

LES RAPPORTS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES
SCIENTIFIQUES ET CLINIQUES SUR
LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
MEMBRES DE MINORITÉS SEXUELLES
AYANT UN PROBLÈME DE DÉPENDANCE
À L'ALCOOL OU AUX DROGUES

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**

Affilié à
 **Université
de Montréal**

 **UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE**

LES RAPPORTS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES
SCIENTIFIQUES ET CLINIQUES SUR
LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
MEMBRES DE MINORITÉS SEXUELLES
AYANT UN PROBLÈME DE DÉPENDANCE
À L'ALCOOL OU AUX DROGUES

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT

Affilié à
 Université
de Montréal

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

MOT DE PRÉSENTATION

Cette publication porte sur la prise en charge des personnes membres de minorités sexuelles ayant un problème de dépendance à l'alcool ou aux drogues, et s'inscrit dans la série de rapports de recherche publiés par le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD). Ces rapports visent à rendre les résultats de recherche accessibles à l'ensemble du personnel du CDC-IUD, aux partenaires de notre établissement, à la communauté universitaire et à toute personne intéressée par les dépendances et les problèmes qui y sont associés.

L'objectif de ce travail de recherche visait d'abord à répondre à un certain nombre de questionnements cliniques, au sein de notre établissement, concernant l'accessibilité aux services spécialisés en dépendance par les personnes membres d'une minorité sexuelle. Pour soutenir cette réflexion, le Conseil multidisciplinaire du CDC-IUD, formé de l'ensemble du personnel clinique de l'établissement, a demandé à la Direction de la mission universitaire de réaliser une synthèse des connaissances sur la prise en charge des personnes membres de minorités sexuelles ayant un problème de dépendance aux substances psychoactives (SPA). Le processus de recherche et les recommandations ont été présentés et discutés avec un groupe de cliniciens afin d'assurer un arrimage continu entre la clinique et la recherche.

Certains partenaires informés de notre démarche nous ont souligné que les résultats obtenus dépassent les limites de notre établissement. Cette synthèse de la littérature, et les recommandations qui en découlent, permettent d'alimenter la réflexion et la recherche de solutions afin d'améliorer l'intervention auprès des personnes membres de minorités sexuelles qui sollicitent non seulement l'aide du CDC-IUD, mais aussi de différentes ressources publiques, communautaires et privées en dépendance au Québec. Plus globalement, ce rapport de recherche sera utile à toutes les personnes qui s'intéressent à l'accessibilité, pour les membres des minorités sexuelles, aux services sociaux et de santé.

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont été impliqués dans ce travail, particulièrement Patrice Lépine, pour la rédaction du rapport, et Geneviève Bouchard pour la coordination. Également, un merci très spécial à Didier Acier, chercheur au CDC-IUD qui, à l'été 2009, a supervisé le travail de recherche de la documentation, ainsi qu'aux Drs Daniel La Roche et Danielle Julien, qui ont fait la révision scientifique du rapport. Enfin, merci à Carole-Line Nadeau pour la coordination de l'édition de ce rapport de recherche.

Bonne lecture !



Gilles Cuillerier

Directeur de la mission universitaire

Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

RÉSUMÉ

L'accès aux soins de santé et aux services sociaux peut être problématique pour les personnes membres de minorités sexuelles. Il est donc légitime de se demander si les établissements et les organismes du Québec qui traitent la dépendance aux substances psychoactives (SPA) doivent adapter les soins qu'ils offrent à cette clientèle. Dans cette recension, nous avons cherché à faire le tour de l'information disponible sur la question. Ce rapport rend compte de 68 articles scientifiques et de 9 documents issus des institutions publiques, et aborde la question sous trois angles : 1. la consommation de SPA chez les minorités sexuelles par rapport à la population générale ; 2. les liens, directs ou indirects, entre l'orientation sexuelle et la dépendance aux SPA ; et 3. le contexte de l'intervention auprès des membres de minorités sexuelles. Comparées à la population générale, les personnes membres de minorités sexuelles ont tendance à davantage consommer de SPA, sur le plan autant de la fréquence que de la diversité des produits, à commencer plus jeunes à en consommer et à en consommer jusqu'à un âge plus avancé. Il n'y a cependant pas de lien direct entre la dépendance aux SPA et le fait d'appartenir à une minorité sexuelle : ce lien est plutôt indirect, puisqu'il apparaît par le moyen d'autres facteurs.

Rien n'indique une situation endémique quant à la consommation de SPA parmi les minorités sexuelles ; toutefois, à cause de certaines spécificités liées à cette population (l'homophobie, l'hétérosexisme et la peur d'être jugé), il serait utile de faire des ajustements dans la prestation des services offerts par les établissements et organismes du Québec qui traitent la dépendance aux SPA (en particulier dans le cas des femmes), sans toutefois que cela exige d'offrir de façon systématique des services spécifiques à cette population.

MOTS-CLÉS | MINORITÉS SEXUELLES | ALCOOL | SUBSTANCE PSYCHOACTIVE (SPA) |
| USAGE OU CONSOMMATION | ABUS OU DÉPENDANCE | TRAITEMENT |

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES UTILISÉS DANS CE RAPPORT	8
CONSOMMATION DE SPA.	8
1. LA RECHERCHE	9
Le contexte	9
Les objectifs	9
La sélection de la documentation	10
La population cible et les limites de l'analyse	10
2. LA CONSOMMATION DE SPA CHEZ LES MINORITÉS SEXUELLES	12
Les données antérieures à 1998	12
Portrait de la consommation de SPA chez les gais en comparaison avec la population générale.	13
Portrait de la consommation de SPA chez les lesbiennes en comparaison avec la population générale	15
Portrait de la consommation de SPA chez les personnes bisexuelles en comparaison avec la population générale	17
3. L'ORIENTATION SEXUELLE ET LA DÉPENDANCE	20
Le <i>coming out</i>	21
L'homophobie, l'hétérosexisme et leur intériorisation.	22
L'influence du milieu	24
Les facteurs de protection	25
Les facteurs de risque	26
4. LA PRISE EN CHARGE	28
Les caractéristiques associées à l'admission à des services.	28
Les services existants	29
Les interventions	30
CONCLUSION	33
RECOMMANDATIONS ISSUES DES ÉCHANGES ENTRE LES CHERCHEURS ET LES CLINIENS	35
RÉFÉRENCES	37

SIGLES UTILISÉS DANS CE RAPPORT

CQDT :	Centre québécois de documentation en toxicomanie
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
NSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
LGB :	Lesbiennes, gais et personnes bisexuelles
LGBT :	Lesbiennes, gais, personnes bisexuelles et transgenres ou transsexuels
MSM :	<i>Men who have sex with men</i>
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
SAMHSA :	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (États-Unis)
SPA :	Substance psychoactive

CONSOMMATION DE SPA

À moins d'une précision supplémentaire, les types de consommation d'alcool ou d'usage de SPA décrits dans le texte correspondent à l'une des définitions suivantes.

1. USAGE / CONSOMMATION

Usage ou consommation, en général, sans précision de fréquence ni de quantité.

2. ABSTINENCE

Absence d'usage et de consommation

3. USAGE (OU CONSOMMATION) NON PROBLÉMATIQUE / SANS RISQUE

Usage (ou consommation) n'entraînant aucun problème, par opposition à usage (ou consommation) à risque, problématique ou abusif.

4. USAGE (OU CONSOMMATION) À RISQUE / PROBLÉMATIQUE / ABUSIF

Usage (ou consommation) entraînant des problèmes, par opposition à usage (ou consommation) non problématique / sans risque.

5. CONSOMMATION OCCASIONNELLE D'ALCOOL

Moins de 1 fois par semaine et pas plus de 4 consommations en une même occasion.

6. CONSOMMATION FRÉQUENTE ET LÉGÈRE D'ALCOOL

Au moins 1 fois par semaine et pas plus de 4 consommations en une même occasion.

7. CONSOMMATION À RISQUE D'ALCOOL

5 consommations ou plus en une même occasion.

8. CONSOMMATION À RISQUE FRÉQUENTE D'ALCOOL

5 consommations ou plus en une même occasion au moins 1 fois par semaine.

1. LA RECHERCHE

1.1 LE CONTEXTE

Le Conseil multidisciplinaire du CDC-IUD, formé de l'ensemble du personnel clinique de l'établissement, a fait une demande pour que soit réalisée une synthèse des connaissances sur la prise en charge des personnes membres de minorités sexuelles ayant un problème de dépendance aux SPA. Entérinée par la direction du Centre, cette demande a été adressée à la mission universitaire, qui a décidé de réaliser une revue de la littérature sur la question.

Puisque les membres de minorités sexuelles portent deux identités stigmatisées – à la fois comme toxicomane et membre d'une minorité sexuelle (Finnegan et McNally, 2002), ils sont plus susceptibles que d'autres de rencontrer des barrières et des freins s'ils souhaitent avoir recours à des services de santé en matière de traitement de la dépendance. Le MSSS s'était intéressé à cette question à la fin des années 1990 ; le Comité permanent de lutte à la toxicomanie avait alors réalisé une recension des écrits sur la question de l'homosexualité et de la toxicomanie, *La toxicomanie chez les personnes homosexuelles : une recension des écrits* (Lacouture, 1998). À la fin du rapport, Lacouture affirme, à propos de la nécessité d'offrir des services spécifiques de réadaptation à cette population : « La proposition est défendable, mais les données empiriques démontrant une efficacité accrue des programmes adaptés sont inexistantes¹. » Il est temps de poser de nouveau la question, plus d'une décennie plus tard, afin de s'assurer que l'offre de services de réadaptation en toxicomanie à l'échelle du Québec est adéquate à la réalité vécue par les membres de minorités sexuelles.

Les études concernant l'évaluation de la proportion des minorités sexuelles dans la population totale aboutissent à des résultats qui présentent des écarts assez considérables (Clermont et Lacouture, 2001). Les enquêtes probabilistes qui étudient le comportement sexuel estiment que 2 % à 3 % des hommes sont gais, que 1,5 % à 2 % des femmes sont lesbiennes

et que 3 % de la population est bisexuelle. Les enquêtes probabilistes qui tiennent compte, en plus du comportement sexuel, du désir et de l'identification de soi, estiment que 10 % des hommes sont gais et que 7 % des femmes sont lesbiennes. Finalement, les enquêtes non probabilistes estiment qu'entre 9 % et 11 % des hommes sont gais et qu'entre 4 % et 8 % des femmes sont lesbiennes. Pour donner une indication, utilisons le chiffre le plus conservateur, celui de l'*Enquête sociale et de santé 1998 du Québec* (Clermont et Lacouture, 2001, p. 222), qui évalue que les minorités sexuelles forment 2,8 % de la population, un chiffre uniquement basé sur le comportement sexuel ; selon cette estimation très réservée, 168 des 5 999 usagers inscrits au CDC-IUD en 2009-2010 (*Rapport annuel du CDC-IUD*) faisaient donc partie d'une minorité sexuelle. Cette question touche ainsi virtuellement un nombre non négligeable de personnes qui, de plus, sont réparties dans tous les groupes d'âge et qui, bien que davantage représentées dans la grande région de Montréal, se retrouvent aussi sur tout le territoire québécois. L'intérêt de mieux connaître les possibles spécificités de cette clientèle pour, s'il y a lieu, adapter l'offre de service des établissements et organismes du Québec qui traitent la dépendance aux SPA est donc justifié.

1.2 LES OBJECTIFS

Cette synthèse des connaissances vise trois grands objectifs. Le premier est de produire un portrait de l'usage de SPA chez les minorités sexuelles, et plus spécifiquement chez les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles, en conformité avec les données scientifiques ayant satisfait les critères de la présente recension. En lien avec ce premier objectif nous voulons, d'une part, évaluer si nous sommes en présence d'une population plus à risque que la population générale et, d'autre part, établir s'il existe des différences notables entre les trois groupes de personnes membres de minorités sexuelles. Le deuxième objectif est d'observer la relation entre

¹ Lacouture (1998), p. 23.

l'orientation sexuelle et la dépendance, grâce à la médiation de facteurs de risque ou de protection, intérieurs ou extérieurs, susceptibles de l'influencer. Le troisième objectif, finalement, est de cerner le contexte de l'intervention, pour nous permettre de repérer les éléments pertinents devant être pris en compte dans le traitement de cette clientèle.

1.3 LA SÉLECTION DE LA DOCUMENTATION

La documentation que nous avons utilisée afin de réaliser cette synthèse des connaissances provient de diverses sources. Tout d'abord, le CQDT a fourni une liste de références (29 titres, taux de rejet 11/29). Ensuite, nous avons effectué une recension systématique dans les bases de données *PsycInfo 1872-current*, *Eric*, *Medline* et *Social Services Abstract*, limitée aux articles en anglais parus de 1998 à 2008 mais incluant les titres disponibles de 2009 (227 titres, taux de rejet 186/227)². Une recherche exploratoire dans les différentes bibliographies a aussi permis de trouver neuf titres. Ainsi, nous disposons au total de 68 sources scientifiques. Finalement, grâce à une recherche sur Google, nous avons trouvé neuf documents institutionnels pertinents, québécois ou canadiens, ainsi que deux exemples de services spécialisés en dépendance pour la clientèle étudiée.

1.4 LA POPULATION CIBLE ET LES LIMITES DE L'ANALYSE

On présente souvent les minorités sexuelles à l'aide du sigle LGBT. Celui-ci fait cependant référence à deux réalités fondamentalement différentes : l'orientation sexuelle (les lesbiennes, les gais et les person-

nes bisexuelles), et l'identité sexuelle ou de genre (les transgenres, les travestis et les personnes transsexuelles) (Audet, 2007 ; SAMHSA, 2001 ; Finnegan et McNally, 2002). D'un côté, l'orientation sexuelle désigne simplement l'attraction, tant physique qu'émotionnelle, qu'éprouve une personne envers une autre, ce qui peut inclure des phantasmes érotiques, une activité ou un comportement érotiques ainsi qu'un besoin affectif (Fournier 2007, p. 5). Lorsque cette attraction est tournée vers une personne de sexe opposé, on parle d'hétérosexualité, vers une personne de même sexe, d'homosexualité (qu'il s'agisse de gais ou de lesbiennes), et vers les deux, de bisexualité. De l'autre côté, l'identité sexuelle relève d'une autre logique : elle renvoie à l'identité psychique et sociale qui se rattache au masculin et au féminin ; « Suis-je un homme ou une femme ? » est la question profonde résolue par cette réponse identitaire. Bref, l'orientation sexuelle concerne le rapport à l'autre, alors que l'identité sexuelle désigne plutôt un rapport à soi.

Ce sont donc deux réalités différentes, deux mondes où les individus font face à des problèmes tout aussi différents. Cette différence se reflète aussi dans le matériel scientifique disponible. En effet, les liens entre l'identité sexuelle et la dépendance aux SPA ne sont pratiquement pas étudiés, puisqu'une seule étude recensée s'y intéresse³. Or, bien que nous soyons en présence de deux formes de « minorités sexuelles », les données qui peuvent nous permettre de comprendre les liens entre la consommation ou la dépendance aux SPA et l'orientation sexuelle ne peuvent servir de référence pour comprendre ceux qu'il pourrait y avoir entre la consommation ou la dépendance aux SPA et l'identité sexuelle. En effet, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle renvoient à deux populations différentes. Nous concentrerons

² Les mots-clés que nous avons utilisés étaient séparés en trois groupes unis par l'opérateur « et ». Le premier groupe : *Gay* ou *Lesbian* ou *Bisexual* ou *Transsexual* ou *LGBT* ou *LGB* ou *Sexual Orientation* ou *Sexual Minority* ; le deuxième groupe : *Alcohol* ou *Substance abuse* ou *Addiction* ou *Drug usage* ou *Dependence* ; le troisième groupe : *Intervention* ou *Treatment* ou *Rehabilitation*.

³ La seule étude scientifique que nous avons trouvée et qui s'intéresse à l'identité sexuelle est celle de Sperber et al. (2005). Les auteurs ont mené quatre groupes de discussion auprès de 32 personnes transsexuelles. Les témoignages de ces personnes laissent entendre qu'il existe, au sein des services de santé, un manque de compétences face aux questions de base liées au respect de ces personnes, comme le fait élémentaire de s'adresser à elles par leur prénom préférentiel. Les auteurs relèvent qu'au niveau des services liés aux dépendances, il faudrait offrir des formations pour permettre des interventions basées sur la coopération avec les personnes transsexuelles, et donner ainsi aux intervenants la possibilité d'établir plus facilement en quoi l'orientation et l'identité sexuelles sont des thèmes pertinents pour l'intervention. Quelquefois, les enjeux liés au genre sont centraux pour les personnes traitées pour des problèmes de dépendance, d'autres fois ces enjeux sont périphériques, et il arrive aussi qu'ils ne soient tout simplement pas pertinents.

donc notre analyse sur les lesbiennes, les gais et les personnes bisexuelles.

Toutefois, si les rapports entre l'utilisation de SPA ou la dépendance aux SPA et l'orientation sexuelle sont mieux documentés, d'autres difficultés méthodologiques guettent l'étude de cette réalité. L'orientation sexuelle implique une dimension identitaire faisant appel à une auto-adhésion ; elle est vécue comme une dimension privée, intime. Cette dimension identitaire peut donc être difficile à mesurer scientifiquement, et laisse place à de nombreux biais. Conséquemment, plusieurs études adoptent une autre attitude méthodologique ne ciblant que le comportement sexuel, un critère plus objectif, et dans lesquelles on retrouve, par exemple, l'expression « *men who have sex with men* (MSM) », qui réduit la question de l'orientation sexuelle au sexe du dernier partenaire sexuel de la personne concernée⁴. Il faut souligner le fait qu'avoir des rapports avec une personne de même sexe n'indique pas nécessairement une adhésion au monde culturel et social homosexuel si cela ne s'accompagne pas d'un minimum de besoins affectifs. Par exemple, un homme prostitué peut très bien vendre son corps à un autre homme sans avoir quoi que ce soit de commun avec la culture gaie ou l'identité gaie et ses particularités ; à l'inverse, une personne peut ne pas avoir eu de relations sexuelles depuis plusieurs années et néanmoins s'auto-identifier comme un gai ou une lesbienne et porter au cœur de son identité les valeurs, les normes et les attitudes propres à cette microsociété. Comme le souligne Hughes (2005, p. 287) dans une recension qu'il a faite, « MSM » est davantage utile aux études ayant centré leur attention sur le VIH, où le comportement sexuel est déterminant, alors que c'est l'identité qui est plus pertinente dans le cadre de la problématique de la dépendance aux SPA, le comportement sexuel n'en étant qu'une dimension. C'est ce qui explique en partie le fort taux de rejet des articles de notre recension systématique (81,9 %⁵).

