletés requises pour défier l'autorité et faire respecter leurs désirs face à un environnement qui peut être hostile, à l'école ou dans l'entourage. »

Chez plusieurs enfants, le désir d'une transition de genre arrive bien avant la puberté. Des cas de transitions précoces, soit dans la petite enfance, se produisent avec succès dans le cadre familial. Les SDS insistent sur l'importance que les parents soient conseillés et soutenus par des professionnels et rappellent les taux peu élevés de persistance de dysphorie de genre de l'enfance à l'âge adulte. La transition précoce est « une question controversée et soulève des opinions divergentes chez les professionnels. Les preuves actuelles sont insuffisantes pour prédire les résultats à long terme de la transition sociale complète pendant la petite enfance. Les données des recherches sur ces transitions sociales précoces renseigneraient fortement les recommandations cliniques futures », peut-on lire (WPATH, 2012).

L'adolescence

L'adolescence est l'âge de l'exploration, des questionnements, des outrances et de toutes les effervescences, y compris hormonales. Gabrielle Bouchard, coordonnatrice de la défense des droits trans au Centre de lutte contre l'oppression des genres, organisme indépendant affilié à Concordia, rappelle « qu'une personne qui ne se reconnaît pas devant la métamorphose de ses seins, de ses hanches et l'arrivée de ses menstruations ou encore devant sa barbe naissante, sa voix qui mue et ses premières érections, peut en arriver à hair son corps. Il ne faut pas non plus présenter le fait d'être trans comme négatif ou positif, mais simplement comme un état. »



Michel Dorais
Professeur à la Faculté
des sciences sociales de
l'Université Laval

« La transition est un processus complexe, en plusieurs phases, qui consiste à harmoniser l'anatomie et l'identité sociale d'une personne à son identité de sexe ou de genre. La transition peut se faire au plan social (son identité aux yeux d'autrui), légal (son nom ou la mention de sexe sur les documents officiels), cosmétique (apparence) ou physique (hormonothérapies et chirurgies). Ces différents plans sont indépendants les uns des autres; ainsi, une personne peut faire une transition sociale sans avoir subi d'intervention médicale. »

À l'adolescence, plusieurs jeunes ressentent une dysphorie. Dans la plupart des cas, elle ne perdure pas à l'âge adulte. Un blocage hormonal de puberté peut toutefois être offert aux adolescents répondant à certains critères, notamment avoir montré une tendance durable et intense de leur non-conformité. Leur dysphorie de genre doit être apparue ou s'être aggravée avec la puberté. Cette mesure donne plus de temps aux adolescents pour explorer leur non-conformité et supprimer les effets de la puberté. Éventuellement, elle facilite la transition à l'âge adulte en prévenant le développement de caractères sexuels difficiles ou impossibles à inverser si l'adolescent poursuit sa réassignation sexuelle (WPATH, 2012).

Encadré 3 Les chirurgies de réassignation de sexe

À la suite d'une entente avec le gouvernement du Québec, la RAMQ rembourse les frais relatifs à ces chirurgies. Les interventions couvertes pour les hommes trans sont la masculinisation du torse (mastectomie), la phalloplastie (construction du phallus et du scrotum, vaginectomie, construction de l'urètre, insertion des implants testiculaire et pénien) et la métaïodoplastie. Pour les femmes trans : la vaginoplastie (construction de la vulve, du clitoris et du vagin). Depuis 2009, au Québec, 661 personnes ont eu recours à ces chirurgies : 304 femmes vers hommes et 357 hommes vers femmes (MSSS, 2016).

Ne sont pas couvertes les chirurgies dites esthétiques qui consistent à féminiser le corps : l'augmentation mammaire, la féminisation faciale, la chondroplastie de la thyroïde (réduction du cartilage thyroïdien ou de la pomme d'Adam), la chirurgie de modification de la voix, la liposuction et la lipoplastie de la taille; même réalité en ce qui a trait aux chirurgies visant à masculiniser le corps : la liposuction, le remodelage (*lipofilling*) et les implants pectoraux. Toutefois, selon les SDS, ces chirurgies pourraient s'avérer médicalement nécessaires pour un individu souffrant d'une grave dysphorie de genre (WPATH, 2012).