Malgré tout, les études disponibles demeurent nombreuses et elles abordent la problématique de la consommation de SPA chez les minorités sexuelles sous toutes sortes d'angles et de points de vue. Les concepts et les cadres d'analyse varient souvent, et aucun protocole standard ne régit ce qui est mesuré ; ainsi, à certains moments, il est difficile de comparer les études entre elles. Le domaine d'étude semble être encore à l'étape de l'exploration et de l'expérimentation, bien que la situation se soit considérablement améliorée depuis les premières études des années 1970 et du début des années 1980.

⁴ Il existe en français deux expressions désignant la même réalité, soit « hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » (HARSAH) et « hommes ayant des relations affectives et sexuelles avec d'autres hommes » (HARASAH). Nous utilisons ici l'expression anglaise « *men who have sex with men* (MSM) » pour l'unique raison que les études traitant de cette question et que nous avons recensées sont en anglais.

⁵ Notre protocole de recension était assez libre. Nous avons exclu toutes les études qui se situent à l'intérieur des limites du triangle comportement sexuel à risque/métamphétamines/VIH. Nous avons aussi exclu celles qui portent sur le traitement de la compulsivité sexuelle, de même que celles qui ont été faites dans des contextes socioculturels trop différents du nôtre (celui de l'Afrique du Sud, par exemple).

2. LA CONSOMMATION DE SPA CHEZ LES MINORITÉS SEXUELLES

La prudence est de mise lorsque l'on observe les taux de prévalence de la consommation de SPA parmi les minorités sexuelles. Les données disponibles proviennent de diverses enquêtes réalisées à l'aide de protocoles de collecte différents répondant à leurs propres impératifs. Malgré tout, elles sont suffisamment nombreuses et diversifiées pour donner une indication de la prévalence de la consommation de SPA dans cette population. Nous présentons ici cette information en trois sections, qui correspondent chacune à une réalité : celles des gais, des lesbiennes et des personnes bisexuelles. Ces trois sections sont précédées d'un survol des données antérieures à notre recension (du début des années 1970 à la fin des années 1990), ce qui permet d'introduire la question à l'étude.

2.1. LES DONNÉES ANTÉRIEURES À 1998

Les données antérieures à la période de recension circonscrite par notre travail laissent entendre que les taux de prévalence de consommation et d'abus de SPA chez les minorités sexuelles étaient radicalement différents de ceux que l'on observe dans la population générale. Toutefois, il s'agissait de données obtenues à partir d'échantillons établis sur une base volontaire, majoritairement constitués de personnes de race blanche, assez scolarisées et à l'aise avec leur orientation sexuelle ; de plus, les participants à ces études étaient principalement recrutés dans les bars (Lacouture, 1998 ; Hughes et Eliason, 2002). On estimait alors qu'environ 30 % (entre 28 % et 35 %) des membres de minorités sexuelles étaient aux prises avec une dépendance aux SPA, alors que dans la population générale, les chiffres variaient de 10 % à 12 % (Saghir et Robins, 1973 ; Fifield, De Crescenzo et Latham, 1975 ; Lohrenz, 1978 ; Morales et al., 1983 : études recensées par Lacouture). Au-delà des problèmes méthodologiques, et malgré d'importants biais dus à l'établissement des échantillons, ces chiffres suggèrent tout de même une spécificité de l'usage et de l'abus de SPA chez les minorités sexuelles (Lacouture, 1998).

Les études qui ont suivi ces premiers coups de sonde sont parvenues à des résultats plus nuancés (Stall et Wiley, 1988 ; McKirnan et Peterson, 1989a, 1989b ; Skinner et Otis, 1996 : études recensées par Lacouture). Par

exemple, les études de McKirnan et Peterson (1989a, 1989b) ont montré que, chez les personnes homosexuelles, le taux d'abstinence à l'alcool était plus bas que dans de la population en général (14 % vs 29 %), et que le pourcentage de buveurs modérés y était plus élevé (71 % vs 57 %) ; de même, le pourcentage de personnes homosexuelles déclarant avoir au moins un problème lié à l'alcool y était près du double (23 % vs 12 %). Le nombre de consommateurs à risque était toutefois relativement semblable dans les deux populations (15 % vs 14 %). Les auteurs des études ont aussi fait remarquer que les personnes homosexuelles consommaient de la marijuana et la cocaïne plus fréquemment, et que la baisse de la consommation avec l'âge était moins prononcée que dans la population générale.

L'étude longitudinale de Skinner et Otis (1996), portant sur un échantillon de 1 067 personnes homosexuelles, hommes et femmes, a indiqué que la prévalence de la consommation de drogues ou de substances illicites (c'est-à-dire autres que l'alcool et le tabac, ce qui inclut certains médicaments non prescrits) était plus élevée chez les personnes homosexuelles (en comparaison avec les résultats d'une enquête portant sur un échantillon représentatif de la population générale), mais que l'écart était beaucoup plus faible si l'on retirait la marijuana et les *poppers*⁶ de la liste des produits considérés. En effet, moins de 10 % des personnes homosexuelles disaient avoir consommé, au cours du dernier mois ou de la dernière année, de la cocaïne, du crack, des hallucinogènes, de l'héroïne, des stimulants, des sédatifs, des tranquillisants ou des analgésiques, ce qui ne différait pas tellement des résultats observés dans la population générale (7 %). Cette étude a aussi montré que les personnes homosexuelles consommaient de l'alcool plus fréquemment, mais que le pourcentage de consommateurs à risque (5 consommations ou plus en une même occasion au moins une fois au cours du dernier mois) n'était que légèrement supérieur à celui que l'on observe dans la population générale (10 % vs 7 %).

Les données alarmantes relevées par les études des années 1970 et du début des années 1980 surestimaient donc l'ampleur du problème, principalement parce que leurs protocoles méthodologiques présen-

⁶ Les *poppers* sont des vasodilatateurs initialement utilisés en médecine pour le soin de certaines maladies cardiaques, qui se présentent généralement sous la forme d'un liquide très volatil contenu dans une fiole de 8 à 15 ml (Amine Benyamina, *Le cannabis et les autres drogues*, Solar, 2005). Son usage dans le monde homosexuel est essentiellement associé aux relations sexuelles.

taient des limites (Lacouture, 1998 ; Hughes, 2005). Les études de la fin des années 1980 et des années 1990 arrivaient pour leur part à des résultats où les données recueillies auprès des minorités sexuelles s'apparentaient davantage à ceux que l'on observe dans la population générale. Il demeure cependant une différence dont il faudra suivre l'évolution : les femmes membres de minorités sexuelles seraient dans une situation plus problématique dans une proportion plus élevée que les autres femmes. Certes, les premières études avaient exagéré la situation ; Lewis, Saghir et Robinson (1982), par exemple, arrivaient à un taux d'abus de SPA ou de dépendance aux SPA de 61 % pour les lesbiennes, contre 12 % pour les femmes hétérosexuelles. Mais les études de la deuxième période indiquent néanmoins quelque chose de préoccupant : McKirnan et Peterson (1998a) ont obtenu des taux de consommation abusive (plus de 5 consommations en une même occasion) d'alcool comparables pour les lesbiennes (9 %) et les femmes en général (7 %), mais les taux de problèmes liés à l'alcool – mesurés à l'aide d'une version abrégée du questionnaire conçu et utilisé par Clark et Midanik (1982) – étaient plus élevés chez les lesbiennes que dans la population générale (23 % vs 8 %) (Lacouture, 1998, p. 14-15). Chez les hommes, ce n'est que chez les individus de plus de 30 ans que les gais déclaraient en plus grand nombre que les hommes hétérosexuels avoir un problème avec l'alcool (Hughes et Eliason, 2002).

En plus d'être limitées par des protocoles méthodologiques défectueux, les premières études ne proposaient pas de modèles explicatifs probants. Elles montraient que la consommation, sans risque ou abusive, d'alcool et d'autres drogues était plus fréquente chez les hommes homosexuels que dans la population en général, et que, chez les individus de plus de 30 ans, les hommes homosexuels avaient aussi plus de problèmes avec l'alcool que les autres. Les premières études montraient de plus que la situation était différente chez les femmes : chez les lesbiennes, si les taux de consommation sans risque et de consommation abusive étaient comparables à ceux que l'on observe chez les femmes hétérosexuelles, les problèmes reliés à cette consommation étaient plus fréquents dans le premier groupe. Une décennie plus tard, voyons quel est l'état des connaissances sur la question de l'usage et de l'abus d'alcool ou de drogues chez les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles.

2.2 PORTRAIT DE LA CONSOMMATION DE SPA CHEZ LES GAIS EN COMPARAISON AVEC LA POPULATION GÉNÉRALE

Les premières recherches de la période que nous avons étudiée (1998 - juillet 2009) ont montré que la consommation de SPA dans la population gaie avait diminué (Crosby et al., 1998) ; ces auteurs ont analysé les données de deux enquêtes, la *San Francisco Men's Health Survey* (1984) et la *San Francisco Young Men's Health Survey* (1992). Les niveaux de consommation sont encore un peu plus élevés chez les gais que chez les hommes en général, mais ils ont diminué pour l'usage de tous les produits, à l'exception du MDMA/MDA/ecstasy. L'abstinence et la consommation occasionnelle d'alcool ont augmenté, alors que la consommation fréquente et légère et la consommation à risque fréquente ont diminué entre 1984 et 1992.

Parmi les études faites chez les hommes et ayant pris le comportement sexuel comme critère de l'orientation sexuelle – dont les participants sont donc des MSM –, on trouve celle de Stall et al. (2001) réalisée grâce à un échantillon aléatoire (n=2172) établi à partir d'une enquête téléphonique. L'étude a montré que 9 répondants sur 10 avaient consommé de l'alcool durant la période repère ; de plus, 52 % des répondants avaient fait usage de drogues (marijuana, *poppers*, cocaïne, MDA/MDMA, amphétamines et tranquillisants) durant cette période, et 88 % de drogues ou d'alcool. À l'intérieur de cet échantillon, 8 % avaient une consommation à risque fréquente, 18,9 % consommaient fréquemment au moins une drogue et 18,2 % faisaient usage de plusieurs drogues (trois drogues différentes ou plus). Finalement, 12,4 % des répondants avaient au moins trois problèmes liés à la consommation d'alcool (peur de la dépendance à l'alcool, besoin de boire pour changer d'état émotionnel, perte de contrôle une fois la consommation commencée, consommation pour se remettre d'un abus, conflit lié à l'alcool avec un proche et perte d'emploi liée à l'alcool). Selon les auteurs de l'étude, cette enquête menée auprès des MSM montre une situation qui est beaucoup plus près de celle que l'on observe dans la population générale (en comparaison avec les premières études présentées plus haut).

Une autre étude, celle de Mackesy-Amiti, Fendrich, et Johnson (2008), a également utilisé comme référence le comportement sexuel, et a donc porté sur les MSM. Elle montre que les jeunes MSM rapportent un passé d'utilisation à vie d'ecstasy, de *poppers*, de kétamine,

de métamphétamine et de sédatifs/tranquillisants plus grand que celui des autres jeunes, alors que les plus de 30 ans ont fait un usage à vie plus grand de cocaïne, d'ecstasy, de GHB, de *poppers*, de kétamine, de LSD, de marijuana, de métamphétamine et de sédatifs/tranquillisants. Toutefois, on n'observe aucune différence significative entre les jeunes MSM et les jeunes en général quand on considère l'usage de ces drogues au cours du dernier mois. Chez les plus de 30 ans, toutefois, la consommation récente de cocaïne, d'ecstasy, de *poppers* et de kétamine est plus élevée. L'effet âge (tendance à la diminution de la consommation au fur et à mesure que l'âge augmente) était moins important chez les MSM de plus de 30 ans que chez les autres hommes du même âge, ce qui confirme ce que les premières études avaient relevé. Cette étude a aussi montré que les MSM ont plus de problèmes avec les sédatifs/tranquillisants et les analgésiques ; l'étude de Mackesy-Amity, Fendrich, et Johnson (2009) a d'ailleurs confirmé ce résultat, en montrant que les MSM ont plus de risques d'avoir des problèmes avec l'usage de sédatifs/tranquillisants et d'antidouleurs (mais il n'y a aucune différence en ce qui a trait à l'alcool ou à la cocaïne). En fait, selon cette étude, la marijuana est la source du plus grand nombre de problèmes, toutes orientations sexuelles confondues.

D'autres études ont considéré l'orientation sexuelle sur une base identitaire (l'auto-identification). Celle de McCabe et al. (2003), réalisée avec un échantillon aléatoire de 3 607 étudiants (dont 65 lesbiennes/bisexuelles et 54 gais/bisexuels), conclut que chez les gais/bisexuels, la probabilité d'avoir une consommation à risque d'alcool est plus faible que chez les hommes hétérosexuels, mais que la probabilité de faire usage de drogues (et particulièrement de marijuana et d'ecstasy) est plus élevée. Une autre étude, celle de Rotosky et al. (2003), montre d'ailleurs également que la consommation de marijuana et d'alcool est plus élevée chez les personnes homosexuelles, hommes et femmes.

Une consommation plus élevée se traduit-elle par une prévalence plus grande de problèmes ? L'étude de Cochran et al. (2004), qui utilise l'auto-identification comme critère de l'orientation sexuelle, se base sur les données de l'enquête américaine *National Household Survey on Drug Abuse* de 1996. Elle montre que l'usage à vie de drogues (réparties en neuf catégories)

est plus élevé chez les hommes homosexuels que chez les hommes hétérosexuels, mais que l'écart s'atténue si l'on ne tient compte que de l'usage récent. Ainsi, selon cette étude, une consommation plus élevée chez les homosexuels ne se traduit pas nécessairement par une prévalence de problèmes. Deux autres mesures le confirment : *l'usage dysfonctionnel* (consommer et avoir l'un des six symptômes suivants : manifester une tolérance à la SPA consommée, en consommer en plus grande quantité et plus souvent que souhaité, vouloir diminuer et en être incapable, consacrer beaucoup de temps aux activités liées aux SPA, avoir de la difficulté à remplir ses obligations sociales ou à profiter de ses loisirs, subir des problèmes émotionnels ou physiques liés à la consommation de SPA⁷), et *le syndrome de la dépendance* (consommer des SPA et avoir au moins trois des six symptômes ci-dessus). Ce n'est que dans le cas de la marijuana que l'on a observé un usage dysfonctionnel (15 % pour les gais, contre 12 % pour les hétérosexuels) et de la dépendance (5,7 % pour les gais vs 2,1 % pour les hétérosexuels). Cela a en fait confirmé ce que l'étude de Cochran et al. (2000) avait déjà conclu : en analysant les données de la *National Household Survey on Drug Abuse*, elle avait en effet montré que, en matière de problèmes liés aux SPA, il n'y avait pas de différence selon l'orientation sexuelle chez les hommes. La consommation d'alcool chez les homosexuels et chez les hétérosexuels était semblable, autant en quantité qu'en fréquence, et il n'y avait pas non plus de différence significative en matière de dépendance à l'alcool, puisque 11 % des gais et 8 % des hommes hétérosexuels affirmaient avoir des symptômes liés à la dépendance.

L'objectif de l'étude de Drabble, Midanik et Trocki (2005) était d'évaluer la prévalence de plusieurs caractéristiques en regard de la consommation d'alcool (abstinence, consommation sans risque, consommation à risque) et de problèmes pouvant en découler (problèmes déclarés, dépendance, recherche d'aide) chez les hommes homosexuels et bisexuels, en comparaison avec les hommes hétérosexuels. L'échantillon a été obtenu de manière aléatoire (n=7612) à partir des données de l'enquête américaine *National Alcohol Survey* (2000). Les conclusions ont révélé que l'orientation sexuelle n'a pratiquement aucun effet, puisque les chercheurs n'ont observé que deux associations : les gais pratiquaient moins l'abstinence que les hommes hétérosexuels (14,5 % vs 34,3 %), et ils étaient

⁷ Les auteurs de l'étude ont choisi de ne pas tenir compte d'un septième symptôme, celui des problèmes de sevrage.

trois fois plus susceptibles d'avoir été des consommateurs à risque deux fois ou plus au cours de la dernière année. Cependant, rien n'indique clairement qu'ils avaient plus de problèmes que les hétérosexuels ; il est possible que la différence soit simplement attribuable au fait que le milieu gai est plus propice à faire la fête, notamment pour des raisons historiques.

SYNTHÈSE 1

La situation des hommes homosexuels (gais ou MSM) en regard de l'usage de SPA s'est améliorée depuis les premières études sur l'usage et l'abus de SPA. Les taux de prévalence à vie de l'usage de SPA y seraient plus élevés que dans la population masculine hétérosexuelle, et les gais et les MSM consommeraient aussi une plus grande variété de SPA. Les hommes homosexuels auraient une tendance plus grande que les autres hommes à devenir des consommateurs à risque ; toutefois, cette disparité tendrait à s'effacer en ce qui a trait à l'usage récent. De plus, cette utilisation plus grande et plus diversifiée de SPA ne se traduirait pas par une prévalence plus grande de problèmes liés à la consommation. Les études ne permettent donc pas de conclure que la consommation de SPA est plus problématique chez les hommes homosexuels.

2.3 PORTRAIT DE LA CONSOMMATION DE SPA CHEZ LES LESBIENNES EN COMPARAISON AVEC LA POPULATION GÉNÉRALE

La situation de l'usage de SPA chez les lesbiennes a beaucoup évolué au cours des années 1990 (Hughes et Eliason, 2002). Les taux d'usage et d'abus d'alcool, élevés dans les années 1970 et au début des années 1980, ont diminué de manière notable. Malgré cela, il semble que les lesbiennes aient encore plus de problèmes d'alcool que les autres femmes. Les taux d'abstinence d'alcool étaient auparavant beaucoup plus bas chez les lesbiennes que chez les autres femmes ; toutefois, selon Hughes et Eliason (2002), cet écart s'expliquerait par le fait qu'un plus grand nombre de lesbiennes ont eu recours à des soins. Les lesbiennes auraient tendance à rapporter plus de problèmes de consommation d'alcool, même si les taux de consommation à risque dans cette population sont semblables à ceux que l'on observe chez les autres femmes, ce qui laisse entendre que la relation avec d'autres caractéristiques sociodémographiques n'est pas la même que pour les hétérosexuelles.

Par ailleurs, il existerait chez les lesbiennes des dif-

férences selon l'âge. Les jeunes lesbiennes rapportent un usage plus fréquent de *poppers*, de MDA, de sédatifs et d'amphétamines, tandis que les plus de 35 ans rapportent seulement un usage plus fréquent de *poppers* et d'amphétamines (Hughes et Eliason, 2002). À cela s'ajoutent des différences selon l'identification « femme ou *butch* » (c'est-à-dire lesbienne « plus féminine ou plus masculine »). L'étude de Rosario, Schrimshaw et Hunter (2008), qui a fait un portrait de 76 jeunes lesbiennes et bisexuelles de 14 à 21 ans, a permis de dégager des modèles de consommation différents chez les lesbiennes selon cette distinction : les jeunes lesbiennes plus masculines consommaient plus fréquemment de l'alcool, des cigarettes et de la marijuana que les autres. Des situations problématiques ne toucheraient donc pas toutes les lesbiennes, certains sous-groupes à l'intérieur de cette population étant susceptibles d'être plus à risque que les autres.

L'étude d'Heffernan (1998), à partir d'un échantillon non probabiliste (n=263) et sans groupe de comparaison, donne une première indication du rapport des lesbiennes aux SPA : 17,6 % des participantes avaient consommé de la marijuana au cours des derniers mois, 5,7 % étaient des consommatrices fréquentes (10 jours ou plus avec consommation sur 30), 1,5 % avaient fait usage d'hallucinogènes de un à cinq jours au cours de la dernière année, et 0,8 % avaient pris de la cocaïne de un à cinq jours au cours de la dernière année. Une autre étude, celle de Parsons, Kelly et Wells (2006), a montré que chez les lesbiennes, l'usage à vie de drogues comme l'ecstasy, le LSD, la cocaïne ou les méthamphétamines était plus important que chez les autres femmes.

Par ailleurs, l'étude d'Heffernan (1998) montre l'absence de consommation à risque d'alcool, à la différence de l'étude de Cochran et al. (2000), évoquée plus tôt ; si cette dernière révélait des chiffres relativement semblables pour les hommes homosexuels et hétérosexuels, elle concluait chez les femmes à une situation différente. En effet, au cours de l'étude de Cochran et al. (2000), les lesbiennes ont rapporté une consommation d'alcool plus élevée (autant pour la fréquence que pour la quantité), que ce soit au cours du dernier mois ou de la dernière année ou pour l'usage à vie, et la probabilité qu'elles aient vécu un épisode de consommation à risque était plus grande que chez les femmes hétérosexuelles, ce qui remet en cause les résultats de l'étude d'Heffernan (1998). On ne doit toutefois tirer aucune conclusion hâtive, puisque l'étude de McCabe

et al. (2003) n'a montré aucune différence entre les femmes homosexuelles et hétérosexuelles en regard de la consommation d'alcool.

Au terme de son analyse, Heffernan (2008) conclut que 14,4 % des lesbiennes satisfont aux critères du DSM-IV qui définissent l'abus de SPA, et 6,1 % à ceux qui définissent la dépendance à une SPA. L'étude de McCabe et al. (2003) a montré que les lesbiennes/bisexuelles étaient plus à risque que les autres femmes de subir des conséquences négatives reliées à leur consommation de SPA (en anglais : *alcohol and other drug related consequence*), de fumer la cigarette et de faire usage de marijuana, d'ecstasy et d'autres drogues. L'étude de Cochran et al. (2000), pour sa part, a indiqué qu'en comparaison des autres femmes, les lesbiennes commençaient plus jeunes à consommer de l'alcool et étaient aussi plus nombreuses à présenter chacun des six symptômes de dépendance à l'alcool décrits plus haut, et utilisés dans les deux études de Cochran et al. (2000, 2004). Notons de plus que, dans cette dernière étude, l'échantillon ne comportait que 1,96 % de lesbiennes ; or, 4 % des femmes présentaient des symptômes de dépendance à l'alcool et 5 % de celles qui avaient été traitées pour des problèmes relatifs à l'alcool étaient lesbiennes. Les lesbiennes sont donc, dans cet échantillon, proportionnellement plus nombreuses à éprouver des problèmes reliés à l'alcool.

Une autre étude, celle de Ziyadeh et al. (2007), réalisée à partir des données de l'enquête américaine *Growing Up Today Study* de 1999, était une enquête de santé plus large, mais dont une partie portait sur la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont associés. Cette étude montre que les femmes qui se définissent comme « la plupart du temps hétérosexuelles » et celles qui se définissent comme « lesbiennes ou bisexuelles » sont plus à risque que les femmes exclusivement hétérosexuelles selon la plupart des indicateurs utilisés (avoir consommé de l'alcool durant le dernier mois, avoir fait une consommation à risque durant la dernière année, prendre place dans une automobile dont le conducteur est sous l'influence de SPA, avoir commencé à consommer avant l'âge de 12 ans, avoir comme amis des gens qui tous ou la plupart consomment de l'alcool, avoir reçu du matériel promotionnel de l'industrie). Chez les femmes n'étant pas exclusivement hétérosexuelles, les moyennes de consommation par occasion sont plus élevées, tout comme le score obtenu grâce à l'*Alcohol Expectancy Questionnaire*, une échelle visant à mesurer les croyances positives à l'égard de l'alcool.

L'étude de Drabble, Midanik et Trocki (2005) est aussi arrivée à des conclusions semblables par rapport à l'alcool : si elle n'a pas conclu à des différences du côté des hommes, certaines se sont révélées du côté des femmes. D'abord, l'abstinence est plus élevée chez les femmes strictement hétérosexuelles (44,4 %) comparativement aux femmes le plus souvent hétérosexuelles (24,6 %) et bisexuelles (24,4 %). L'usage non problématique (moins de cinq consommations par occasion) ne diffère pas selon l'orientation sexuelle, mais la consommation à risque, oui : chez les femmes exclusivement hétérosexuelles, seulement 12,7 % sont des consommatrices à risque, contre 45,5 % chez les bisexuelles, 41,8 % chez les lesbiennes et 32,8 % chez les femmes le plus souvent hétérosexuelles. En menant une analyse bivariée afin d'évaluer la relation entre la consommation, les problèmes déclarés et l'orientation sexuelle, les auteurs de l'étude ont aussi conclu que, chez les femmes, six variables étaient significativement reliées, soit : l'usage de l'alcool, de tabac et d'autres drogues, la fréquentation des bars, le fait de reconnaître des problèmes d'alcool et un passé de traitement pour abus de SPA. Les lesbiennes rapportent significativement plus de problèmes d'alcool (conséquences sociales négatives et dépendance à l'alcool) que les femmes exclusivement hétérosexuelles, et cherchent plus souvent de l'aide pour tenter de régler ces problèmes.

Drabble et Trocki (2005) ont réalisé une étude à partir des mêmes données que celles de Drabble, Midanik et Trocki (2005), mais pour analyser plus spécifiquement la situation chez les femmes (les femmes lesbiennes, bisexuelles et le plus souvent hétérosexuelles, comparées aux femmes exclusivement hétérosexuelles), en lien avec les six variables mentionnées ci-dessus. Aucune différence statistiquement significative ne s'est manifestée pour ce qui est de l'alcool en ce qui a trait à la moyenne de consommation par année (sauf entre les femmes exclusivement hétérosexuelles et les femmes le plus souvent hétérosexuelles). Les taux d'usage de THC étaient significativement plus élevés chez les lesbiennes, les bisexuelles et les femmes le plus souvent hétérosexuelles que chez les femmes exclusivement hétérosexuelles (avec un écart plus marqué dans le cas des femmes bisexuelles). Les auteurs ont relevé des différences significatives entre les femmes lesbiennes ou bisexuelles et les femmes exclusivement hétérosexuelles concernant les problèmes auto-déclarés (conséquences négatives et dépendance à l'alcool). En comparaison de ce qui a été observé chez les femmes exclusivement hétéro-

sexuelles, le taux de recours à des soins dans le passé était huit fois plus élevé que chez les lesbiennes, et cinq fois plus élevé chez les bisexuelles.

L'étude de Hughes (2003) a spécifiquement porté sur la prévalence de l'usage de l'alcool chez les lesbiennes grâce à une technique d'échantillonnage comportant au moins un groupe de comparaison (lesbiennes=63 et hétérosexuelles=57). L'un des premiers résultats de l'étude est que plus de lesbiennes que d'hétérosexuelles (24 % vs 16 %) n'avaient pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois, et que les lesbiennes étaient proportionnellement plus nombreuses à suivre un traitement durant la même période (16 % vs 2 %), ou à en avoir suivi un (18 % contre 2 %) auparavant. Sur le plan de la consommation, 5 % des lesbiennes, contre 2 % des femmes hétérosexuelles, ont rapporté plus de deux consommations par jour en moyenne. Les lesbiennes étaient aussi proportionnellement plus nombreuses (36 % vs 15 %) à avoir vécu négativement au moins une conséquence sociale liée à la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois. Finalement, 46 % des lesbiennes, contre 16 % des hétérosexuelles, ont affirmé que leur usage de l'alcool était selon elles problématique.

SYNTHÈSE 2

Depuis les premières études ayant analysé la consommation de SPA chez les lesbiennes, la situation s'est améliorée, ce qui s'explique en partie par le déploiement de techniques d'échantillonnage plus adéquates et plus valides. Cette amélioration s'explique aussi par le fait que les lesbiennes ont plus recours aux soins disponibles ou recherchent maintenant plus d'aide que dans le passé, et que les autres femmes. Les études scientifiques livrent des résultats contradictoires sur les questions de la fréquence de la consommation d'alcool et des quantités consommées, certaines ayant permis d'observer des probabilités plus grandes chez les lesbiennes d'avoir une consommation à risque, alors que d'autres ont montré, au contraire, des taux comparables à ceux que l'on observe chez les femmes en général. Il y a néanmoins une convergence dans les résultats des études sur certains aspects : les lesbiennes commencent à consommer des SPA plus jeunes que les autres femmes, elles consomment un plus grand nombre de types de SPA et l'effet âge (la tendance à la baisse de la consommation à risque à mesure que l'âge augmente) n'est pas aussi probant que chez les autres femmes. Les lesbiennes seraient aussi plus susceptibles que les autres femmes d'être

confrontées à des conséquences négatives liées à la consommation de SPA, tout comme d'éprouver les symptômes de dépendance aux SPA. Finalement, elles sont proportionnellement plus nombreuses que les autres femmes à avoir une autoreprésentation problématique de leur consommation.

2.4 PORTRAIT DE LA CONSOMMATION DE SPA CHEZ LES PERSONNES BISEXUELLES EN COMPARAISON AVEC LA POPULATION GÉNÉRALE

L'étude de la consommation et de l'abus de SPA dans la population bisexuelle est plus complexe, parce que l'on y retrouve moins d'individus qui s'auto-identifient comme tels, en comparaison avec les populations des gais ou des lesbiennes ; il est d'ailleurs fréquent que l'on regroupe les personnes bisexuelles avec les gais ou les lesbiennes, comme c'est le cas dans l'étude de McCabe et al. (2003), que nous avons vue plus tôt. De plus, on note beaucoup d'instabilité dans cette « catégorie ». Par exemple, Diamond (2008) a réalisé une étude longitudinale qui a permis de suivre pendant 10 ans un groupe de jeunes femmes (n=79, de 18 à 25 ans) s'identifiant comme bisexuelles au départ ; à la fin de l'étude, la chercheuse a observé que les deux tiers des femmes de son échantillon avaient changé au moins une fois d'identité, et le tiers deux fois ou plus. Selon l'auteure, cela laisse entendre qu'entre bisexuelles et lesbiennes, il est davantage question de degrés que de deux catégories bien distinctes. Cette précision étant établie, les études qui traitent uniquement de la situation des personnes bisexuelles arrivent à des résultats néanmoins préoccupants. Celle de Marshall et al. (2008), par exemple, est une méta-analyse portant sur 18 études explorant le lien entre l'orientation sexuelle et l'usage de SPA chez les jeunes. L'étude montre qu'il existe un lien entre l'usage de SPA et l'orientation sexuelle, le taux de consommation étant 190 % plus élevé chez les LGBT que chez les hétérosexuels ; chez les personnes bisexuelles, l'effet est encore plus clair puisque chez les hommes, le taux est 340 % plus élevé que chez les hétérosexuels, et chez les femmes, il est 400 % plus élevé que chez les hétérosexuelles. Un examen de la situation particulière des personnes bisexuelles est donc justifié.

La *McCreary Center Society* de Vancouver est un organisme privé voué à l'étude de la santé chez les jeunes de la Colombie-Britannique (Saewyc et al. 2007). On y réalise des enquêtes populationnelles (1992, 1998 et 2003) sur les jeunes où l'on tient compte des variables

orientation sexuelle et comportement sexuel (dont la catégorie « personnes bisexuelles »). Pour ce qui est de l'alcool, les données de ces enquêtes montrent que 68 % des hommes bisexuels en consomment, contre 60 % chez les hétérosexuels, tandis que 80 % des femmes bisexuelles en consomment, contre 57 % chez les hétérosexuelles. Fait à souligner, les taux observés chez les gais et les lesbiennes sont, pour leur part, comparables à ceux que l'on observe chez les personnes hétérosexuelles ; l'enquête montre même que, de 1992 à 2003, le taux de consommateurs à risque a baissé chez les gais, passant de 68 % à 28 %. Chez les personnes bisexuelles, la situation a évolué dans la direction opposée : chez les femmes, le taux est passé de 12 % en 1992 à 43 % en 2003, et, chez les hommes, le taux est passé de 22 % en 1992 à 32 % en 1998, puis est demeuré stable ensuite jusqu'à 2003. Pour ce qui est de la marijuana, au cours de la période 1992-2003, le taux de consommation chez les personnes bisexuelles a augmenté de 20 % à 53 % chez les hommes et de 15 % à 62 % chez les femmes⁸ ; la tendance à consommer d'autres drogues semble aussi plus élevée chez les personnes bisexuelles que dans la population générale. De plus, 57 % des hommes bisexuels, 63 % des femmes bisexuelles et 60 % des lesbiennes affirment avoir des problèmes avec la consommation de SPA, contre 47 % des hommes hétérosexuels et 48 % des femmes hétérosexuelles. L'évolution de la consommation chez les jeunes de la Colombie-Britannique laisse donc apparaître une situation plus à risque pour les personnes bisexuelles.

L'étude de Ford et Jasinki (2006), réalisée grâce aux données de la *Harvard School of Public Health College Alcohol Study*, une étude faite sur un échantillon aléatoire représentatif (n=9389), n'a permis d'établir aucune relation significative entre l'identité gaie ou lesbienne et des comportements spécifiques sur le plan de l'usage de SPA. L'étude montre toutefois une situation différente chez les personnes bisexuelles, en particulier chez les femmes ; les personnes bisexuelles auraient, en effet, plus de chance de consommer de la marijuana ou d'autres drogues. En effet, 33 % des personnes bisexuelles avaient fait usage de marijuana au cours des 30 derniers jours, contre 19 % pour les personnes hétérosexuelles et 14,6 % pour les gais et lesbiennes. Pour ce qui est des autres drogues illicites, la consommation était également plus élevée chez les personnes bisexuelles, 18 % en ayant fait l'usage,

contre 7,1 % chez les personnes hétérosexuelles et 9,9 % chez les gais et lesbiennes. Les écarts sont encore plus prononcés quand on limite les observations aux femmes : 35,1 % des bisexuelles consommaient de la marijuana, contre 16,3 % chez les hétérosexuelles et 11,4 % chez les lesbiennes. De plus, 18,2 % des bisexuelles consommaient d'autres drogues illicites, contre 6,1 % chez les hétérosexuelles et 7,6 % chez les lesbiennes. McCabe, Hughes et Boyd (2004) ont de leur côté fait une enquête transversale qui a permis de constituer un échantillon aléatoire (49 femmes bisexuelles et 2 042 hétérosexuelles), et ils ont remarqué que les femmes bisexuelles avaient plus fait usage de la cigarette au cours du dernier mois ; leur consommation de drogues illicites (usage à vie de marijuana, consommation d'ecstasy pendant la dernière année) et de médicaments prescrits (pendant le dernier mois) était aussi plus élevée. Enfin, en ce qui a trait à l'alcool, les chiffres de consommation des bisexuelles et des autres femmes sont similaires, mais les bisexuelles rapportent cependant plus d'effets négatifs (primaires et secondaires, de 28 types différents).

L'étude d'Eisenberg et Wechsler (2003), réalisée sur un échantillon représentatif et aléatoire d'étudiants américains des niveaux collégial et universitaire et sexuellement actifs, obtenu grâce à la *College Alcohol Study* (n=10 301), compare les personnes de trois groupes : personnes bisexuelles (ayant des partenaires sexuels des deux sexes), personnes hétérosexuelles (ayant des partenaires sexuels de sexe opposé seulement) et personnes homosexuelles (ayant des partenaires sexuels de même sexe seulement). Cette étude conclut également que la consommation à risque d'alcool (4 consommations ou plus en une même occasion pour les femmes, et 5 consommations ou plus en une même occasion pour les hommes) est plus élevée chez les personnes bisexuelles que chez les personnes hétérosexuelles, et que, chez les gais et les lesbiennes, la situation se différencie aussi selon le sexe. Chez les femmes, les trois groupes rapportent des taux semblables de consommation à risque fréquente d'alcool (4 consommations ou plus en une même occasion, 3 fois ou plus dans les 2 dernières semaines), mais les bisexuelles ont une tendance plus grande que les autres à rapporter des consommations à risque occasionnelles (4 consommations ou plus en une même occasion 1 ou 2 fois au cours des 2 dernières semaines), et les taux d'abstinence ou de consommation modé-

⁸ Chez les gais, cette proportion a au contraire diminué, passant de 68 % à 40 %. Chez les lesbiennes, elle a augmenté de 1992 à 1998, passant de 35 % à 64 %, pour ensuite diminuer en 2003 à 51%.

rée (4 consommation ou moins en une même occasion) sont moins élevés chez les bisexuelles que chez les autres femmes. Chez les hommes, la situation est différente : les gais et les bisexuels sont presque deux fois moins nombreux à rapporter des consommations à risque occasionnelles que les hétérosexuels. En ce qui a trait à la marijuana, la situation des personnes bisexuelles – et particulièrement celle des femmes – se démarque également. En effet, 35 % des femmes bisexuelles avaient consommé de la marijuana au cours des deux dernières semaines, ce qui est un taux deux fois supérieur à celui que l'on retrouve chez les lesbiennes, et trois fois supérieur à celui que l'on observe chez les hétérosexuelles. En poussant plus à fond leur analyse statistique, les chercheurs ont observé que, chez les femmes bisexuelles, l'usage de marijuana au cours des deux dernières semaines demeurerait trois fois supérieur à celui des femmes hétérosexuelles. Ces différences existent aussi chez les hommes : les taux d'usage de marijuana sont les plus élevés chez les bisexuels, et les plus bas chez les gais.

L'étude de Drabble, Midanik et Trocki (2005) citée plus tôt obtient le même type de résultats. Elle montre, par exemple, que les taux de consommation d'alcool – moyenne de consommation par année, moyenne quotidienne de consommation à risque et consommation à risque en deux occasions ou plus durant la dernière année – sont plus élevés chez les bisexuelles que chez les autres femmes. Les femmes bisexuelles rapportent aussi plus de problèmes liés à l'alcool (conséquences sociales négatives et dépendance à l'alcool), et elles sont plus nombreuses à avoir cherché de l'aide pour des problèmes d'alcool. Drabble et Trocki (2005) ont, quant à eux, observé que, si les bisexuelles ne fréquentent pas davantage les bars que les autres femmes, elles ont plus tendance à y faire une consommation à risque d'alcool ; de plus, la probabilité de faire une consommation à risque d'alcool ailleurs que dans les bars est trois fois et demie plus élevée chez les bisexuelles que chez les hétérosexuelles.