Gabrielle Bouchard
Coordonnatrice de la
défense des droits trans
au Centre de lutte
contre l'oppression
des genres, organisme
indépendant affilié à Concordia

« On ne se lève pas un matin en se disant « je suis trans ». Mais on peut décider ou pas de sortir du placard. Toute transition requiert un suivi, non pas pour valider le genre mais pour évaluer si la personne a les outils pour faire face à cette réalité et si ses attentes sont réalistes. Cela dit, la dysphorie est très présente chez les jeunes à divers degrés. »

La clientèle de la sexologue et psychothérapeute Mérisa Joly est majoritairement composée de personnes trans âgées de 16 ans et plus. Depuis le début de sa pratique en 2013, de plus en plus d'hommes trans (FvH) la consultent, et ce, de plus en plus jeunes. « Plusieurs personnes trans vivent bien sans recourir à la chirurgie, fait-elle remarquer. Elles ont simplement le goût d'être reconnues comme femme ou homme sans vouloir modifier leurs parties génitales », précise-t-elle.

L'âge adulte

Un diagnostic de dysphorie ouvre la porte à l'hormonothérapie et à la chirurgie. Pour l'obtenir, il faut entreprendre un suivi psychologique préalable d'une durée minimale de six mois. Là comme ailleurs, longues



Mérika Joly
Sexologue et psycho-
thérapeute

« Il ne faut pas croire qu'une transition réussie

signifie être plus belle, plus grande ou très masculin. Les vêtements, la posture, la tonalité et le débit de la voix, la façon de s'exprimer, ainsi que les expressions faciales propres à chaque sexe font partie d'une démarche de transition. Même la personne qui se sent à l'aise et dispose d'un bon réseau de soutien peut vivre des deuils difficiles. »



Anne Dubé
Infirmière clinicienne
pivot au Centre métro-
politain de chirurgie

« La plupart du temps, la transition s'amorce plusieurs années avant que la personne n'ait recours à l'intervention, précise Anne Dubé. Toutes les étapes sont importantes. La chirurgie d'affirmation de genre est un événement heureux pour les personnes trans. À ce stade, le soutien de l'entourage et la stabilité bio-psycho-sociale sont cruciaux. »



Jean-Sébastien Sauvé
Juriste au Centre de
recherche en droit
public de la Faculté de
droit de l'Université de
Montréal

« Selon la Charte des droits et libertés de la personne, nul ne peut discriminer une personne en raison de son identité ou de son expression de genre. Il faudrait publiciser davantage cette précision qui a été ajoutée le printemps dernier à l'article 10. »

sont les listes d'attente et rares sont les ressources formées pour accompagner psychologiquement les personnes trans. Celles qui en ont les moyens optent pour le privé; d'autres, en désespoir de cause, se procurent leurs hormones sur le marché noir.

Semé d'embûches, le parcours de transition s'étale sur plusieurs années durant lesquelles il faut « survivre ». « Modifier ses papiers d'identité et éventuellement recourir à la chirurgie d'affirmation de genre, terme qui, selon moi, est plus approprié, demande un grand courage, observe Gabrielle Bouchard. Chez les personnes trans, le taux de suicide avoisine les 40 % et le pourcentage de pensées suicidaires atteint 70 %. » Des accessoires qui compressent les seins ou cachent les organes génitaux mâles sont des alternatives à la chirurgie.

« Il y a des personnes pour lesquelles la dysphorie envers leurs organes génitaux est si intense que le passage au bloc opératoire est essentiel. Cette intervention représente le dernier maillon de la transition », explique

Anne Dubé, infirmière clinicienne pivot, directrice des soins trans au Centre Métropolitain de Chirurgie (GRS Montréal). Ce centre privé et agréé, établi à Montréal, est le seul établissement au Québec à prendre en charge le processus chirurgical de réassignation de sexe.

Les SDS précisent qu'avant cette intervention, la personne doit présenter une dysphorie bien documentée et répondre à plusieurs critères, notamment avoir suivi une hormonothérapie de remplacement, avoir vécu une année en continu dans le genre désiré et avoir un état de santé mentale stable et bien contrôlé. Un médecin de famille doit pouvoir confirmer son bon état de santé. Les SDS rapportent un taux de satisfaction post-chirurgicale de 87 % pour les patientes homme-femme et de 97 % pour les patients femme-homme (WPATH, 2012). Les cas de détransition sont rarissimes.