SYNTHÈSE 3

Les études sur la situation des personnes bisexuelles convergent. La consommation à risque de SPA a augmenté dans cette population au cours des années 1990, l'usage de SPA y est plus important que dans la population générale, et aussi, selon diverses variables, plus important que chez les gais et les lesbiennes. De plus, les écarts observés sont encore plus prononcés en ce qui concerne les femmes bisexuelles ; par exemple,

les taux de consommation de marijuana et d'autres drogues (à vie et au cours de la dernière année) sont plus élevés que dans les autres groupes, et cet écart est plus marqué chez les femmes. Enfin, si les femmes bisexuelles ont une consommation d'alcool semblable à celle des autres femmes, elles ont plus tendance à éprouver des problèmes et à subir des conséquences négatives de la consommation d'alcool.

3. L'ORIENTATION SEXUELLE ET LA DÉPENDANCE

Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, le fait d'appartenir à une minorité sexuelle semble être un facteur de risque quant à l'usage et à l'abus de SPA, chez les jeunes comme chez les adultes. Il semble y avoir un certain lien entre l'orientation sexuelle et l'usage de SPA, conclusion à laquelle en arrivent Marshall et al. (2008) dans leur méta-analyse. Par contre, l'étude de Kelly et Parsons (2008) n'a pas confirmé ces conclusions. En effet, après avoir analysé les données de l'enquête américaine *Club Drug and Health Project* (n=361), dont le but était d'examiner les modèles et le contexte de l'usage des drogues surtout utilisées dans les bars ou les « *after hour* », comme l'ecstasy ou les amphétamines, pour déterminer les éléments prédictifs d'une polyconsommation de SPA parmi les utilisateurs de cocaïne, les chercheurs en arrivent à une conclusion : si le fait d'être un homme et de consommer de la cocaïne sont des prédictifs de la polyconsommation de drogue, l'orientation sexuelle ne l'est pas. Puisque les liens entre l'orientation sexuelle et l'usage de SPA ne sont pas constants d'une étude à l'autre, il est donc difficile de les préciser de façon incontestable.

C'est d'ailleurs pourquoi il faut les interpréter avec beaucoup de prudence. Comme le soulignent les auteurs du rapport de la SAMHSA visant à fournir des pistes cliniques et administratives pour la prise en charge spécifique des membres de minorités sexuelles : « An harmful result of this insensitivity [à la spécificité de cette clientèle] is that some professionals or other clients may falsely believe that an LGBT person's sexual orientation/gender identity caused his or her alcohol and drug use.⁹ » Il semble donc clair que ce n'est pas l'orientation sexuelle en tant que telle qui est le principal facteur qui conduit à la dépendance¹⁰. En effet, si c'était le cas, toutes les personnes membres d'une minorité sexuelle – ou du moins une majorité d'entre elles – développeraient une dépendance aux SPA (Hughes et Eliason, 2002 ; Hughes, 2005). Or, les études scientifiques montrent sans équivoque que ce n'est pas le cas.

Cochran et al. (2003) ont réalisé une étude pour déterminer s'il existait un lien entre l'orientation sexuelle

et la morbidité (prévalence pendant une année d'une dépression majeure, de troubles anxieux, de troubles panique, de dépendance à l'alcool et de dépendance aux drogues), la détresse psychologique et l'utilisation de services de santé mentale. Grâce aux données du *National Survey of Midlife Development in the U.S.* portant sur un échantillon représentatif de 2 917 adultes, les auteurs obtiennent des conclusions indicatives.

Premièrement, on observe chez les membres de minorités sexuelles une tendance plus grande à avoir recours à des services de santé mentale. Ce premier point est d'ailleurs confirmé par l'étude de Drabble et al. (2005), qui montre que les lesbiennes déclarent significativement plus de problèmes liés à l'alcool (conséquences sociales négatives et dépendance) et cherchent plus d'aide pour ces problèmes que les femmes hétérosexuelles : en effet, en comparaison avec les femmes hétérosexuelles, les lesbiennes recherchent huit fois plus d'aide pour des problèmes liés à l'alcool, et les femmes bisexuelles quatre fois plus.

Deuxièmement, Cochran et al. (2003) ont noté que les hommes gais ou bisexuels sont trois fois plus à risque de subir une dépression majeure, et près de cinq fois plus à risque d'éprouver des troubles panique que les hommes hétérosexuels. De plus, 20 % des hommes gais ou bisexuels de l'échantillon étudié présentaient une comorbidité, c'est-à-dire deux troubles ou plus, ce qui est une proportion plus élevée que chez les hommes hétérosexuels. Toutefois, rien ne concernait la dépendance aux SPA dans l'étude. Chez les femmes, les auteurs notent des différences moins nettes entre les lesbiennes ou les bisexuelles et les femmes hétérosexuelles. Si la prévalence de chacun des troubles indicateurs de morbidité est plus élevée chez les lesbiennes ou les bisexuelles, seule la prévalence des troubles anxieux est statistiquement significative. Néanmoins, les lesbiennes ou les bisexuelles (54 %) sont plus à risque que les femmes hétérosexuelles (30 %) de recevoir un diagnostic relié à au moins deux des cinq troubles indicateurs. Mais, comme chez les hommes, l'étude ne montre pas de lien direct entre

⁹ SAMSHA (2001), p. 51.

¹⁰ L'orientation sexuelle a longtemps été considérée comme une cause de l'alcoolisme. Durant la première moitié du XX^e siècle, les psychanalystes avançaient que l'alcoolisme permettait de réprimer des pulsions homosexuelles ou encore qu'il s'agissait d'un mécanisme de défense contre l'homosexualité (Lacouture, 1998).

l'orientation sexuelle et la dépendance aux SPA. Ces résultats contredisent toutefois les conclusions de l'étude de Drabble et al. (2005) selon laquelle, parmi les femmes qui consomment de l'alcool et en comparaison avec les femmes hétérosexuelles, les lesbiennes sont sept fois plus à risque et les bisexuelles six fois et demie plus à risque de souffrir de dépendance à l'alcool selon les critères du DSM-IV.

Bref, les études ne tendent pas à montrer une dépendance aux SPA plus élevée chez les hommes des minorités sexuelles ; chez les femmes, les données sont plus ambiguës. On peut donc affirmer qu'il s'agit d'une population plus à risque, mais il faut être très prudent quand on tente d'établir un lien direct entre l'orientation sexuelle et la dépendance aux SPA, à cause du risque de stigmatisation de cette population¹¹. Par ailleurs, il existe peut-être aussi des facteurs de risque ou de protection qui pourraient nous aider à nuancer ou à comprendre cette relation. C'est ce que nous verrons maintenant, en traitant du *coming out*, de l'homophobie, de l'hétérosexisme et de leur intériorisation, de l'influence du milieu, des facteurs de protection et finalement, des facteurs de risque.

3.1 LE COMING OUT

Le *coming out* (de « *coming out of the closet* », en français « sortie du placard »), ou « affirmation de son identité », est le moment où une personne membre d'une minorité sexuelle s'affirme comme telle dans un milieu donné¹². Le *coming out* n'a pas nécessairement lieu une seule fois au cours de la vie d'un individu, et ce n'est donc pas la dernière étape du développement de l'identité d'une personne – à tout le moins dans le cas des homosexuels et des lesbiennes¹³ ; il peut en effet se produire à plusieurs reprises, par exemple face à la famille, aux amis, aux collègues de travail, etc. Il peut également se reproduire quand des circonstances nouvelles apparaissent (de nouvelles connaissances, un nouveau travail, un déménagement, etc.). Parfois, il ne se produit que tard au cours de la vie adulte, dans la cinquantaine et même à un âge plus avancé

encore. Selon la manière dont il est reçu par autrui, le *coming out* peut être un événement libérateur, ou au contraire, stressant et difficile.

L'impact du *coming out* sur la consommation de SPA a été au centre de trois études : Rosario et al. (2004), Marshal et al. (2009) et Rosario et al. (2009). Rosario et al. (2004) ont conduit une étude longitudinale (trois temps de mesure : 1. point de départ, 2. après 6 mois et 3. après 12 mois) basée sur un échantillon non représentatif de 80 hommes et de 76 femmes (66 % étaient gais ou lesbiennes, 31 % bisexuels et 3 % autres). En cherchant à comprendre pourquoi les taux d'usage de SPA étaient différents chez les membres de minorités sexuelles et chez les hétérosexuels, les auteurs ont voulu évaluer l'effet possible de certains facteurs, soit : avoir subi des abus sexuels, avoir subi de l'homophobie et avoir fait un *coming out*. Selon les chercheurs, le *coming out* serait le facteur le plus important, parce qu'il implique le début de la participation à la culture homosexuelle, celle-ci comportant un aspect festif très important. Ils ont par exemple remarqué que, après un *coming out*, la consommation d'alcool et de marijuana se transforme – le changement est observé au temps 3 pour l'alcool, et aux temps 2 et 3 pour la marijuana.

Au terme de leur analyse, Marshal et al. (2009) en viennent à des conclusions qui tendent cependant à infirmer l'hypothèse du *coming out* comme facteur important. L'étude longitudinale qu'ils ont réalisée est basée sur les données de l'enquête *The National Longitudinal Study of Adolescent Health* (n=10 670) et comporte quatre séries d'interviews (1. un questionnaire administré à l'école, suivi d'interviews à la maison 2. après un an 3. après deux ans 4. six ans plus tard). Ils ont noté que les membres de minorités sexuelles sont plus à risque de faire usage et d'abuser de SPA, et que le phénomène apparaît dès l'adolescence ; les taux d'usage sont plus élevés dès l'étape 1, et ils tendent ensuite à augmenter plus rapidement que chez les hétérosexuels. Ce modèle comporte toutefois une particularité : chez les gais, la consommation de SPA

¹¹ Il ne faut pas oublier que ce n'est que depuis 1973 que l'homosexualité n'est plus conçue comme une maladie mentale (elle est passée de « *psychiatric disorder* » à « *sexual orientation disturbance* ») et qu'elle a seulement été officiellement retirée du manuel diagnostique psychiatrique (DSM) en 1980 (Lacouture, 1998, p. 18-19).

¹² C'est l'Allemand Karl Heinrich Ulrichs, un pionnier dans la lutte pour l'émancipation des homosexuels qui, à l'origine (1869), a conceptualisé ce processus comme un moyen d'émancipation pour les homosexuels.

¹³ Bien que certains affirment le contraire. Selon Ryan (2003, p. 12), par exemple, le *coming out* est « le processus de développement [personnel] par lequel des gais ou des lesbiennes reconnaissent leur orientation sexuelle et décident d'intégrer cette connaissance dans leurs vies personnelles et sociales ».

à l'étape 1 est semblable à celle que l'on observe chez les hétérosexuels, mais elle augmente par la suite plus rapidement. Les taux plus élevés d'usage de SPA observés chez les gais s'expliqueraient donc par un facteur antérieur au *coming out*.

L'étude de Rosario et al. (2009) tend elle aussi à infirmer l'hypothèse du *coming out* comme facteur explicatif important. L'étude longitudinale (trois temps de mesure : 1. point de départ 2. après 6 mois 3. après 12 mois) qu'ils ont réalisée à partir d'un échantillon de 156 jeunes LGBT (âgés de 14 à 21 ans) recrutés dans des organismes communautaires et des organisations étudiantes, avait pour but d'établir s'il existe un lien entre, d'une part, l'usage et l'abus de SPA et, d'autre part, le *coming out* et la manière dont il est reçu par les autres (positivement, de façon neutre ou négativement). D'après les auteurs, il n'existe aucune relation significative entre l'usage ou l'abus de SPA et le nombre de *coming out* et le nombre de *coming out* reçus de manière positive ou neutre. Cependant, ils notent un lien entre l'usage ou l'abus de SPA et le nombre de *coming out* reçus négativement; le changement est observé entre les temps 1 et 2. De plus, en cherchant à approfondir la compréhension de ce lien, ils ont découvert que des indicateurs de détresse émotionnelle (anxiété, dépression et troubles de conduite) étaient reliés au *coming out* et à l'usage récent de SPA. Par exemple, l'anxiété était reliée à un nombre plus grand de *coming out* reçus négativement et à plus de symptômes d'abus de SPA ; de même, ils ont observé un lien significatif entre la dépression et un nombre moins élevé de *coming out* reçus positivement. Une analyse multivariée a par la suite permis de renforcer les liens entre l'usage de SPA et les *coming out* reçus négativement (aux temps 1 et 2 pour l'usage de SPA, au temps 3 pour l'abus de SPA). Le fait que les liens soient modérés ou inexistant dans le cas des *coming out* reçus positivement ou de manière neutre laisse donc entendre que ce n'est pas le *coming out* lui-même qui est déterminant, mais plutôt la manière dont il est reçu, et le rejet qui l'accompagne quand il est reçu de manière négative.

3.2 L'HOMOPHOBIE, L'HÉTÉROSEXISME ET LEUR INTÉRIORISATION

Le terme « homophobie » est apparu dans la littérature scientifique (en anglais) au début des années 1970, et n'a eu d'équivalent français qu'en 1998 (Fournier, 2004, p. 3). Amnistie Internationale définit l'homophobie comme « un sentiment de peur et d'aversion qu'éprou-

vent certaines personnes à l'égard de l'homosexualité et des homosexuels » (Fournier, 2004, p. 4). Ce terme n'est pas idéal, et on l'a souvent critiqué, principalement parce que l'usage de « phobie » rend mal compte de ce que le terme doit désigner, c'est-à-dire plus une aversion, voire une agressivité, qu'une phobie ou une peur. Mais son sens renvoie tout de même à des attitudes, à des comportements, à des gestes ou à des paroles qui visent les minorités sexuelles de façon négative. Il existe un autre terme qui rend plutôt compte de la dimension institutionnelle ou systémique de l'aversion envers les minorités sexuelles : « l'hétérosexisme » désigne la croyance selon laquelle l'hétérosexualité serait supérieure aux autres orientations sexuelles, et devrait donc ainsi constituer une norme sociale (Audet, 2007, p. 12). Ce terme ne s'applique pas aux actions individuelles, visibles et manifestes, discriminantes à l'endroit des minorités sexuelles, mais surtout aux attitudes sociales qui occultent la réalité de la diversité sexuelle – par exemple, des textes de manuels scolaires, le contenu d'émissions de télévision ou l'organisation d'un service public (comme un questionnaire qui demanderait systématiquement aux hommes s'ils ont une femme dans leur vie, et aux femmes si elles ont un homme dans leur vie).

Les conditions de l'homophobie ou de l'hétérosexisme ne sont pas les mêmes pour les hommes que pour les femmes. D'un côté, l'homophobie ou l'hétérosexisme dont sont victimes les hommes sont plus violents, plus affichés ; ils prennent la forme d'insultes et d'agressions physiques chez les plus jeunes, ou d'une association malheureuse entre homosexualité et pédophilie chez les plus vieux. De l'autre côté, les femmes en sont victimes d'une autre manière, plus insidieuse, cachée, mais non moins dérangeante pour celles qui les subissent ; cela prend par exemple la forme de la réduction des lesbiennes au statut d'objet sexuel à l'intérieur d'un certain imaginaire masculin (« deux pour un »).

À ces réalités s'ajoute une dimension particulière qui les rend encore plus problématiques : il s'agit de l'intériorisation de l'homophobie ou de l'hétérosexisme par les personnes homosexuelles elles-mêmes. Si l'agressivité, la moquerie, le mépris sont susceptibles de nuire à l'estime de soi d'une personne, l'intériorisation de ces valeurs ou de ces jugements négatifs par les personnes qui en sont victimes est encore plus dommageable. En intériorisant l'homophobie ou l'hétérosexisme, les personnes membres d'une minorité sexuelle font leur la stigmatisation véhiculée par les attitudes homophobes ou hétérosexistes.

Ces personnes vivent une profonde et puissante contradiction intérieure qui les conduit à se concevoir comme anormales et à éprouver de la honte et du dégoût face à elles-mêmes. Pour bien comprendre la notion d'intériorisation, prenons un exemple. Les personnes homosexuelles peuvent très bien être restées attachées à leur croyance religieuse (la foi catholique, musulmane, juive, etc.) et à l'institution officielle qui en est garante. Or, si elles adoptent ou conservent le point de vue, sur l'homosexualité, de l'institution religieuse à laquelle elles appartiennent, elles risquent de vivre une contradiction entre la norme religieuse et la réalité de leur vie. Ce malaise intérieur résultant de l'incompatibilité entre la norme religieuse et l'orientation sexuelle est la base de ce qu'est l'homophobie ou l'hétérosexisme intériorisés.

La recension de la documentation institutionnelle québécoise sur la question de l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités des minorités sexuelles le montre plus que clairement : l'homophobie est encore aujourd'hui le principal problème auquel sont confrontées les personnes membres d'une minorité sexuelle quand elles souhaitent profiter de ces services (Audet, 2007, 2009 ; Carpentier, 2001 ; Clermont et Siou-Durand, 1997 ; Fournier, 2007 ; Morin et al., 1994 ; Mimeault, 2003 ; Ryan, 2003). Comme le soulignent les auteurs du rapport sur l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles, réalisé pour le MSSS : « Malgré les limites des résultats des recherches sur la santé et le bien-être d'une partie de cette population, il est clair que la majorité des problèmes auxquels elle est spécifiquement confrontée ne proviennent pas de l'orientation sexuelle, mais bien du rejet par la société de cette réalité, provoquant chez plusieurs une faille souvent profonde¹⁴. » Comme le faisait remarquer Ryan (2003, p.9), l'existence de l'homophobie n'est pas sans rapport avec la difficulté que peuvent éprouver les membres de minorités sexuelles à bénéficier d'un plein accès aux services sociaux et de santé. En l'absence d'indications claires sur le respect des différences sexuelles à ceux qui offrent les services, ces clientèles peuvent développer une méfiance à l'égard de ces services et ne pas y avoir recours. *L'Enquête sociale et de santé 1998*, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec,

souligne d'ailleurs qu'il existe un problème d'accès aux soins, principalement chez les femmes membres d'une minorité sexuelle. Celles-ci auraient tendance à garder cachée leur orientation sexuelle en contexte de consultation médicale ou psycho-sociale, par peur d'être jugées (Clermont et Lacouture, 2001, p. 219). Au terme d'une recension partielle de la littérature sur ce sujet, Cabaj (2005) émet l'hypothèse que l'homophobie est peut-être le principal facteur qui explique l'incidence importante, dans ces populations, de l'abus d'alcool et d'autres drogues. Voyons maintenant ce qu'il en est selon les études que nous avons recensées.

Amadio (2006) a cherché à savoir s'il existait une relation entre l'intériorisation de l'hétérosexisme et l'usage d'alcool ou les problèmes déclarés liés à l'alcool (pour les lesbiennes, l'auteur a eu recours à l'*Internalized Homophobia Scale* et pour les gais, à l'*Internalized Homonegativity Inventory*). Un échantillon de 335 lesbiennes et gais, recrutés au cours d'événements homosexuels, de listes de serveurs et de réseaux sociaux, a permis de faire ressortir plusieurs résultats. Il s'avère que l'hypothèse de ce lien n'est que partiellement soutenue, surtout chez les femmes. Le nombre de jours avec consommation d'alcool et la moyenne de consommations en une même occasion au cours du dernier mois ne sont pas liés à l'intériorisation de l'homophobie. Par contre, le nombre de jours avec consommation à risque au cours du dernier mois est significativement lié à l'intériorisation de l'hétérosexisme, mais seulement chez les femmes. L'auteur établit aussi ce lien, autant pour les hommes que pour les femmes, en utilisant le *DrInC (Drinker Inventory of Consequences)*, un indicateur permettant de mesurer 50 types de conséquences négatives vécus au cours des 30 derniers jours. Selon cette étude, l'intériorisation de l'homophobie serait donc en lien, chez les femmes membres d'une minorité sexuelle, avec une consommation à risque d'alcool.

L'étude de Stall et al. (2001) n'a pas, elle non plus, permis de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'homophobie ou l'hétérosexisme, ou leur intériorisation, sont des facteurs liés à l'abus de SPA chez les hommes membres d'une minorité sexuelle. Dans un échantillon de MSM, les auteurs n'ont obtenu aucune relation entre le fait

¹⁴ Clermont et Siou-Durand (1997), p. 8. Il ne faudrait pas croire qu'aujourd'hui (en 2010), étant donné que le mariage entre conjoints de même sexe est autorisé au Canada, tous les problèmes de discrimination dont sont susceptibles d'être victimes les personnes membres de minorités sexuelles ont disparu tout d'un coup. L'homophobie existe toujours au Québec, et c'est bien souvent chez les jeunes des écoles secondaires qu'elle se manifeste le plus fortement dans toute sa violence brute. « L'homophobie fréquente toujours assidûment l'école ! » écrivent Émond et Charlebois (2007). Si un changement législatif est vite réalisé, les changements culturels et sociaux, de leur côté, ne s'opèrent pas avec autant de rapidité et d'efficacité.

d'avoir subi de l'homophobie avant l'âge de 16 ans et la consommation à risque fréquente d'alcool. L'étude de Wong et al. (2008) confirme aussi cette lecture : parmi les personnes ayant participé à l'étude, les consommateurs à risque fréquents d'alcool avaient moins intériorisé l'homophobie que les personnes abstinentes et les consommateurs légers (consommation moins de 3 jours par semaine et moins de 5 consommations en une même occasion).

L'étude de Rosario (2008) a elle aussi exploré cette hypothèse liée à l'homophobie. L'analyse bivariée a montré un lien, mais celui-ci n'est pas resté significatif à la suite d'une analyse multivariée. L'étude a montré qu'il existe un lien entre le fait d'avoir vécu des événements stressants non liés à la condition homosexuelle et l'augmentation de la consommation d'alcool. Cela rejoint les conclusions de l'étude de Rosario et al. (2008), qui n'avait pas établi de corrélation entre le fait d'avoir vécu des événements stressants liés au fait d'être homosexuel et la consommation d'alcool ; ce n'est que chez les lesbiennes, et selon l'identification « femme ou *butch* » (c'est-à-dire lesbienne « plus féminine ou plus masculine ») que le fait d'avoir vécu des événements stressants en rapport avec l'homosexualité était lié à des différences, dans le cas de l'usage du tabac et de la marijuana.

3.3 L'INFLUENCE DU MILIEU

Même s'il n'existe plus de discrimination formelle sur les plans juridique et institutionnel, la situation sociale des minorités sexuelles n'est pas pour autant complètement normalisée. L'homophobie et l'hétérosexisme, s'ils n'expliquent pas de manière claire les différences, quant à l'usage problématique de SPA, entre ce que l'on observe chez les personnes membres d'une minorité sexuelle et dans la population générale, ont d'autres effets dans la vie des personnes membres de minorités sexuelles. En effet, un élément particulièrement fort dans leur mode de vie est certainement la place qu'occupent les bars comme espaces de socialisation. Mais pourquoi est-ce ainsi ? Il est certain que la non-acceptation de l'homosexualité, au cours des décennies passées, a forcé les personnes homosexuelles à investir leurs propres lieux sociaux pour pouvoir y vivre et y rencontrer des gens, dont des partenaires amoureux ou sexuels potentiels, sans avoir à craindre d'être victimes de harcèlement. De plus, les réseaux familiaux et sociaux des personnes membres d'une minorité sexuelle sont souvent peu développés, l'orientation sexuelle étant souvent une cause de rup-

ture avec le milieu familial. La solitude est donc plus grande. C'est ainsi que les bars en sont venus à jouer un rôle primordial dans cet univers culturel. On peut donc se demander si la fréquentation des bars, qui sont des espaces où la consommation de SPA est facile et encouragée, pourrait être un facteur de risque de consommation problématique de SPA.

L'étude d'Heffernan (1998), portant sur le rapport des lesbiennes aux SPA et citée plus tôt, a justement montré que la fréquentation des bars est l'élément le plus significatif pouvant expliquer la consommation d'alcool ou un plus grand nombre de jours avec consommation de SPA; les résultats n'indiquent par ailleurs aucun lien significatif entre la consommation d'alcool ou de SPA et le stress lié au fait d'être lesbienne ou les ressources sociales disponibles. La fréquentation des bars est donc, selon cette étude, un facteur de risque, et parmi les plus importants. De plus, son effet serait plus important chez les plus jeunes et chez les célibataires, ces caractéristiques devenant ainsi deux facteurs de risque supplémentaires (du moins, quand on les relie à la fréquentation des bars). L'influence de la fréquentation des bars sur les taux d'usage et d'abus de SPA a aussi été confirmée par Greenwood et al. (2001) et par Wong et al. (2008). Cette dernière étude a montré une relation significative entre la fréquentation des bars et la consommation à risque : les consommateurs fréquents et les consommateurs à risque fréquents d'alcool sont plus susceptibles de fréquenter un bar au moins une fois par semaine, alors que les non-consommateurs ou les consommateurs légers (consommation moins de 3 jours par semaine et moins de 5 consommations en une même occasion) sont plus susceptibles de fréquenter un bar moins d'une fois par semaine.

L'étude d'Halkitis et Palamar (2008) s'est intéressée aux modèles d'initiation aux drogues surtout utilisées dans les bars ou les « *after hour* » (comme l'ecstasy ou les amphétamines) dans la culture gaie, à partir d'un échantillon de 450 hommes, gais et bisexuels, de New York ; c'est une étude longitudinale, à la fois quantitative et qualitative. Les résultats montrent que la polyconsommation de drogues y est fréquente et que les modèles d'initiation aux différentes drogues varient selon l'âge, l'appartenance ethnique et l'orientation sexuelle (les plus vieux, les Noirs et les bisexuels rapportant une consommation plus faible). La drogue de départ est généralement la cocaïne, suivie par l'ecstasy, la kétamine, la méthamphétamine et le GHB. Selon les auteurs, ces modèles s'expliquent da-

vantage par un processus de socialisation propre au monde homosexuel que par la théorie de la « porte d'entrée » (« *gateway theory* »), selon laquelle le fait de chercher à obtenir une drogue illicite conduit à entrer dans des milieux qui facilitent l'accès à toutes les autres drogues. Or, l'initiation à l'usage de la cocaïne ou de l'ecstasy se fait d'abord dans les bars ou dans des fêtes; ensuite, ce sont plutôt les amis, les réseaux de connaissance qui amènent à découvrir d'autres drogues, et non le marché noir.

Stall et al. (2001) ont cherché à déterminer si le degré d'adhésion à la culture gaie est susceptible d'éclairer la situation. Les résultats montrent qu'un degré d'adhésion modéré est le principal facteur de protection relié à la consommation à risque fréquente, une adhésion forte ou faible conduisant, pour leur part, à des taux de consommation plus élevés. L'étude a par ailleurs établi un seul facteur de risque lié au fait d'avoir trois problèmes d'alcool ou plus (peur de la dépendance à l'alcool, besoin de boire pour changer d'état émotionnel, perte de contrôle une fois la consommation commencée, consommation pour se remettre d'un abus, conflit lié à l'alcool avec un proche et perte d'emploi liée à l'alcool) : il s'agit d'une faible estime de soi, un facteur qui est plus personnel que culturel.

3.4 LES FACTEURS DE PROTECTION

Il est largement reconnu qu'il existe des facteurs de protection par rapport aux problèmes de consommation de SPA. Le fait d'être une femme (comparativement à un homme), le fait de vivre en couple, le degré de scolarité et le type d'occupation socioprofessionnelle sont quatre de ces facteurs. L'âge en est un autre, puisque plus on vieillit, moins on a tendance à faire une consommation à risque ou abusive de SPA (Hughes, 2005). Toutefois, cet effet âge ne fonctionnerait pas de la même manière parmi les minorités sexuelles, comme le suggère l'étude de Hughes et al. (2006), réalisée grâce aux données de la *Chicago Health and Life Experience of Women Study* et portant sur un échantillon de 447 femmes s'identifiant comme lesbiennes. Les résultats ont montré que l'effet âge n'est pas présent chez les lesbiennes, ce qui confirme l'une des seules certitudes récurrentes relevées par les études de toutes les périodes (du début des années 1970 à aujourd'hui).

Certains facteurs de protection ont le même effet parmi les minorités sexuelles et dans la population générale ; c'est le cas, entre autres, du degré de scola-

rité. L'étude de Stall et al. (2001), citée plus tôt, par a notamment montré que les MSM ayant un degré de scolarité moins élevé avaient deux fois plus tendance à rapporter des consommations à risque fréquentes que les MSM ayant un degré de scolarité plus élevé.

Il est aussi reconnu que l'occupation socioprofessionnelle agit comme un facteur de protection chez les minorités sexuelles comme dans la population générale. L'étude de Greenwood et al. (2001) a utilisé les données de la *San Francisco Young Men's Health Study 1992-1997* (n=428 hommes s'auto-identifiant comme gais ou bisexuels). Parmi les répondants, 13,6 % rapportaient un usage fréquent (3 fois ou plus par semaine) et une consommation à risque d'alcool, et 43 % un usage de plusieurs drogues, et les auteurs ont montré que l'occupation socioprofessionnelle influençait ces taux. En effet, en comparaison avec les hommes exerçant une profession, les hommes occupant un emploi dans le domaine des services étaient trois fois plus à risque, et les hommes occupant un emploi de type col-bleu deux fois et demie plus à risque d'être des consommateurs problématiques. Selon cette étude, l'origine ethnique a aussi un effet : 17,7 % des répondants d'origine latino-américaine ayant une consommation fréquente à risque d'alcool, contre 8,3 % chez les répondants originaires de l'Asie ou des îles du Pacifique. Hughes et al. (2006) ont aussi observé des différences selon l'ethnie ; toutefois, chez les femmes, elles n'étaient pas aussi prononcées que dans la population générale.

L'étude de Wong et al. (2008), basée sur un échantillon probabiliste de 526 jeunes MSM âgés de 18 à 24 ans, a permis de suggérer l'existence d'autres facteurs de protection concernant la consommation d'alcool. Elle montre des différences entre, d'une part, les non-consommateurs/consommateurs légers (consommation moins de 3 jours par semaine et moins de 5 consommations en une même occasion) et, d'autre part, les consommateurs fréquents (consommation 3 jours ou plus par semaine, et moins de cinq consommations par occasion) et les consommateurs à risque, occasionnels (consommation moins de 3 jours par semaine et 5 consommations ou plus par occasion) ou fréquents (consommation 3 jours ou plus par semaine et 5 consommations ou plus par occasion), sur plusieurs points. Ainsi, chez ceux qui consomment moins d'alcool, la majorité demeure encore chez leurs parents, la proportion d'Afro-Américains est plus élevée que celle des Blancs, et le nombre de ceux qui fréquentent les bars est moins élevé ; les consommateurs

à risque, occasionnels ou fréquents, pour leur part, ont plus d'amis qui ont des comportements à risque, et ils ont tendance à être initiés à l'alcool plus jeune.

3.5 LES FACTEURS DE RISQUE

Dans la population générale, si certains facteurs permettent de réduire le niveau de risque face à la consommation problématique de SPA, d'autres ont l'effet contraire. Parmi ces derniers, on note le fait d'avoir un historique familial d'abus d'alcool. Or, l'étude de Wong et al. (2008) a montré que ce facteur n'était pas présent chez les différents types de consommateurs masculins.

L'étude de Hughes (2003), citée plus tôt, avait pour objectif d'évaluer certains facteurs de risque typiques des lesbiennes, soit avoir subi un abus sexuel pendant l'enfance et avoir subi une agression sexuelle à l'âge adulte. L'auteur a observé des taux élevés d'abus sexuel dans l'enfance à la fois chez les lesbiennes et chez les femmes hétérosexuelles, mais aussi qu'ils étaient significativement plus élevés dans le premier groupe que dans le second. Quant aux taux d'agression sexuelle à l'âge adulte, ils étaient également élevés dans les deux groupes, mais il n'y avait pas de différences significatives entre les lesbiennes et les hétérosexuelles. Hughes a tenté d'établir une corrélation entre ces facteurs et l'abus d'alcool et il a découvert, chez les deux groupes de femmes, un lien significatif entre le fait d'avoir subi un abus sexuel pendant l'enfance et l'abus d'alcool. Toutefois, le lien entre le fait d'avoir subi un abus sexuel à l'âge adulte et l'abus d'alcool a été observé seulement chez les femmes hétérosexuelles.

Willsnack et al. (2008) se sont pour leur part penchés sur trois phénomènes (abus sexuel dans l'enfance, initiation à l'alcool avant 15 ans et dépression) que d'autres études avaient définis comme facteurs de risque susceptibles d'expliquer la consommation problématique d'alcool. Les auteurs ont comparé deux groupes de femmes : un premier, composé de 405 femmes de diverses orientations sexuelles (exclusivement hétérosexuelles, le plus souvent hétérosexuelles, bisexuelles, le plus souvent lesbiennes et exclusivement lesbiennes) de Chicago, et un second, composé de 548 femmes hétérosexuelles de milieux urbains de l'ensemble des États-Unis. Les résultats sont plutôt sans équivoque : les femmes exclusivement hétérosexuelles montraient des taux d'abstinence d'alcool significativement plus élevés que celles des autres caté-

gories, et des taux inférieurs pour ce qui est de divers indicateurs liés à l'alcool, soit consommation à risque, historique de problèmes, symptômes de dépendance, préoccupations face à un problème, aide reçue pour un problème et épisode de consommation à risque au cours des 12 derniers mois. Les femmes exclusivement lesbiennes montraient des taux inférieurs à ceux des bisexuelles pour six des huit indicateurs de consommation problématique d'alcool considérés, mais cette différence était moins nette que celle qui existait entre les femmes exclusivement lesbiennes et les femmes exclusivement hétérosexuelles. Les femmes exclusivement lesbiennes avaient moins tendance que les femmes bisexuelles à rapporter une intoxication, des conséquences liées à un problème et des symptômes de dépendance au cours des 12 derniers mois. L'analyse des facteurs de risque liés à la consommation abusive d'alcool (initiation à la consommation avant l'âge de 15 ans, abus sexuel dans l'enfance, historique à vie de dépression, dépression au cours des 12 derniers mois) a également indiqué des différences plus claires et plus nettes entre les femmes des minorités sexuelles et les femmes exclusivement hétérosexuelles que l'étude de Hughes (2003) mentionnée plus haut : ces facteurs sont présents à des taux moins élevés chez les femmes exclusivement hétérosexuelles et plus élevés chez les femmes bisexuelles.

L'étude de Wong et al. (2008) a aussi fait ressortir des facteurs d'ordre psychologique ou individuel ayant une influence sur le rapport à la consommation d'alcool. Mais contrairement à Willsnack et al. (2008), Wong et al. n'observent aucun lien entre les différents types d'utilisateurs en ce qui a trait à la violence subie dans l'enfance. Les non-consommateurs et les consommateurs légers (consommation moins de 3 jours par semaine et moins de 5 consommations en une même occasion) ont vécu moins d'événements stressants que les consommateurs à risque occasionnels, et les consommateurs à risque occasionnels sont plus à risque d'être en détresse ou de subir une dépression que les non-consommateurs et les consommateurs légers. Des différences sont aussi apparues concernant la satisfaction générale face à la vie : les non-consommateurs, les consommateurs légers et les consommateurs fréquents (donc les consommateurs non à risque et non abusifs) étant plus satisfaits de leur vie que les consommateurs à risque occasionnels. De plus, l'étude montre que les consommateurs à risque fréquents sont, plus que les non-consommateurs et les consommateurs légers, des personnes qui cherchent des sensations fortes; en outre, les non-consomma-

teurs et les consommateurs légers, comparés aux consommateurs fréquents et aux consommateurs à risque fréquents, ont plus tendance à considérer la santé comme une valeur importante.

SYNTHÈSE 4

Jusqu'à présent, nous avons vu qu'il semble exister des liens entre le fait d'appartenir à une minorité sexuelle et l'usage de SPA, mais que ces liens ne se traduisent pas nécessairement par une prévalence plus grande de problèmes ou de symptômes de la dépendance à l'alcool ou aux autres SPA. Cela est surtout vrai pour les hommes, puisque les résultats sont moins nets quand on observe la situation des femmes lesbiennes ou bisexuelles. Celles-ci rapportent en effet plus de problèmes avec les SPA (surtout l'alcool) que les autres femmes, bien que certaines études ne montrent pas de différences significatives. Toute l'information prise en compte dans cette recension ne permet toutefois pas de conclure à un lien direct entre le fait d'appartenir à une minorité sexuelle et la dépendance aux SPA. Il est essentiel d'apporter des nuances pour ne pas faire un retour en arrière et élever de nouveau le fait d'appartenir à une minorité sexuelle au statut de vecteur de la dépendance.