Le vieillissement

Les aînés trans ont préparé le terrain contre vents et marées, le plus

souvent dans l'ombre. Jean-Sébastien Sauvé, juriste spécialisé en droit des minorités sexuelles et de genre, œuvre au Centre de recherche en droit public de la Faculté de droit de l'Université de Montréal. Il signale que leur arrivée en CHSLD soulève son lot de craintes, fondées ou pas, dont celle de passer pour des bêtes de foire. Cette clientèle est très vulnérable. « Ce qui nous paraît anodin au quotidien ne le sera pas pour des personnes qui se battent depuis très longtemps pour être reconnues. »

« De nombreuses personnes âgées trans sont abandonnées à elles-mêmes, constate Marie-Marcelle Godbout, présidente fondatrice de l'Aide aux trans du Québec (ATQ). Plusieurs se sont mariées, ont eu des enfants, ont été incomprises, rejetées et taxées d'hypocrisie quand elles sont sorties du placard à une époque où elles passaient pour déviantes. Tant de souffrances pour elles et leurs proches. Le jour où elles seront en perte d'autonomie, quelle dignité leur restera-t-il lorsque quelqu'un voudra voir le fond de leur culotte. »

Les craintes de M^{me} Godbout qui trouve « merveilleux que les infirmières puissent en apprendre davantage à leur sujet » sont corroborées par les recherches de la Chaire de l'homophobie de l'UQÀM. Dans *Mieux intervenir auprès des aînés.e.s trans*, les auteurs, qui ont collaboré avec l'ATQ, précisent qu'aux problèmes habituels des personnes vieillissantes (solitude, santé et faible revenu) s'ajoutent « la peur du rejet par la famille, la transphobie des communautés

Encadré 4 Prénom et pronom

Dans le cadre de cet article, une douzaine de personnes, trans et professionnelles, ont été interrogées. L'une des grandes difficultés pour les personnes trans est l'accès aux soins de santé. Et une fois qu'elles y arrivent, l'un des irritants est l'utilisation du prénom affiché sur leur carte d'assurance-maladie même si, à l'évidence, leur transition est bien avancée et que leur apparence ne concorde plus avec leur identité légale.

L'utilisation de l'ancien prénom ou pronom équivaut à étaler en public la vie privée d'une personne qui ne souhaite peut-être pas s'afficher comme trans. Elle le ressent comme une micro-agression psychologique assénée partout où il est nécessaire de cocher une case pour indiquer son genre.

gais et lesbiennes et la discrimination exercée par les professionnels de la santé et des services sociaux. » Les auteurs pointent aussi du doigt les barrières auxquelles peuvent faire face les trans de tous âges : manque de services spécialisés en région, coûts associés à la transition, rigidité des protocoles, refus de prendre cette clientèle en charge.

L'inconnu

Le personnel soignant se réfère aux SDS quand il les connaît. Danielle Chénier, administratrice de l'ATQ, signale que les établissements publics ne sont pas toujours au diapason des nouvelles connaissances et des ressources disponibles, même si la transsexualité est de moins en moins tabou. « Les personnes trans se heurtent parfois à un refus de soins pur et simple, les professionnels s'estimant non qualifiés pour les soigner, et ce, même si elles consultent pour un mal de gorge. »

L'infirmière Anne Dubé témoigne de la discrimination et de la pression sociale dont les personnes trans peuvent faire l'objet. « Que l'infirmière travaille à l'urgence, en médecine familiale, sur une unité de chirurgie ou en soins à domicile, je vois un grand manque de connaissances et parfois, d'ouverture. Il est normal d'avoir des réticences face à l'inconnu mais comme infirmières, ne devrions-nous pas nous informer pour que chaque patient puisse être pris en charge dans un contexte de soins adéquat et respectueux? L'infirmière doit pouvoir jouer son rôle d'avocate du patient auprès des autres professionnels de la santé. En nous informant, nous pourrions collectivement contribuer au mieux-être de la population trans, tant pour l'accessibilité aux services que pour favoriser une approche plus inclusive. »

À l'exception des rares circuits spécialisés comme les organismes Cactus et la Clinique l'Actuel à Montréal, peu de ressources peuvent assurer les suivis postopératoires d'une dilatation vaginale d'une femme trans, des mammographies hommes et femmes ou de l'examen gynécologique d'un homme trans ayant encore son utérus. Et que dire du suivi de grossesse? Dans son mémoire, l'ostéopathe Marie-Josée Goyette note que le quart des personnes interrogées dans le cadre de sa recherche ont eu des enfants. En mettant fin à son traitement hormonal, un homme ayant toujours ses organes génitaux féminins peut porter un enfant. Or, un homme enceint est plutôt inhabituel (Goyette, 2015).