Certaines hypothèses ont été avancées pour expliquer la relation entre le fait d'appartenir à une minorité sexuelle et l'usage ou l'abus de SPA et la dépendance aux SPA : le *coming out*, l'homophobie ou l'hétérosexisme, et la fréquentation des bars. Bien que, à cause du stress qu'il occasionne, le *coming out* apparaisse comme un événement susceptible d'expliquer l'usage et l'abus plus élevés de SPA chez les LGBT, les études scientifiques disponibles ne confirment pas cette hypothèse. Les recherches montrent qu'avant un *coming out* on observe déjà des différences entre les membres des minorités sexuelles et la population générale : les taux d'usage et d'abus sont plus élevés chez les lesbiennes et les femmes bisexuelles, et la tendance à l'augmentation de la consommation avant tout *coming out* est déjà plus prononcée que dans la population générale autant pour les hommes que pour les femmes. Il semble que ce soit plutôt la manière dont le *coming out* est reçu par les autres qui a un lien avec l'abus de SPA (surtout quand il est reçu de façon négative). Pour ce qui est d'un lien entre l'intériorisation de l'homophobie ou de l'hétérosexisme et l'abus de SPA, aucune étude n'a permis de l'observer. Par contre, la fréquentation des bars est reliée à un plus grand nombre de jours avec consommation d'alcool rap-

portés et avec un taux plus élevé de consommation à risque d'alcool. Les personnes qui fréquentent moins souvent les bars ont toujours tendance à consommer moins d'alcool que ceux qui les fréquentent plus souvent. À ce sujet, il faudra toutefois se pencher sur un phénomène particulier dans l'avenir : la popularité des nouveaux médias sociaux. En effet, les études montrent que la fréquentation des bars constitue d'abord, pour les membres des minorités sexuelles, une occasion de socialisation à l'abri des préjugés ; comme les médias sociaux offrent de nouvelles avenues de socialisation, cela pourrait modifier la situation d'isolement vécue par les membres des minorités sexuelles (si ce n'est pas déjà fait), et avoir un effet sur l'usage de SPA.

Par ailleurs, l'effet âge (plus on vieillit, plus le taux de consommation abusive ou à risque diminue), qui est démontré dans la population générale, n'est pas aussi clair chez les membres des minorités sexuelles, qu'ils soient hommes ou femmes. Il n'est pas possible de déterminer, à partir des recherches disponibles, si cette situation est due à des caractéristiques culturelles propres aux minorités sexuelles, au *coming out*, à l'homophobie ou l'hétérosexisme, à des caractéristiques sociodémographiques ou à des facteurs liés à l'histoire de vie personnelle. Peut-être y a-t-il une synergie de tous ces facteurs ? Quoi qu'il en soit, il est important de retenir que la proportion de personnes adultes susceptibles d'avoir un problème avec les SPA est plus grande chez les membres de minorités sexuelles que dans la population générale.

Enfin, il semble exister des facteurs de risque propres aux femmes parmi les membres de minorités sexuelles : en effet, on observe chez elles un lien entre l'intériorisation de l'homophobie et une consommation à risque plus élevée d'alcool (tandis que chez les hommes, c'est le stress tout court qui explique une plus grande consommation d'alcool). Il y aurait aussi un lien, chez les femmes, entre le fait d'avoir subi des abus sexuel dans l'enfance et l'abus d'alcool.

4. LA PRISE EN CHARGE

Les chercheurs sont clairs et s'entendent pour soutenir que les membres de minorités sexuelles sont plus à risque de faire usage de SPA et de faire aussi usage d'une plus grande variété de drogues. De plus, chez les hommes, les membres de minorités sexuelles sont plus susceptibles que les hétérosexuels d'en faire une consommation à risque, sans toutefois que cela se traduise par une prévalence plus grande de problèmes liés à la consommation de SPA ou à la dépendance aux SPA. Chez les femmes membres de minorités sexuelles, les problèmes et la dépendance sont plus présents que chez les hétérosexuelles, bien que certaines études ne le confirment pas. Les liens entre le fait d'appartenir à une minorité sexuelle et la dépendance aux SPA sont néanmoins à considérer avec des nuances : ils ne sont pas directs, la cause de la dépendance n'étant pas l'orientation sexuelle elle-même ; d'autres facteurs agissent et influencent l'intensité de cette relation. Certains facteurs ont aussi le même effet chez les minorités sexuelles que dans la population générale, comme le degré de scolarité et l'occupation socioprofessionnelle, alors que d'autres, et en particulier l'effet âge, sont présents de façon différente parmi les minorités sexuelles.

Bien qu'il soit difficile de dégager des certitudes incontestables des études scientifiques recensées, les services et les approches spécialisés pour les membres de minorités sexuelles se sont néanmoins développés aux États-Unis comme au Canada. Dans cette dernière partie, nous allons faire le point sur ce sujet à partir du matériel disponible. Les données sont présentées dans cette partie en trois sous-sections : les caractéristiques associées à l'admission aux services ; les services existants ; les interventions.

4.1 LES CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À L'ADMISSION À DES SERVICES

Pour évaluer la nécessité d'établir des services adaptés aux minorités sexuelles, il est pertinent d'observer les différences ou les spécificités de cette clientèle lorsqu'elle commence un traitement. D'une manière générale, les enquêtes sur la santé de Statistique Canada nous apprennent, par exemple, que les hommes bisexuels jugent leur santé plus souvent passable ou mauvaise, que les gais et les femmes bisexuelles ont tendance à rapporter un plus grand nombre de problèmes de santé chroniques que les personnes hétérosexuelles et qu'ils sont aussi plus susceptibles d'avoir

eu une incapacité pendant au moins une journée au cours de la dernière année (Tjepkewa, 2008). Les hommes bisexuels rapportent deux fois plus, et les femmes bisexuelles trois fois plus de problèmes de santé mentale que ce que l'on observe dans la population générale ; ainsi, les troubles de l'humeur ou l'anxiété seraient toujours plus élevés chez les personnes bisexuelles que dans la population hétérosexuelle. Ces différences se maintiennent-elles une fois que ces personnes ont commencé un traitement ?

Rogers, Emanuel et Bradford (2003) ont réalisé une évaluation de la santé mentale de 223 femmes se déclarant lesbiennes ou bisexuelles et ayant demandé de recevoir des services de santé. Les auteurs n'ont pas observé de différences avec des échantillons de la population générale quant aux motifs de consultation, de la gravité de la situation et des problèmes présents. Cochran et Cauce (2006) sont par contre arrivés à des résultats différents. Ils ont comparé plusieurs caractéristiques chez deux groupes de personnes de l'État de Washington – 15 705 personnes se déclarant hétérosexuelles et 610 personnes se déclarant LGBT – ayant demandé de recevoir des services spécialisés en traitement de la dépendance aux SPA. Les auteurs ont montré que chez les membres des minorités sexuelles, comparés aux personnes hétérosexuelles admises pour le même type de soins, plus de personnes présentaient de réels problèmes de consommation de SPA et une psychopathologie, et qu'elles avaient utilisé davantage de services de santé auparavant.

Sur le plan de la santé mentale, une étude de Berg, Mimiaga et Safren (2008) montre que les diagnostics associés à la prise en charge de 92 hommes gais ou bisexuels se répartissaient comme suit : troubles d'adaptation, 33,7 % ; dépression majeure, 25 % ; anxiété, 15,2 % ; dysthymie, 14,1 % ; troubles liés à une substance, 14,1 % ; troubles bipolaires, 3,3 % ; troubles sexuels, 3,3 % ; et autres diagnostics, 12,3 %. Rogers, Emanuel et Bradford (2003), pour leur part, ont indiqué que dans le groupe qu'ils ont étudié, 15,7 % des personnes consommaient des SPA de façon abusive tandis que 45,7 % avaient un passé de consommation abusive de SPA.

Ross et Durkin (2005) ont fait une étude portant sur deux groupes de femmes recevant un traitement pour des problèmes liés aux SPA. Le premier était composé de lesbiennes (n=19) recrutées à partir de trois sources

(15 dans des réunions des AA ; 3 dans un rassemblement social ; 1 sur un campus) ; le groupe témoin, pour sa part, était composé de 39 femmes recevant un traitement dans un hôpital reconnu pour les soins en dépendance aux SPA (toutefois, on ne connaissait pas l'orientation sexuelle de ces femmes). Les chercheurs ont observé que les troubles dissociatifs étaient moins présents dans le groupe de lesbiennes ; par contre, les lesbiennes avaient subi plus d'abus physiques ou sexuels pendant l'enfance et, si l'on combine les deux (physiques ou sexuels), elles en avaient toutes été victimes (100 % contre 56 % pour le groupe témoin). Les résultats obtenus chez les lesbiennes grâce au DDIS (*Dissociative Disorders Interview Schedule, Self-Report Version*) étaient plus élevés que ceux que l'on observe dans la population générale ; toutefois, les différences entre les deux groupes n'étaient pas significatives. Et selon la DES (*Dissociative Experience Scale*), les deux groupes se comportaient comme la population générale. Les études ne sont donc pas suffisamment nombreuses, et celles dont on dispose ne donnent pas de résultats suffisamment clairs, pour que l'on puisse tirer des conclusions. D'autres recherches sont nécessaires pour que l'on ait une vision plus juste de la situation.

4.2 LES SERVICES EXISTANTS

Dans notre recension de la documentation institutionnelle et au cours de notre recherche d'information supplémentaire, il est apparu évident qu'il y avait, globalement, un problème d'accès aux services sociaux et de santé pour la population LGBT. Au Canada en 2003, les personnes homosexuelles étaient deux fois plus nombreuses que les personnes hétérosexuelles (21,8 % contre 12,7 %) à affirmer que l'un de leurs besoins dans le domaine de la santé n'avait pas été satisfait (Le Quotidien, 15 juin 2004, Statistique Canada¹⁵). *L'Enquête sociale et de santé 1998 du Québec* a aussi souligné qu'il y avait un problème d'accès aux soins de santé, principalement chez les femmes parmi les minorités sexuelles. Finnegan et McNally (2002) ont avancé que les membres de minorités sexuelles doivent faire face à une double stigmatisation : celle qui est liée à leur orientation sexuelle, et celle qui est liée à leur problème de drogues ou d'alcool¹⁶. Clermont et Sioui-Durand (1997) tirent cette

conclusion : « Il y a une sous-utilisation des services, le plus souvent causée par des barrières culturelles qui se manifestent par le silence ou par une non-reconnaissance des besoins particuliers des clientèles gais et lesbiennes. » Et ils ajoutent : « Les attentes à l'égard des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont, avec raison, particulièrement élevées, mais la crainte de la discrimination et de l'hostilité des intervenants ressentie par la clientèle homosexuelle, associée à l'absence de formation de ceux-ci sur la réalité homosexuelle, entrave l'accessibilité et la qualité des services offerts à la population. » Or, outre la documentation institutionnelle québécoise et canadienne que nous avons, on ne trouve aucune étude s'attardant spécifiquement à mesurer l'impact de la peur d'être jugé sur l'utilisation des services sociaux et de santé (et particulièrement le traitement de la dépendance) par les membres de minorités sexuelles.

Il existe des programmes d'intervention spécifiques pour les minorités sexuelles, mais le matériel scientifique est nettement insuffisant pour nous permettre d'évaluer leur utilité ou leur efficacité. Une seule étude a traité de l'efficacité de ces traitements, celle de Shop-taw et al. (2008), qui a comparé l'efficacité de deux types de thérapies adaptées pour les hommes gais, soit une thérapie cognitive (n=64) et une thérapie de support social (n=64) ; les résultats montrent une amélioration de la consommation de SPA et des comportements sexuels à risque, mais ne relèvent pas de différence notable entre les deux types de thérapies. De plus, l'étude ne donne pas de mesure d'efficacité dans la population générale à laquelle il aurait été possible de comparer la situation des hommes gais.

Aux États-Unis, dans une vérification des services offerts en traitement des dépendances pour des clientèles particulières, Olmstead et Sindelar (2004) constatent que seulement la moitié des centres prétendant offrir des services adaptés aux minorités sexuelles le font réellement. Cochran, Peavy et Cauce (2007), grâce à un recensement téléphonique auprès des 911 dispensateurs de services spécialisés pour les personnes LGBT aux États-Unis, se sont aperçus qu'en réalité 70,8 % de ces services ne différaient pas des services ordinaires, et que 7,3 % (n=63) seulement offraient des services adaptés (21,9 % n'ayant pas répondu aux cher-

¹⁵ Il s'agit d'un résumé de certaines conclusions de *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*.

¹⁶ Il faut souligner que la situation se complexifie d'un degré lorsque l'on ajoute à cette équation la question des minorités visibles ; dans ce cas, on se trouve avec la conjonction de trois identités stigmatisées. Nous ne traitons pas ici de cette question, faute de données, mais elle est très importante dans le contexte multiethnique et multiculturel du Québec contemporain.

cheurs). Parmi les 63 dispensateurs de services adaptés, 31 offraient des groupes pour les personnes LGBT uniquement, 13 avaient une clientèle uniquement constituée de personnes LGBT, 12 avaient parmi leur personnel clinique une personne ayant cette spécialité, et 7 offraient des groupes pour les personnes LGBT et avaient parmi leur personnel clinique une personne ayant cette spécialité.

Aux États-Unis, la SAMHSA a fait des recommandations pour aménager les services en traitement des dépendances pour la clientèle LGBT (*A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals*), et l'Université de l'Iowa a produit un guide de formation prévoyant 22 heures de formation réparties entre un topo général des traitements (5,5 heures), un guide pour les cliniciens (9 heures) et un guide pour l'administration du programme (4,5 heures). Ce qui est important de retenir, c'est que la majorité des services auxquels la SAMSHA fait référence sont basés sur des traitements de groupe, lesquels incluent à la fois des personnes hétérosexuelles et homosexuelles. Cette mixité entraîne des difficultés, principalement centrées sur l'homophobie et la discrimination, qui ne se présenteraient pas dans des traitements individuels. La SAMSHA souligne aussi l'importance, pour les cliniciens, de posséder des connaissances de base sur cette population.

À ce propos, Eliason (2000) s'est intéressée aux connaissances des personnes LGBT et aux attitudes face à cette clientèle qu'à le personnel clinique des services en traitement des dépendances. Grâce à un questionnaire envoyé par courrier postal à 242 cliniciens (en Iowa), elle a constaté que le personnel clinique avait peu de connaissances des besoins des personnes LGBT (l'homophobie intériorisée, la dynamique particulière de leur vie de couple et les problèmes reliés à la famille). Sur le plan des croyances, des valeurs et des perceptions, 34 % des cliniciens ont rapporté des attitudes ambivalentes et 10 % des attitudes négatives face à cette clientèle. Eliason et Hughes (2004) ont de leur côté cherché à mesurer les attitudes et les connaissances des cliniciens selon leur milieu d'origine : ils ont comparé des cliniciens exerçant en milieu urbain (n=109) et en milieu rural (n=242). Les résultats montrent que, bien que les intervenants travaillant en milieu urbain soient plus habitués à la diversité sexuelle, qu'ils soient d'horizons ethniques plus variés que leurs collègues de milieux ruraux et qu'ils se disent aussi plus à l'aise avec la prise en charge de cette clientèle, ils présentaient néanmoins le même

niveau d'attitudes ambivalentes ou négatives ainsi qu'un manque de connaissances quant aux besoins réels des minorités sexuelles. Cochran, Peavy et Robohm (2007) ont mené une recherche auprès de 46 cliniciens spécialisés en traitement des dépendances pour évaluer les préjugés qu'ils pouvaient avoir face aux minorités sexuelles. Les cliniciens hommes hétérosexuels ou les cliniciens, hommes ou femmes, ayant peu d'amis issus des minorités sexuelles avaient plus de préjugés que les personnes des groupes témoins d'études antérieures, mais la différence n'était pas significative. Matthews et Selvidge (2005) ont réalisé une enquête sur l'utilisation de services en traitement des dépendances aux États-Unis, grâce à un questionnaire auquel 58 personnes LGB ont répondu sur Internet. Les participants à cette recherche perçoivent l'ouverture des cliniciens aux problèmes spécifiques liés à la culture LGB de manière positive, mais affirment que cette ouverture n'est pas fréquente. Les auteurs recommandent ainsi de recruter plus fréquemment des cliniciens qui s'identifient ouvertement comme LGB, sans toutefois disposer de données probantes pour en montrer la nécessité.

4.3 LES INTERVENTIONS

Un grand nombre d'études ont traité des enjeux à prendre en compte dans les interventions. Dans un article théorique, Davison (2001) s'intéresse à divers aspects cliniques et éthiques soulevés par la prise en charge des membres de minorités sexuelles : la pertinence de l'orientation sexuelle dans l'évaluation et le plan de traitement, les dangers des préjugés et des stéréotypes, l'impact du *coming out* par rapport à l'identité de la personne et à son entourage, et la question de la confiance dans les relations de couple. Dans deux recensions partielles de la documentation sur le sujet, Cheng (2002 ; 2003) propose des balises éthiques et pour la prise en charge de cette clientèle qui, historiquement, aurait été traitée de façon inadéquate et inéquitable par les dispensateurs de services. Au sujet des balises éthiques, l'auteur rappelle : 1. le principe de bienfaisance, qui renvoie à l'obligation des cliniciens d'agir de façon à promouvoir la croissance et le bien-être de leurs patients ; 2. le principe de non-malfaisance, qui renvoie à l'obligation des cliniciens d'agir de manière à ne pas causer de préjudices aux patients et à tenter de prévenir les torts qu'ils pourraient subir ; 3. le principe d'autonomie, qui renvoie au respect, par les cliniciens, du libre choix de leurs patients. Au chapitre des balises liées à la prise en charge dans un centre de réadaptation et de traitement des

dépendances, l'auteur propose : 1. d'être attentif aux préjugés (par exemple ne pas assumer automatiquement qu'il y a un lien entre le fait d'appartenir à une minorité sexuelle et les problèmes de consommation de SPA) ; 2. d'utiliser un langage neutre, qui n'implique rien à propos de l'orientation sexuelle des patients ; 3. de toujours avoir à l'esprit que la priorité est le traitement des problèmes de consommation de SPA ; 4. d'être familier avec la formation de l'identité sexuelle des personnes homosexuelles ; 5. de diriger les patients vers des spécialistes (ou vers d'autres types de ressources), si nécessaire.

Dans une étude qualitative réalisée auprès de 10 personnes gaies ou lesbiennes ayant utilisé des services en traitement des dépendances aux SPA, Matthews, Lorah et Fenton (2006) ont dressé une liste des questions importantes rapportées par les participants. Les recommandations que font les auteurs à l'intention des cliniciens vont dans le même sens que celles de Cheng : 1. être attentif face à leurs propres attitudes et comportements à l'égard des problèmes de dépendances aux SPA liés au fait d'appartenir à une minorité sexuelle ; 2. avoir une attitude ouverte par rapport aux problèmes de dépendance aux SPA liés au fait d'appartenir à une minorité sexuelle ; 3. comprendre le rôle que joue la culpabilité dans les problèmes de dépendance aux SPA et dans le fait d'appartenir à une minorité sexuelle ; 4. comprendre le rôle que joue la fréquentation des bars pour plusieurs personnes gaies ou lesbiennes, et pouvoir suggérer des ressources alternatives de socialisation ; 5. aider les clients à entrer en contact avec diverses ressources pour personnes gaies ou lesbiennes ; 6. comprendre le rôle de la famille et être prêt à l'impliquer ; 7. être conscient de son impact en tant que thérapeute, car il est possible que le ou la thérapeute soit la seule personne à qui les clients se confient ; 8. aider les clients à être honnêtes envers eux-mêmes et à développer l'habileté à reconnaître les situations où l'on peut être honnête avec les autres sans risquer que cela se retourne contre soi-même ; 9. comprendre les interactions entre les dépendances aux SPA et le fait d'appartenir à une minorité sexuelle, et soutenir les clients face aux problèmes que posent ces deux situations.

Par ailleurs, les questions liées à la prise en charge des membres de minorités sexuelles sont également traitées dans plusieurs articles de revues scientifiques, et l'on utilise souvent des exemples présentés sous forme de vignettes cliniques. Ainsi, Ziegler (2000) offre cinq vignettes cliniques de personnes LGBT occupant un

emploi de type professionnel et faisant une consommation problématique de SPA. Ruiz, Lile et Matorin (2002) présente la vignette clinique et les interventions réalisées dans le cas d'un homme homosexuel faisant une consommation problématique de SPA et souffrant de troubles anxieux et de l'humeur durant son *coming out*. La vignette de Hicks (2000) décrit, pour sa part, les pratiques utilisées dans le cadre d'un programme spécialisé offert aux personnes LGBT ; il avance que ce type de programme est intéressant quand les clients ont des problèmes précis dus à leur orientation sexuelle, notamment liés au *coming out*, à l'homophobie intériorisée, à la difficulté de faire des rencontres amoureuses et à la consommation de certaines drogues surtout utilisées dans les bars (comme l'ecstasy). Rosario (2008) montre l'importance des bars comme lieu de socialisation et de rencontre pour les femmes lesbiennes ou bissexuelles, et relève la nécessité, pour les cliniciens, de suggérer d'autres lieux de socialisation plus sécuritaires au niveau de la consommation de SPA. Dans deux recensions non exhaustives de la documentation, Cabaj (2000 ; 2005) suggère que le traitement des personnes homosexuelles devrait se concentrer à la fois sur les problèmes de consommation de SPA et sur les conséquences de l'homophobie. Il ajoute qu'il peut aussi être nécessaire de travailler sur l'acceptation de l'identité sexuelle, et que cela nécessite que les cliniciens aient des connaissances précises sur les problèmes particuliers des membres de minorités sexuelles. Bobbe (2002) rapporte son expérience avec des lesbiennes faisant une consommation problématique d'alcool, et met l'accent sur la culpabilité et l'homophobie intériorisée comme facteurs importants pendant le traitement. Hart et Heimberg (2001) décrivent les problèmes les plus courants durant le suivi clinique d'une clientèle de jeunes LGB, comme l'homophobie dans la famille, chez les pairs et chez les personnes ayant une position d'autorité, et les difficultés liées à l'image corporelle (par rapport à un idéal de beauté à atteindre) ; les auteurs présentent des vignettes cliniques pour illustrer leurs propos. Finalement, dans une étude qualitative réalisée auprès de cliniciens spécialisés en dépendance aux SPA et ayant pris en charge une clientèle LGB, Barbara (2002) définit huit thèmes majeurs : 1. la divulgation de l'orientation sexuelle pendant le traitement ; 2. le processus de *coming out* ; 3. l'hétérosexisme ; 4. l'homophobie intériorisée ; 5. le réseau de soutien, y compris la famille ; 6. la vie sociale et la fréquentation des bars ; 7. l'image corporelle ; 8. l'impact du VIH et du SIDA.

D'autres sources font des propositions plus précises.

Par exemple, en se basant sur des recensions partielles de la documentation, Olson (2000) et Jordan (2000) considèrent que les adolescents gais et les adolescentes lesbiennes sont plus à risque d'avoir une consommation problématique de SPA, et recommandent que le personnel clinique des écoles soit plus vigilant et sensibilisé à cette situation. Dillworth et al. (2009) ont soumis un questionnaire en ligne à 156 personnes (dont 28,6 % de LGBT) pour évaluer dans quelle mesure ces personnes seraient prêtes à avoir recours à des types de traitements alternatifs (méditation ou acupuncture) dans le cas d'une consommation problématique d'alcool. Les auteurs constatent que les membres de minorités sexuelles sont plus ouverts que les personnes hétérosexuelles à ce type de traitements ; ils ajoutent que, étant donné que la majorité des personnes qui ont besoin d'un traitement pour des problèmes de dépendance aux SPA n'ont pas recours aux services traditionnels, ces méthodes alternatives pourraient être une solution. Halkitis et Palamar (2008) ont analysé les modèles de consommation de drogues de 450 hommes gais et bisexuels de New York dans les bars ; les auteurs rapportent que, chez ces hommes, la consommation, et plus particulièrement la polyconsommation de drogues est courante ; les auteurs suggèrent que les cliniciens s'intéressent non pas à un seul type de SPA, mais au problème de consommation en soi, et aux effets néfastes que peuvent avoir les interactions entre diverses SPA.

Enfin, la documentation offre d'autres propositions qui sont plus concrètes. Craft et Mulvey (2001) s'intéressent aux clientèles vulnérables ; ils recommandent que le personnel de direction et de gestion ainsi que le personnel clinique des centres de traitement de la dépendance aux SPA soient sensibilisés aux problèmes particuliers que vivent les membres des minorités sexuelles, comme les effets de l'homophobie intériorisée, des préjugés et de l'hétérosexisme. Au Québec, le MSSS a créé un programme de formation, « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité » (INSPQ et MSSS), qui s'adresse aux intervenants susceptibles de travailler avec les LGBT, et qui a pour but de les renseigner sur les questions particulières liées aux minorités sexuelles. Barbara, Chaim et Doctor (2004) ont pour leur part conçu un instrument prometteur (« *Asking the right questions 2* ») qui facilite la révélation de l'orientation sexuelle au moment d'une évaluation dans un contexte de prise en charge pour la dépendance aux SPA ; une étude de Barbara et Chaim (2004) rend compte de l'utilisation de cet instrument.

SYNTHÈSE 5

Les études ne sont pas assez nombreuses, et celles qui sont disponibles ne sont pas suffisamment éloquentes pour nous permettre de dégager des caractéristiques spécifiques aux membres des minorités sexuelles qui font des démarches pour recevoir un traitement de la dépendance aux SPA. Les services spécialisés offerts à cette clientèle n'ont bien souvent de spécialisé que le nom, et les mesures de leur efficacité sont pratiquement inexistantes. Le problème principal que les membres de minorités sexuelles peuvent avoir pendant un traitement apparaît le plus clairement dans les thérapies de groupe mixte (c'est-à-dire où les groupes sont composés de personnes hétérosexuelles et de membres d'une minorité sexuelle), puisqu'ils peuvent alors être brimés par des attitudes et des remarques homophobes. Quand les traitements prennent la forme de suivis individuels, ce sont alors les attitudes des cliniciens qui sont cruciales ; il ne suffit pas que ceux-ci acceptent l'homosexualité, il faut s'assurer que leurs interventions ne sont pas marquées par des biais hétérosexistes. La prudence est donc de mise, et un consensus tend à se dégager dans les études recensées à propos de la nécessité que les intervenants reçoivent une formation touchant divers aspects de la vie des membres des minorités sexuelles. Et, pour éviter que les membres des minorités sexuelles hésitent à avoir recours aux services dont ils ont besoin, il est important de leur envoyer un message clair : les dispensateurs de services doivent affirmer clairement que les traitements offerts se font dans un cadre respectueux de la différence sexuelle, et que les intervenants ont les connaissances et les habiletés personnelles nécessaires pour établir et maintenir un lien de confiance avec les personnes traitées – si, bien entendu, ces personnes croient que leur orientation sexuelle a un rapport avec leur problème de consommation de SPA.

CONCLUSION

On ne peut nier que la consommation de SPA chez les membres de minorités sexuelles comporte certaines spécificités en comparaison avec la population générale. Un milieu social davantage porté sur la fête où les bars occupent, pour des raisons liées à la tardive émancipation de la condition homosexuelle, une place centrale dans la vie sociale, se traduit presque nécessairement par des niveaux de consommation de SPA plus élevés que dans la population générale. Une proportion plus grande de ces personnes est effectivement susceptible de faire usage de SPA ; ces personnes sont aussi plus susceptibles d'en faire une consommation à risque ou abusive, et de faire usage d'un plus grand nombre de SPA. Cette prévalence plus importante de la consommation, en comparaison avec la population générale, se traduit-elle par une prévalence plus importante de problèmes liés à la consommation ou à la dépendance ? On l'a vu, la réponse à cette question est équivoque, et surtout, elle se décline différemment selon le sexe. Par exemple si, chez les hommes membres de minorités sexuelles, la courbe de la consommation augmente plus vite que chez les autres hommes à mesure que l'âge avance, les études ne permettent pas de conclure à une prévalence plus grande de problèmes liés à la consommation de SPA ou à la dépendance aux SPA.

Chez les femmes, la situation est encore moins nette. Il semble, en effet, que l'usage plus important de SPA des lesbiennes et des bisexuelles se traduise par une prévalence plus importante de problèmes liés à la consommation et à la dépendance à l'alcool, en comparaison avec les autres femmes. Contrairement aux autres femmes, les lesbiennes et les bisexuelles commenceraient plus jeunes à consommer des SPA, et cette différence semble se manifester avant tout *coming out*. Comme chez les hommes, la courbe de la consommation augmente plus rapidement avec l'âge chez les lesbiennes et les bisexuelles que chez les autres femmes. Les études semblent aussi indiquer que, chez les femmes, l'intériorisation de l'homophobie a un lien avec la consommation à risque d'alcool, que les lesbiennes et les bisexuelles considèrent leur consommation d'alcool comme étant problématique dans une plus grande proportion que les autres femmes, et qu'elles cherchent plus souvent que les autres femmes de l'aide pour des problèmes liés à l'alcool. Les études montrent aussi qu'il y aurait un lien entre le fait d'avoir subi des abus sexuels et la consommation à risque ou abusive d'alcool chez les lesbiennes.

Toutefois, il faut faire preuve de beaucoup de prudence et ne pas tirer de ces données des conclusions hâtives. Ce n'est pas en soi le fait d'être membre d'une minorité sexuelle qui est la cause de cette situation, puisque toutes les personnes homosexuelles n'ont pas de problèmes de consommation de SPA ; en effet, la très grande majorité (presque 90 %) n'en a pas. De plus, des caractéristiques sociodémographiques (comme le degré de scolarité et l'occupation socioprofessionnelle) sont, chez les minorités sexuelles comme dans la population générale, un facteur de protection. Une spécificité, toutefois, est attestée depuis les premières études : l'augmentation de l'âge chez les membres de minorités sexuelles ne se traduit pas nécessairement par une tendance à la diminution de la consommation à risque de SPA.

On trouve, dans la littérature, quelques hypothèses pour expliquer la spécificité du rapport aux SPA des minorités sexuelles dont nous avons sondé la validité. Le *coming out* est l'une d'entre elles ; parce qu'il est un événement important dans la vie des personnes homosexuelles, susceptible de générer stress et tensions, on le soupçonne d'être la cause de taux de consommation de SPA plus élevés dans cette population que dans la population générale. Cette hypothèse n'est toutefois pas fondée : même avant tout *coming out*, la consommation de SPA, particulièrement chez les femmes, serait, chez les membres de minorités sexuelles, différente de ce que l'on observe dans la population générale. En fait, ce serait plutôt le fait que le *coming out* est parfois reçu de façon négative par les autres qui expliquerait partiellement cette particularité ; l'homophobie ou l'hétérosexisme intériorisés pourraient ainsi avoir un effet sur la consommation de SPA, mais encore là les études restent ambivalentes.

Les liens entre le fait d'être membre d'une minorité sexuelle et la dépendance aux SPA ne sont donc pas clairement posés dans la littérature scientifique ; il faut les interpréter avec beaucoup de nuances. Cependant, une chose est certaine : les personnes membres de minorités sexuelles qui veulent entreprendre une démarche pour régler un problème lié aux SPA subissent une double stigmatisation (liée à la fois à leur orientation sexuelle et à leur problème de consommation de SPA). Bien sûr, on ne peut pas affirmer que toute personne LGBT vit nécessairement une crise existentielle à cause de son orientation sexuelle ; mais – les enquêtes de santé québécoises

et canadiennes le montrent – il est clair que certaines personnes membres d'une minorité sexuelle ont de la difficulté à s'assumer, et cela pour toutes sortes de raisons. Par exemple, la plupart des religions, présentes dans la vie privée de plusieurs, considèrent encore aujourd'hui l'homosexualité comme étant anormale. De jeunes homosexuels sont encore victimes de la méchanceté, de la cruauté et de la violence d'autres adolescents. Dans le cas des femmes, l'image sociale de l'homosexualité prend encore bien souvent, dans l'imaginaire masculin, la forme de la réduction des lesbiennes au statut d'objet sexuel (« deux pour un »). Il est donc raisonnable de croire qu'une certaine partie des personnes membres de minorités sexuelles ne sont pas complètement à l'aise avec leur orientation sexuelle, que ce sont sans doute ces personnes qui ont en fait le plus besoin d'aide, et que ce sont pourtant celles qui craindront le plus de demander de l'aide auprès des services de santé.

Aux États-Unis, dans le domaine des traitements des problèmes liés aux SPA, plusieurs centres affirment offrir des services spécialisés aux personnes membres des minorités sexuelles, alors que, en réalité, très peu de ces services sont véritablement adaptés à cette population ; de plus, les mesures de leur efficacité sont pratiquement inexistantes. Il semble que l'ajustement le plus important à apporter à ces services soit d'éviter les thérapies de groupe mixte (comprenant des personnes de toutes orientations sexuelles), du moins pour les personnes qui n'assument pas pleinement le fait d'appartenir à une minorité sexuelle. S'il est possible de mieux former et outiller les intervenants afin qu'ils soient au fait de ce qui caractérise cette population, il est beaucoup plus difficile (sinon impossible) de prévoir les réactions des participants d'un groupe de thérapie face à la différence sexuelle; et l'on sait que ces réactions peuvent être encore plus criantes parmi les jeunes. Il ne s'agit donc pas d'offrir automatiquement à toute personne membre d'une minorité sexuelle une thérapie de groupe réservée à cette clientèle ; mais il ne faudrait pas que ceux et celles pour qui cette identité est problématique se voient condamner à faire une thérapie de groupe « de surface », c'est-à-dire qui ne leur permette pas d'explorer en profondeur les effets de cette dimension de leur personnalité et son implication possible dans le cycle d'une consommation incontrôlée de SPA. Ce serait alors renforcer le mécanisme même qui les conduit à l'isolement.

Mais, nous l'avons dit, il est possible d'enrichir les connaissances et les compétences des intervenants

sur les minorités sexuelles grâce à de la formation. La littérature scientifique tend d'ailleurs à montrer l'importance d'une telle formation. Les intervenants ont besoin de connaissances objectives sur la réalité de cette population, le respect ou l'acceptation de l'homosexualité n'étant pas un critère suffisant pour garantir l'absence de biais hétérosexistes dans une intervention.

Enfin, il faudrait que les centres qui offrent des services en matière de consommation et de dépendance aux SPA et qui les adaptent à la population LGBT affichent clairement ce fait ou, à tout le moins, qu'ils précisent qu'ils sont ouverts aux personnes membres de minorités sexuelles, pour que ces personnes s'y rendent sans crainte. Il est nécessaire que, dès l'admission, les questions posées aux clients afin de les orienter vers le traitement requis soient, elles aussi, exemptes de biais hétérosexistes. Elles doivent permettre de repérer les personnes susceptibles d'avoir de la difficulté à assumer leur orientation sexuelle, pour ne pas qu'elles se retrouvent dans un groupe où la thérapie de groupe sera inopérante pour elles. Bref, si rien dans la littérature scientifique ne confirme la nécessité d'établir des programmes de soins spécifiques aux personnes membres de minorités sexuelles, tout indique qu'une somme de petits changements peut faire toute la différence.

RECOMMANDATIONS ISSUES DES ÉCHANGES ENTRE LES CHERCHEURS ET LES CLINIENS

Il ressort de la documentation que nous avons consultée que la situation des minorités sexuelles en regard des problèmes de dépendance aux SPA ne semble pas nécessiter des services spécifiques et uniquement dédiés à cette clientèle. Par contre, des ajustements semblent pertinents, compte tenu de la situation particulière vécue par ces personnes.

L'objectif de ces recommandations est d'améliorer les services offerts aux personnes membres de minorités sexuelles dans les établissements et organismes du Québec qui traitent les dépendances aux SPA. Elles découlent de la synthèse critique de deux types de sources d'information dont nous présentons une recension dans ce rapport et d'échanges avec des groupes de cliniciens. Les recommandations suivantes ne sont pas présentées par ordre d'importance.

RECOMMANDATION I

Considérant que les personnes membres de minorités sexuelles n'utilisent pas suffisamment les services sociaux et de santé, en partie parce qu'elles ont peur d'être jugées ;

Considérant que plusieurs recherches notent la présence, parmi le personnel clinique des établissements et organismes qui traitent les dépendances aux SPA, des attitudes ambivalentes à l'égard des membres des minorités sexuelles et un manque de connaissance des réalités de base de cette population, même chez certaines personnes qui sont très à l'aise avec la différence sexuelle ;

Il est recommandé que le programme de formation « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité », créé par le MSSS, ou tout autre programme comparable, soit offert de façon régulière au personnel clinique des établissements et organismes qui traitent les dépendances aux SPA.

RECOMMANDATION II

Considérant que, parmi le personnel des établissements et organismes qui traitent les dépendances aux SPA, des personnes peuvent manifester, même de façon inconsciente, des biais hétérosexistes ;

Considérant que les questions posées à l'accueil de ces établissements et organismes aux personnes qui souhaitent avoir recours à des services sont le premier contact que celles-ci ont avec ce type d'organismes ;

Considérant que ce ne sont pas toutes les personnes homosexuelles qui ont de la difficulté à assumer leur orientation sexuelle ;

Il est recommandé que les questionnaires d'accueil des établissements et organismes qui traitent les dépendances aux SPA soient révisés, à la lumière du document « Asking the right questions 2 », afin d'en éliminer tout biais hétérosexiste et de permettre de concevoir une procédure permettant d'identifier les personnes dont l'orientation sexuelle est source de problèmes.

RECOMMANDATION III

Considérant qu'en entreprenant une démarche pour obtenir des services liés à une dépendance aux SPA, les personnes membres de minorités sexuelles risquent de subir une double stigmatisation (en tant que toxicomanes et que membres d'une minorité sexuelle) ;

Considérant que la peur d'être jugé est l'un des plus grands freins à l'utilisation des services de santé chez les personnes membres de minorités sexuelles ;

Il est recommandé que les établissements et organismes qui traitent les dépendances aux SPA s'affichent ouvertement comme des organismes respectueux des minorités sexuelles et fassent la promotion de cette compétence dans les réseaux communautaires et sociaux des minorités sexuelles.