Les temps changent

Indéniablement, les temps changent même si les progrès se font lentement. Le professeur Michel Dorais rappelle que pour les personnes trans, tout se passe comme pour les homosexuels, il y a 20 ans. La sexologue Mérida Joly parle de changement de paradigme. « Dans dix ou quinze ans, la transition sera devenue monnaie courante et on en parlera moins. »

Paradoxe actuel : l'intérêt grandissant des médias pour les personnes trans alors que la majorité d'entre elles souhaiterait passer inaperçue. En 2016, l'épineux sujet de l'usage des toilettes publiques a par ailleurs mis le sujet en avant-plan.

Encadré 5 Des ressources

- Action Santé Travesti(e)s et Transsexuels(le)s du Québec (ASTTeQ) : www.astteq.org/fr/
- Aide aux trans du Québec (ATQ) : www.atq1980.org/
- Association canadienne des professionnels en santé des personnes transsexuelles (Canadian Professional Association for Transgender Health) : www.cpath.ca/fr/home/
- Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (World Professional Association for Transgender Health – WPATH) www.wpath.org/site_home.cfm
- Centre de lutte contre l'oppression des genres : <http://deslutttesgenres.org/>
- Conseil québécois Lesbiennes Gais Bisexeule.le.s, Trans (LGBT) : www.conseil-lgbt.ca/
- Centre métropolitain de chirurgie : www.grsmontreal.com
- Enfants transgenres Canada : <http://enfantstransgenres.ca/>
- Institut national de santé publique (INSPQ) : www.inspq.qc.ca/formation/evenements
- Institut pour la santé des minorités sexuelles : <http://fr.ismh-isms.com>
- Réseau santé trans du Québec (Trans Health Network) : <http://santetranshealth.org>

Autre avancée importante : depuis octobre 2015, il n'est plus nécessaire de subir des chirurgies génitales pour obtenir un changement de nom et de genre sur les documents officiels. « Le mot soulagement n'est pas assez fort, souligne Marie-Pier Boisvert, directrice générale du Conseil québécois LGBT. C'est plus démocratique ainsi, parce que ces chirurgies entraînaient la stérilisation forcée des personnes. » Dans un courriel de la Direction des communications du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, on indique que 400 demandes de changement de la mention du sexe ont été transmises au Directeur de l'état civil en 2015-2016, comparativement à 92 en 2014-2015 et 76 en 2013-2014.

Formation et soutien

De nombreuses personnes trans ou non sont à l'œuvre dans les organismes de soutien un peu partout au Québec. La communauté trans s'y réfère notamment pour repérer les spécialistes de la santé ayant les connaissances requises pour lui venir en aide. Les professionnels de la santé peuvent trouver de la formation.

Gabrielle Leblanc, travailleuse communautaire, précise qu'ASTT(e)Q a, en 2015, donné de la formation à près de 700 personnes. L'organisme a créé Réseau santé trans du Québec (*Trans Health Network*) et met à la disposition des professionnels un guide intitulé « Je m'engage », qui vise à briser l'isolement du personnel aidant et à remédier à la désinformation. L'Institut pour la santé des minorités sexuelles propose des formations, de la consultation et de la supervision clinique axées sur le vécu LGBT.

Nicole Marois, coordonnatrice à l'Institut national de santé publique du Québec, signale que deux formations créées

— SOCIÉTÉ L'IDENTITÉ DE GENRE ET LA TRANSEXUALITÉ



Des forfaits sans-fil à prix alléchants juste pour vous!

Obtenez **20 %** de rabais sur un forfait **PARTAGEZ TOUT_{MC}**, un crédit de **200 \$** sur la mise en service et bien plus encore!

Visitez la section **Avantages aux membres** sur oiq.org pour tous les détails!

OIIQ, au nom de la santé des Québécois.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

au début des années 1990 par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour faire face à la montée du sida dans la population homosexuelle, ont été actualisées, notamment par Michel Dorais. Les formations gratuites d'une journée intitulées *Sexes, genres et orientations sexuelles : comprendre la diversité*, de même que *Adapter nos interventions aux réalités des personnes de la diversité sexuelle, de leur couple et de leur famille*, sont subventionnées par le ministère de la Justice et sont accessibles depuis l'automne dernier.

Annie Pullen Sansfaçon et Michel Dorais et, en fait, toutes les personnes interrogées, lancent une invitation aux infirmières, celle de privilégier la compassion et l'empathie pour apprivoiser un univers riche de toute la beauté de la diversité humaine. ■

Sources

Association canadienne des professionnels en santé des personnes transsexuelles : www.cpath.ca/fr/home/

Bauer, G.R. et A.I. Scheim. *Transgender People in Ontario, Canada. Statistics from the Trans PULSE Project to Inform Human Rights Policy*, London (ON), University of Western Ontario, juin 2015, 11 p. [En ligne : <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2015/06/Trans-PULSE-Statistics-Relevant-for-Human-Rights-Policy-June-2015.pdf>]

Dorais, M. *Éloge de la diversité sexuelle*, Montréal, VLB Éditeur, 1999, 176 p.

Goyette, M.J. *Profil ostéopathique post-opératoire des hommes trans*. (Mémoire déposé en vue de l'obtention du diplôme d'ostéopathie), Montréal, Académie d'ostéopathie de Montréal, 3 août 2015, 109 p. [En ligne : <http://media.wix.com/ugd/8e2f8e738e1c24114043059b287ea72446e7a7.pdf>]

Hébert, B., L. Chamberland, M.C. Enriquez. *Aide aux trans du Québec. Mieux intervenir auprès des aîné.e.s trans* (Rapport de recherche), Montréal, Université du Québec à Montréal, 2015, 146 p. [En ligne : http://chairehomophobie.uqam.ca/upload/files/Rapport_final_Ainé-e-s_Trans_Septembre2015.pdf] (Page consultée le 22 juillet 2016.)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Échanges de courriels avec Caroline Gingras, MSSS – Relations avec les médias, les 11 et 19 juillet 2016.

Murphy, T.F. « Bioéthique. Études de cas. Section II-2.4.5. Respect des différences – Orientation sexuelle », Ottawa (ON), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 1^{er} décembre 2013. [En ligne : www.royalcollege.ca/rcsite/bioethics/cases/section-2/respect-for-difference-sexual-orientation-f]

News and Experts. « What makes a man a man and a woman a woman? Sexual identity is not as simple as X and Y, scientist says » (communiqué), Wesley Chapel (FL), EMSI Public Relations, 30 sept. 2015.

Reed, B., S. Rhodes, P. Schofield et K. Wylie. *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*, Ashtead (UK), Gender Identity Research and Education (GIRES), juin 2009, 36 p. [En ligne : <http://uktrans.info/research/75-other-research/197-gender-variance-in-the-uk-prevalence-incidence-growth-and-geographic-distribution>]

Schattner, P. *Sex, Love and DNA: What Molecular Biology Teaches Us About Being Human*, Foster City (CA), Olingo Press, 2014, 382 p. [En ligne : www.peterschattner.com]

Télé Québec. « Une pilule, une petite granule : Les jeunes transgenres », 21 janvier 2010. [En ligne : <http://pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=647>]

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre]. *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme* (7^e éd.), Elgin (IL), WPATH, 2012, 130 p. [En ligne : www.agnodice.ch/IMG/pdf/Standards_de_Soins_WPATH_v_Fr_2013-2.pdf]

Zucker, K.J., S.J., Bradley, A. Owen-Anderson, S.J. Kibblewhite et J.M. Cantor. « Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? », *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 34, n° 4, févr. 2008, p. 287-290. [En ligne : https://www.researchgate.net/publication/5278469_Is_Gender_Identity_Disorder_in_Adolescents_Coming_out_of_the_Closet]

RÉFÉRENCES ET LECTURES POUR EN SAVOIR PLUS

Lignes directrices APA

<http://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0024659.pdf>

<http://www.apa.org/about/policy/sexual-orientation.aspx>

<http://www.apa.org/about/policy/diagnoses-homosexuality.aspx>

Lignes directrices AMA

http://www.glma.org/_data/n_0001/resources/live/Welcoming%20Environment.pdf

<http://www.glbthealth.org/CommunityStandardsofPractice.htm>

Être en sécurité, être soi-même : Résultats de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans

https://saravyc.sites.olt.ubc.ca/files/2015/05/SARAVYC_Trans-Youth-Health-Report_FR_Final_Web2.pdf