RECOMMANDATION IV

Considérant que le milieu communautaire est en contact étroit avec les personnes membres de minorités sexuelles ;

Considérant que le milieu communautaire peut diriger les personnes membres de minorités sexuelles ayant des problèmes de dépendance aux SPA vers des ressources adéquates dans ce domaine ;

Il est recommandé que les établissements et organismes qui traitent les dépendances aux SPA entreprennent une démarche de partenariat avec les CSSS et les organismes communautaires liés aux minorités sexuelles dans le but d'établir des protocoles formels afin que les personnes soient dirigées vers les services appropriés.

RECOMMANDATION V

Considérant que la population LGBT a des caractéristiques spécifiques et que plusieurs autres aspects sont susceptibles d'accompagner la consommation problématique de SPA (la fréquentation des bars, l'effet âge, l'acceptation ou non de l'identité sexuelle) ;

Il est recommandé que les établissements et organismes qui traitent les dépendances aux SPA mettent à la disposition du personnel clinique une liste des ressources régionales pertinentes destinées aux personnes membres de minorités sexuelles et pouvant être complémentaires à leurs services.

RECOMMANDATION VI

Considérant que les thérapies de groupe qui rassemblent des personnes de toutes les orientations sexuelles sont susceptibles de porter préjudice à certaines personnes membres de minorités sexuelles, moins à l'aise avec leur orientation ;

Considérant que ce ne sont pas toutes les personnes membres de minorités sexuelles et ayant des problèmes avec les SPA qui ont une ou des difficultés liées à leur orientation sexuelle ;

Il est recommandé que les établissements et organismes qui traitent les dépendances aux SPA créent des groupes spécifiques aux minorités sexuelles, réservés uniquement aux personnes chez lesquelles l'évaluation clinique démontre une relation clinique entre les difficultés reliées à l'orientation sexuelle et les motifs de consommation de SPA ; que cette participation s'inscrive en continuité avec le plan d'intervention de chaque personne traitée et la mission de la ressource d'intervention en dépendance aux SPA. À défaut, l'utilisation de la thérapie individuelle peut s'avérer un choix pertinent.

RECOMMANDATION VII

Considérant que les réseaux communautaires des femmes membres de minorités sexuelles sont moins bien développés que ceux des hommes membres de minorités sexuelles ;

Considérant que les lesbiennes et les femmes bisexuelles vivent ainsi un isolement qui peut être problématique ;

Considérant que les études scientifiques tendent à indiquer, chez les lesbiennes et les femmes bisexuelles, des taux de consommation et d'abus de SPA, de problèmes liés aux SPA et de dépendance face aux SPA plus élevés que chez les autres femmes ;

Il est recommandé que les établissements et organismes qui traitent les dépendances aux SPA envisagent la création de groupes de discussion et d'échange sur la question des problèmes de SPA à l'intention des femmes lesbiennes et bisexuelles.

Amadio, D. M. (2006). Internalized heterosexism, alcohol use, and alcohol-related problems among lesbians and gay men. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1153-1162.

Audet, M. (2009). *Bilan sur le suivi des recommandations du rapport de consultation du groupe de travail mixte contre l'homophobie : de l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*. [Québec, Québec] : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Audet, M. (2007). *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*. [Québec, Québec] : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Barbara, A. M. (2002). Substance abuse treatment with lesbian, gay and bisexual people: A qualitative study of service providers. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 14(4), 1-17.

Barbara, A. M., & Chaim, G. (2004). Asking about sexual orientation during assessment for drug and alcohol concerns: A pilot study. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 4(4), 89-109.

Barbara, A. M., Chaim, G., & Doctor, F. (2004). *Asking the right questions 2: Talking with clients about sexual orientation and gender identity in mental health, counselling and addiction settings*. Toronto, Ontario : Centre for Addiction and Mental Health.

Benyamina, A. (2005). *Le cannabis et les autres drogues*. Paris, France : Solar.

Berg, M. B., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2008). Mental health concerns of gay and bisexual men seeking mental health services. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 293-306.

Bobbe, J. (2002). Treatment with lesbian alcoholics: Healing shame and internalized homophobia for ongoing sobriety. *Health & Social Work*, 27(3), 218-222.

Cabaj, R. P. (2005). Gays, lesbians, and bisexuals. Dans J. H. Lowinson, P. Ruiz, & R. B. Millman (dir.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (4^e éd., p. 1129-1141). Philadelphie, PA : Lippincott Williams & Wilkins.

Cabaj, R. P. (2000). Substance abuse, internalized homophobia, and gay men and lesbians: Psychodynamic issues and clinical implications. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 3(3-4), 5-24.

Carpentier, D. (2001). *Homosexualité et transsexualisme : l'évolution dans la reconnaissance du droit à l'égalité*. [Québec, Québec] : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (2005). *Au carrefour des expertises en matière de dépendances : dossier de candidature*. Montréal, Québec : Centre Dollard-Cormier - Institut universitaire sur les dépendances.

Centre québécois de coordination sur le sida (1997). *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : intervenir dans le respect de l'orientation sexuelle*. [Montréal, Québec] : Centre québécois de coordination sur le sida.

Cheng, Z. (2003). Issues and standards in counseling lesbians and gay men with substance abuse concerns. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(4), 323-336.

Cheng, Z. (2002). Issues to consider when counseling gay people with alcohol dependency. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 33(3), 10-17.

Clermont, M., & Lacouture, Y. (2001). Orientation sexuelle et santé. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (2^e éd., [p.219-230]) Québec, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Clermont, M., & Sioui-Durand, G. (1997). *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles : orientations ministérielles*. [Québec, Québec] : Ministère de la santé et des Services sociaux.

Cochran, S. D., Ackerman, D., Mays, V. M., & Ross, M. W. (2004). Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population. *Addiction*, 99(8), 989-998.

Cochran, B. N., & Cauce, A. M. (2006). Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(2), 135-146.

Cochran, S. D., Keenan, C., Schober, C., & Mays, V. M. (2000). Estimates of alcohol use and clinical treatment needs among homosexually active men and women in the U.S. population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1062-1071.

Cochran, B. N., Peavy, K. M., & Cauce, A. M. (2007). Substance abuse treatment providers' explicit and implicit attitudes regarding sexual minorities. *Journal of Homosexuality*, 53(3), 181-207.

Cochran, B. N., Peavy, K. M., & Robohm, J. S. (2007). Do specialized services exist for LGBT individuals seeking treatment for substance misuse? A study of available treatment programs. *Substance Use and Misuse*, 42(1), 161-176.

Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting Psychology*, 71(1), 53-61.

Craft, E. M., & Mulvey, K. P. (2001). Addressing lesbian, gay, bisexual, and transgender issues from the inside: One federal agency's approach. *American Journal of Public Health*, 91(6), 889-891.

Crosby, G. M., Stall, R. D., Paul, J. P., & Barrett, D. C. (1998). Alcohol and drug use patterns have declined between generations of younger gay-bisexual men in San Francisco. *Drug and Alcohol Dependence*, 52(3), 177-182.

Davison, G. C. (2001). Conceptual and ethical issues in therapy for the psychological problems of gay men, lesbians, and bisexuals. *Psychotherapy in Practice*, 57(5), 695-704.

Diamond, L. M. (2008). Female bisexuality from adolescence to adulthood: Results from a 10-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 44(1), 5-14.

Dillworth, T. M., Kaysen, D., Montoya, H. D., & Larimer, M. E. (2009). Identification with mainstream culture and preference for alternative alcohol treatment approaches in a community sample. *Behavior Therapy*, 40(1), 72-81.

Drabble, L., Midanik, L. T., & Trocki, K. (2005). Reports of alcohol consumption and alcohol-related problems among homosexual, bisexual and heterosexual respondents: Results from the 2000 National Alcohol Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(1), 111-120.

Drabble, L., & Trocki, K. (2005). Alcohol consumption, alcohol-related problems, and other substance use among lesbian and bisexual women. *Journal of Lesbian Studies*, 9(3), 19-30.

Dunn, B. (dir.). (2006). *LGBT health matters: An education and training resource for health and social services sectors*. Vancouver, Colombie-Britannique : The Centre.

- Eisenberg, M., & Wechsler, H. (2003). Substance use behaviors among college students with same-sex and opposite-sex experience: Results from a national study. *Addictive Behaviors, 28*(5), 899-913.
- Eliason, M. J. (2000). Substance abuse counsellor's attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, and transgendered clients. *Journal of Substance Abuse, 12*(4), 311-328.
- Eliason, M. J., & Hughes, T. (2004). Treatment counselor's attitudes about lesbian, gay, bisexual, and transgendered clients: Urban vs. rural settings. *Substance Use and Misuse, 39*(4), 625-644.
- Émond, G., & Bastien Charlebois, J. (2007). *L'homophobie, pas dans ma cours*. Montréal, Québec : Gris Montréal.
- Fifield, L., De Crescenzo, T.A., & Latham, J. D. (1975). *Alcoholism and the gay community: Summary of On my way to nowhere: Alienated, isolated, drunk: An analysis of gay alcohol abuse and an evaluation of alcoholism rehabilitation services for Los Angeles County*. Los Angeles, CA : Los Angeles Gay Community Services Center.
- Finnegan, D. G., & McNally, E. B. (2002). *Counseling lesbian, gay, bisexual, and transgender substance abuser dual identity*. New York, NY : Haworth Press.
- Fo, N. (1994). *De l'illégalité à l'égalité : rapport de consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes*. [Montréal, Québec] : Commission des droits de la personne du Québec.
- Ford, J. A., & Jasinski, J. L. (2006). *Sexual orientation and substance use among college students*. *Addictive Behaviors, 31*(3), 404-413.
- Fournier, L. (2007). *Sortons l'homophobie du placard-- et de nos écoles secondaires*. Québec, Québec : Conseil permanent de la jeunesse.
- Greenwood, G. L., White, E., W., Page-Shafer, K., Bein, E., Osmond, D. H., Paul, J., & Stall, R. D. (2001). Correlates of heavy substance use among young gay and bisexual men: The San Francisco Young Men's Health Study. *Drug and Alcohol Dependence, 61*(2), 105-112.
- Halkitis, P. N., & Palamar, J. J. (2008). Multivariate modeling of club drug use initiation among gay and bisexual men. *Substance Use and Misuse, 43*(7), 871-879.
- Hart, T. A., & Heimberg, R. G. (2001). Presenting problems among treatment-seeking gay, lesbian, and bisexual youth. *Journal of Clinical Psychology, 57*(5), 615-627.
- Heffernan, K. (1998). The nature and predictors of substance use among lesbians. *Addictive Behaviors, 23*(4), 517-528.
- Hicks, D. (2000). The importance of specialized treatment programs for lesbian and gay patients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, 3*(3-4), 81-94.
- Hughes, T. L. (2005). Alcohol use and alcohol-related problems among lesbians and gay men. *Annual Review of Nursing Research, 23*, 283-325.
- Hughes, T. L. (2003). Lesbians' drinking patterns: Beyond the data. *Substance Use and Misuse, 38*(11-13), 1739-1758.
- Hughes, T. L., & Eliason, M. (2002). Substance use and abuse in lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *Journal of Primary Prevention, 22*(3), 263-298.

Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., Szalacha, L. A., Johnson, T., Bostwick, W. B., Seymour, R., Aranda, F., ... Kinnison, K. E. (2006). Age and racial/ethnic differences in drinking and drinking/related problems in a community sample of lesbians. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(4), 579-590.

Jordan, K. M. (2000). Substance abuse among gay, lesbian, bisexual, transgender, and questioning adolescents. *School Psychology Review*, 29(2), 201-206.

Kelly, B. C., & Parsons, J. T. (2008). Predictors and comparisons of polydrug and non-polydrug cocaine use in club subcultures. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(6), 774-781.

Lacouture, Y. (1998). *La toxicomanie chez les personnes homosexuelles : une recension des écrits*. Québec, Québec : Comité Permanent de lutte à la toxicomanie.

Lohrenz, L. J., Connelly, J. C., Coyne, L., & Spare, K. E. (1978). Alcohol problems in several midwestern homosexual communities. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(11), 1959-1963.

Mackesy-Amiti, M. E., Fendrich, M., & Johnson, T. P. (2009). Substance-related problems and treatment among men who have sex with men in comparison to other men in Chicago. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 227-233.

Mackesy-Amiti, M. E., Fendrich, M., & Johnson, T. P. (2008). Prevalence of recent illicit substance use and reporting bias among MSM and other urban males. *Addictive Behaviors*, 33(8), 1055-1060.

Marshal M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M.A., ... Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546-556.

Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., & Thompson, A. L. (2009). Individual trajectories of substance use in lesbian, gay and bisexual youth and heterosexual youth. *Addiction*, 104(6), 974-981.

Matthews, C. R., Lorah, P., & Fenton, J. (2006). Treatment experiences of gays and lesbians in recovery from addiction: A qualitative inquiry. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 110-132.

Matthews, C. R., & Selvidge, M. M. D. (2005). Lesbian, gay, and bisexual clients' experiences in treatment for addiction. *Journal of Lesbian Studies*, 9(3), 79-90.

McCabe, S. E., Boyd, C., Hughes, T. L., & d'Arcy, H. (2003). Sexual identity and substance use among undergraduate students. *Substance Abuse*, 24(2), 77-91.

McCabe, S. E., Hughes, T. L., & Boyd, C. J. (2004). Substance use and misuse: Are bisexual women at greater risk? *Journal of Psychoactive Drug*, 36(2), 217-225.

McKirnan, D. J., & Peterson, P. L. (1989a). Alcohol and drug use among homosexual men and women: Epidemiology and population characteristics. *Addictive Behaviors*, 14(5), 545-553.

McKirnan, D. J., & Peterson, P. L. (1989b). Psychosocial and cultural factors in alcohol and drug abuse: An analysis of a homosexual community. *Addictive Behaviors*, 14(5), 555-563.

Mimeault, I. (2003). *Pour le dire-- rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*. Montréal, Québec : Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.

Morales, E. S., & Graves, M. A. (1983). *Substance abuse: Patterns and barriers to treatment for gay men and lesbians*. San Francisco, CA : San Francisco Community Substance Abuse Services, Department of Public Health.

Olmstead, T., & Sindelar, J. L. (2004). To what extent are key services offered in treatment programs for special populations? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(1), 9-15.

Olson, E. D. (2000). Gay teens and substance use disorders: Assessment and treatment. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 3(3-4), 69-80.

Parsons, J. T., Kelly, B. C., & Wells, B. E. (2006). Differences in club drug use between heterosexual and lesbian/bisexual females. *Addictive Behaviors*, 31(12), 2344-2349.

Rogers, T. L., Emanuel, K., & Bradford, J. (2003). Sexual minorities seeking services: A retrospective study of the mental health concerns of lesbian and bisexual women. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 127-146.

Rosario, M. (2008). Elevated substance use among lesbian and bisexual women: Possible explanations and intervention implications for an urgent public health concern. *Substance Use and Misuse*, 43(8-9), 1268-1270.

Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2009). Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youth: Critical role of disclosure reactions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 175-184.

Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2008). Butch/Femme differences in substance use and abuse among young lesbian and bisexual women: Examination and potential explanations. *Substance Use and Misuse*, 43(8-9), 1002-1015.

Rosario, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2004). Predictors of substance use over time among gay, lesbian, and bisexual youths: An examination of three hypotheses. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1623-1631.

Ross, C. A., & Durkin, V. (2005). Childhood trauma, dissociation and alcohol/other drug abuse among lesbian women. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 99-105.

Rostosky, S. S., Owens, G. P., Zimmerman, R. S., & Riggle, E. D. B. (2003). Associations among sexual attraction status, school belonging, and alcohol and marijuana use in rural high school students. *Journal of Adolescence*, 26(6), 741-751.

Ruiz, P., Lile, B., & Matorin, A. A. (2002). Treatment of a dually diagnosed gay male patient: A psychotherapy perspective. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 209-215.

Ryan, B. (2003). *Nouveaux regard sur l'homophobie et l'hétérosexisme*. Ottawa, Ontario : Société canadienne du sida.

Saewyc, E., Poon, C., Wang, N., Homma, Y., & Smith, A. (2007). *Not yet equal: The health of lesbian, gay, & bisexual youth in BC*. Vancouver, Colombie-Britannique : McCreary Centre Society.

Saghir, M. T., & Robins, E. (1973). *Male and female homosexuality: A comprehensive investigation*. Baltimore, MD : William & Wilkins.

Shoptaw, S., Reback, C. J., Larkins, S., Wang P.-C., Rotheram-Fuller, Dang, J., & Yang, X. (2008). Outcomes using two tailored behavioral treatment for substance abuse in urban gay and bisexual men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(3), 285-293.

Skinner, W. F., & Otis, M. D. (1996). Drug and alcohol use among lesbian and gay people in a southern U.S. sample: epidemiological, comparative, and methodological findings from the Trilog Project. *Journal of Homosexuality*, 30(3), 59-92.

Sperber, J., Landers, S., & Lawrence, S. (2005). Access to health care for transgendered persons: Results of a needs assessment in Boston. *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3), 75-91.

Stall, R., Paul, J. P., Greenwood, G., Pollack, L. M., Bein, E., Crosby, G. M., ... Catania, J. A. (2001). Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Addiction*, 96(11), 1589-1601.

Stall, R., & Willey, J. (1988). A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: The San Francisco Men's Health Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 22(1-2), 63-73.

Statistique Canada (2004, 15 juin). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 : Premiers renseignements sur l'orientation sexuelle. *Le Quotidien*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/040615/dq040615b-fra.htm>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2001). *A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals*. Repéré à <http://kap.samhsa.gov/products/manuals/pdfs/lgbt.pdf>

Tjepkema, M. (2008). Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada. *Rapports sur la santé*, 19(1), 57-70. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008001/article/10532-fra.pdf>

Wilsnack, S. C., Hughes, T. L., Johnson, T. P., Bostwick, W. B., Szalacha, L. A., Benson, P., ... Kinnison, K. E. (2008). Drinking and drinking-related problems among heterosexual and sexual minority women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(1), 129-139.

Wong, C. F., Kipke, M. D., & Weiss, G. (2008). Risk factors for alcohol use, frequent use, and binge drinking among young men who have sex with men. *Addictive Behaviors*, 33(8), 1012-1020.

Ziegler, P. P. (2000). Treating gay, lesbian, bisexual and transgender professionals with addictive disease. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 3(3-4), 59-68.

Ziyadeh, N. J., Prokop, L. A., Fisher, L. B., Rosario, M., Field, A. E., Camargo, C. A. Jr., & Austin, S. B. (2007). Sexual orientation, gender, and alcohol use in a cohort study of U.S. adolescent girls and boys. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 119-130.



CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**

Affilié à
Université 
de Montréal

 **UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE**