

EDITORIALS

Lesbian and bisexual women

Challenging our heterosexual assumptions

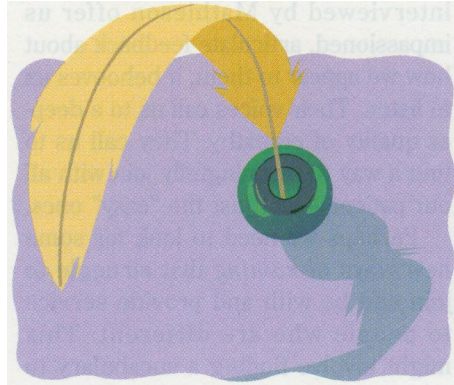
Cathy Risdon, MD, CCFP

Within the diverse and divergent lives and communities of those who call themselves gay, lesbian, or bisexual, daily routines continue in much the same way they do for anyone. The range of human aspirations, disappointments, and accomplishments would be indistinguishable from the parallel lives and communities of people who are not gay.

However, when someone living within a gay or lesbian identity has to navigate the popular culture, family structures, legislative precedents, societal institutions (eg, hospitals), or religious traditions of a predominantly heterosexual world, there is predictable conflict, pain, and often anger.

In the first issue of the newly published *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, the authors of an extensively researched review offer the following observation: "Peer-reviewed evidence confirms that being gay or lesbian is not inherently (genetically, biologically) hazardous but that risk factors are conferred through societal, familial and medical homophobia."¹

Insofar as we allow our standard operating assumptions to override the realities of lesbian and gay existence, the medical profession and health care system are a "risk factor" for gays and lesbians. Even worse, when we use our authority as agents of the dominant culture to judge or condemn anyone who is "different," we are not only failing as agents of healing, we are also causing disease.



The voices of the women interviewed by Sharon Mathieson (page 1634), in her study of 98 self-identified lesbian and bisexual women, offer a personal dimension to the risks of being lesbian or bisexual within the Canadian medical system. Her work provides an essential opportunity to hear from the other side of the doctor-patient relationship, and the feedback is troubling.

Simply put, lesbian or bisexual women are apprehensive about seeking primary medical care because they are afraid they will encounter care providers who are, at worst, abusive, and at best, indifferent to or ignorant of their health needs and concerns. The message of the study comes through loud and clear: many family physicians lack the knowledge and skills to provide comprehensive care to lesbian and bisexual women. Furthermore, for quite a few physicians, personal attitudes rooted in ignorance or hatred can be downright iatrogenic when unwitting gay or lesbian patients come under their care. The distress experienced by these women is caused by attitudes that can be broken down into two categories: homophobia and heterosexism.

Homophobia

Homophobia has been described as a set of overt negative or hateful reactions directed at people who are gay or lesbian purely on the basis of their sexual orientation. If your feelings toward a

woman you know and like change for the worse when you discover she is lesbian, that's homophobia.²

Heterosexism

A more subtle form of discrimination has been termed heterosexism. Heterosexism denies the existence of lesbian or gay identity and assumes the superiority of heterosexuality. Although less overtly violent than homophobia, heterosexism exerts an insidious, powerful force on the lives of gays and lesbians who feel undervalued or invisible within the dominant culture.

Mathieson's study suggests that heterosexism and homophobia within family medicine tends to be more the rule than the exception. The study's feedback to the medical profession is tough but not particularly surprising. Physicians grow up and are socialized in the same homophobic world everyone else is. And what's more, we are trained within a particularly closed and conservative set of traditions that has never been known for its support of diversity. Studies of attitudes within the medical profession toward gays and lesbians demonstrate beliefs that are usually less tolerant and open-minded than society at large.^{3,4}

Is this because particularly bigoted and narrow-minded people tend to self-select for the medical profession? Hardly. If your experience is anything like mine, you see your colleagues as decent people, struggling hard amid uncertainty to do the best they can. In fact, one could speculate that the energy it takes every day to do the best we can makes it *appear and feel impossible* to surmount the challenges imposed by patients or problems outside our comfort zones.

I argue that it is a struggle with and an aversion to *difference itself* that makes some of the physicians alluded to in Mathieson's study perform so far short of what we would hope for ourselves.

EDITORIALS

.....

Favourite patients

Consider the patients for whom you believe you provide excellent care, perhaps your favourite patients. If you're like me, you feel close to these people; your ability to understand and empathize with them means that your shared encounters are likely to be both effective and healing. My hunch is that these people also have a lot in common with you: shared values, learning styles, socioeconomic circumstances, or ways of looking at the world. It is a lot easier to be a doctor to someone who we think is just like us, to communicate using the shorthand of shared experiences and assumptions.

In the intimate setting of the doctor-patient relationship, however, we do not always have the luxury of operating in our comfort zone. In fact, we do a huge disservice to all our patients when we automatically assume that they see the world through our eyes. While we are busy formulating our impressions and gathering histories on our patients, they are also sizing us up very carefully. The women Mathieson interviewed are probably like many of our patients who enter the health care environment with a heightened sense of awareness and vulnerability that makes them exquisitely sensitive to cues signaling danger or indifference. Without fail, these women spoke of language and environmental cues that determined the degree to which they would feel safe and cared for within their encounters with physicians.

The experiences of these women raise the obvious question: who else are we failing? Who else do we disenfranchise with our shorthand assumptions and exclusive language? Do those who already feel pretty gay positive and knowledgeable about differences rooted in sexual orientation have perhaps another lesson to learn about how we provide care to folks of different races? Cultural backgrounds? Religious beliefs? Are we making our practice environments and health care climates safe for everyone?

Listening to our patients

Attaining perfection need not be our goal. But when people such as the ones interviewed by Mathieson offer us impassioned, articulate feedback about how we appear to them, it behooves us to listen. Their voices call us to a deeper quality of empathy. They call us to find a way to meaningfully join with all our patients—not just the “easy” ones.

Perhaps we need to look for some new ways of *naming* that struggle to join and be with and provide service to people who are different. This might involve finding a vocabulary to speak of that struggle among ourselves or measuring more accurately where we are and evaluating the steps we take to change.

Continuous quality improvement and even reflective practice⁵ offer models of feedback and self-assessment within dimensions of clinical practice and problem solving. The next step is to develop the vocabulary and skills for self-reflection along non-cognitive dimensions. We must find a way to reassess our ongoing assumptions, for they have the power to shape our lives without conscious awareness or examination.

The physicians who failed the women quoted by Mathieson were, in all likelihood, very caring and competent people. Their failure, however, was in operating within a comfort zone and set of assumptions that did not allow for the possibility of lesbian or bisexual patients. Certainly they did not know how to proceed when that fact was made manifest. In the words of Dr Ian McWhinney:

We can attend to a patient's feelings and emotions only if we know our own, but self-knowledge is neglected in medical education, perhaps because the path to this knowledge is so long and hard. Egoistic emotions often come disguised as virtues, and we all have a great capacity for self-deception. But there are pathways to this knowledge, and medical education could find a place for them. Could medicine become a self-reflective discipline? The idea might seem preposterous. Yet, I think it must if we are to be healers as well as competent technologists.⁶

Taking the next step

These women have told us what we need to do next. We need to educate ourselves. We need to work to acquire the knowledge and access the resources to become fully competent providers of care to gays and lesbians. This is the traditional domain of cognitively driven CME. But what about “empathy-driven CME”? How do we make provision for that within our professional lives?

The challenge for us all is to continue to find ways to acquire, reflect upon, and sharpen our skills at walking in someone else's shoes, especially when they are a size, shape, and colour that we would ordinarily never notice or choose. And we then need to ask ourselves, what about our feet could make for a better fit? ♣

Dr Risdon is Medical Director of the North Hamilton Community Health Centre in Ontario and is an Assistant Professor in McMaster University's Department of Family Medicine.

Correspondence to: Dr Cathy Risdon, North Hamilton Community Health Centre, 554 John St N, Hamilton, ON L8L 4S1

References

1. O'Hanlan K, Cabaj RP, Schatz B, Lock J, Nemrow P. A review of the medical consequences of homophobia with suggestions for resolution. *J Gay Lesbian Med Assoc* 1997;1(1):25-41.
2. Blumenfeld W, editor. *Homophobia: how we all pay the price*. Boston: Beacon Press; 1992.
3. Matthews W, Booth MW, Turner J. Physicians' attitudes toward homosexuality: survey of a California county medical society. *West J Med* 1986;144:106-10.
4. Chaimowitz GA. Homophobia among psychiatric residents, family practice residents and psychiatric faculty. *Can J Psychiatry* 1991;36(3):206-9.
5. Schön DA. *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
6. McWhinney IR. The importance of being different. Part 2: Transcending the mind-body fault line [editorial]. *Can Fam Physician* 1997;43:404-6 (Eng), 414-7 (Fr).

ÉDITORIAUX

Les lesbiennes et les bisexuelles

Une remise en question de nos présomptions hétérosexistes

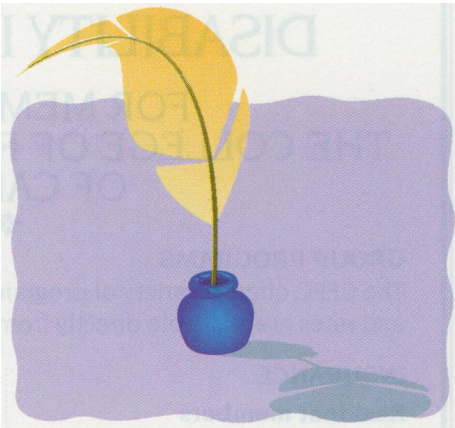
Cathy Risdon, MD, CCFP

Dans la vie et dans les milieux hétérogènes et divergents de ceux et celles qui se disent gais, lesbiennes ou bisexuels, la routine quotidienne se déroule à peu près comme pour tout le monde. La gamme des aspirations, des déceptions et des réalisations humaines comporte les mêmes nuances que celle dans les vies et les milieux hétérosexuels équivalents.

Par ailleurs, lorsqu'on s'est identifié gai ou lesbienne et qu'il faut naviguer au sein de la culture populaire, des structures familiales, des précédents juridiques, des institutions sociétales (comme les hôpitaux) ou des traditions religieuses d'un monde à prédominance hétérosexuelle, l'on prévoit qu'on connaîtra des conflits, de la peine et souvent de la colère.

Dans le premier numéro de la nouvelle publication, *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, les auteurs d'une étude fondée sur des recherches approfondies offrent l'observation suivante: "Les données probantes critiquées par les pairs confirment que le fait d'être gai ou lesbienne n'est pas en soi dangereux (génétiquement, biologiquement), mais que les facteurs de risque proviennent de l'homophobie sociétale, familiale et médicale¹."

Dans la mesure où nous laissons nos présomptions opératoires normales occulter les réalités de l'existence des



gais et des lesbiennes, la profession médicale et le système de la santé constituent un "facteur de risque" pour ces personnes. Pire encore, lorsque nous recourons à nos pouvoirs d'agents de la culture dominante pour juger ou condamner toute personne "différente", non seulement échouons-nous dans notre rôle de guérison, mais nous devenons la cause de maladies.

Les témoignages des femmes interviewées par Sharon Mathieson (page 1634), dans son étude auprès de 98 femmes qui se sont elles-mêmes identifiées lesbiennes ou bisexuelles, révèlent une dimension personnelle des risques que comporte leur statut au sein du système médical canadien. Cet ouvrage est une occasion unique d'entendre l'envers de la relation médecin-patient et la rétroaction se révèle des plus troublantes.

En deux mots, les lesbiennes et les bisexuelles hésitent à recourir aux soins médicaux de première ligne, parce qu'elles craignent d'avoir à confronter un dispensateur de soins qui, au pire, se montrera agressif ou, au mieux, indifférent ou ignorant à l'égard de leurs besoins et de leurs préoccupations en matière de santé. Le message transmis dans cette étude est éloquent et précis : de nombreux médecins de famille n'ont ni le savoir

ni les habiletés pour offrir les soins complets aux femmes lesbiennes ou bisexuelles. De plus, chez bon nombre de médecins, les attitudes personnelles ancrées dans l'ignorance ou la haine peuvent se révéler tout simplement iatrogènes quand des patientes gaies ou lesbiennes font appel, en toute confiance, à leurs soins. La détresse éprouvée par ces femmes a pour origine des attitudes qu'on peut classer en deux catégories: l'homophobie et l'hétérosexisme.

L'homophobie

On décrit l'homophobie comme un ensemble de réactions négatives ou haineuses dirigées vers des gais ou des lesbiennes, du simple fait de leur orientation sexuelle. Lorsque vos sentiments pour une femme que vous connaissez et aimez bien changent du tout au tout lorsque vous apprenez qu'elle est lesbienne, c'est de l'homophobie².

L'hétérosexisme

On appelle hétérosexisme une forme plus subtile de discrimination, qui nie l'existence de l'identité gaie ou lesbienne et présume la supériorité de l'hétérosexualité. Quoique moins ouvertement violent que l'homophobie, l'hétérosexisme exerce une influence insidieuse et puissante dans la vie des gais et des lesbiennes qui se sentent dévalorisés ou invisibles dans la culture dominante.

L'étude de Mathieson laisse entendre que l'hétérosexisme et l'homophobie chez les médecins de famille tendent à constituer la règle plutôt que l'exception. La rétroaction qu'elle livre à la profession médicale est sévère, mais pas particulièrement

surprenante. Les médecins grandissent et se socialisent dans le même monde homophobe que tous les gens. En plus, notre formation s'inspire d'un ensemble de traditions particulièrement hermétiques et conservatrices qui n'ont jamais été reconnues comme favorables à la diversité. Les études sur les attitudes à l'endroit des gais et des lesbiennes chez les membres de la profession médicale font ressortir que ces derniers sont généralement moins tolérants et ouverts d'esprit que la société dans son ensemble^{3,4}.

Serait-ce que les personnes particulièrement bigotes et étroites d'esprit ont tendance à faire carrière en médecine? Pas vraiment. Si votre expérience ressemble à peu près à la mienne, vous considérez vos collègues comme des personnes décentes qui cherchent à faire de leur mieux, dans un monde d'incertitude. En réalité, on pourrait même prétendre que l'énergie déployée chaque jour pour donner le meilleur de soi donne l'impression qu'il est impossible de surmonter les défis imposés par les patients et les problèmes qui dépassent notre zone de confort.

Je soutiens que c'est la lutte contre la *différence en soi* et une aversion à son égard qui sont à l'origine d'un comportement, de la part de certains médecins auxquels fait allusion Mathieson dans son étude, qui se situe bien en deçà de ce qu'on pourrait espérer de nous-mêmes.

Les patients favoris

Songez aux patients à qui, selon vous, vous prodiguez des soins excellents, peut-être vos patients favoris. Si vous êtes comme moi, vous vous sentez proches de ces personnes; votre facilité à les comprendre et à ressentir de l'empathie pour elles engendre fort probablement des rencontres efficaces et fructueuses sur le plan de la guérison. Mon intuition, c'est que ces personnes ont aussi beaucoup en commun avec vous; vous partagez les mêmes valeurs, le même style d'apprentissage, des conditions socioéconomiques

semblables ou des visions du monde similaires. Il est bien plus facile d'être le médecin de personnes qui, à notre avis, nous ressemblent, et de communiquer sur la même longueur d'onde grâce aux expériences et aux convictions que nous partageons.

Par ailleurs, dans l'intimité de la relation médecin-patient, nous n'avons pas toujours le luxe de fonctionner dans les limites de notre zone de confort. En fait, nous causerions beaucoup de tort à tous nos patients si nous pensions automatiquement qu'ils voient tous le monde de la même manière que nous. Quand nous travaillons à la synthèse de nos impressions et à l'anamnèse de nos patients, eux aussi, de leur côté, nous toisent très attentivement. Les femmes interviewées par Mathieson sont probablement comme beaucoup de nos patients, qui pénètrent dans l'environnement des soins de santé avec un sentiment accru de lucidité et de vulnérabilité, ce qui les rend particulièrement sensibles aux indices de danger ou d'indifférence. Sans exception, ces femmes ont parlé de langage et du milieu qui déterminaient la mesure dans laquelle elles se sentaient en sécurité et bien soignées lorsqu'elles venaient consulter un médecin.

Les expériences vécues par ces femmes soulèvent la question évidente: auprès de qui d'autres sommes-nous fautifs? Qui d'autres privons-nous de leurs droits en raison de nos visions myopes et de notre langage d'exclusion? Ceux dont le savoir et le comportement se révèlent déjà assez favorables aux gais auraient-ils peut-être des leçons à apprendre sur la façon dont nous dispensons des soins aux personnes d'autres races ou d'autres antécédents culturels ou religieux? Les milieux où nous exerçons la médecine et le climat des soins de la santé sont-ils sûrs pour tous?

À l'écoute de nos patients

Il ne s'agit pas d'être parfaits. Mais lorsque des personnes, comme celles interviewées par Mathieson, nous

expriment leurs impressions de façon passionnée et éloquente, il nous incombe d'écouter. Leurs paroles nous incitent à faire preuve d'empathie plus profonde. Ces personnes nous demandent de nous rapprocher réellement de tous nos patients, pas seulement de ceux qui sont "faciles".

Peut-être devrions-nous chercher d'autres façons *de nommer* cette lutte pour rejoindre les personnes différentes, coexister avec elles et leur dispenser des services. Cet exercice pourrait comporter la recherche d'un autre vocabulaire pour parler entre nous de cette lutte ou pour évaluer plus précisément où nous en sommes et les mesures que nous devons prendre pour changer.

L'amélioration constante de la qualité et même l'exercice médical fondé sur la réflexion⁵ offrent déjà des modèles de rétroaction et d'autoévaluation dans le contexte de la pratique clinique et de la solution de problèmes. La prochaine étape est d'élaborer un vocabulaire et de développer des habiletés à la réflexion sur soi en fonction de dimensions non cognitives. Nous devons trouver une façon de réévaluer nos convictions habituelles, car elles ont le pouvoir d'influencer nos vies, sans que nous ne nous en soyons rendu compte ou que nous n'y ayons consciemment réfléchi.

Les médecins qui n'ont pas rendu justice aux femmes citées par Mathieson étaient sans aucun doute des personnes très dévouées et compétentes. Leur échec, toutefois, vient d'un fonctionnement dans les limites de leur zone de confort et d'un ensemble de présomptions qui ne laissaient aucune place aux patientes lesbiennes ou bisexuelles. Ils ne savaient certainement pas comment s'y prendre lorsqu'on les a mis devant ce fait. Comme l'a exprimé le D^r Ian McWhinney :

Pour être attentifs aux sentiments et aux émotions d'un patient, il faut d'abord connaître les nôtres. Mais la connaissance de soi reste un domaine négligé dans l'éducation médicale, sans doute parce que le cheminement pour y parvenir est long et difficile. Les émotions

ÉDITORIAUX

.....

égoïstes prennent souvent le masque de la vertu et nous avons tous une très grande capacité de nous leurrer nous-mêmes. Cependant, il existe des façons d'acquérir cette connaissance de soi et l'enseignement médical devrait leur faire place. La médecine pourrait-elle devenir une discipline fondée sur la réflexion? L'idée peut paraître absurde. Je crois pourtant que c'est nécessaire, si nous voulons être des guérisseurs autant que des technologues compétents⁶.

Les prochaines démarches

Ces femmes nous ont dit ce qu'il fallait faire. Nous devons nous éduquer nous-mêmes. Nous devons travailler pour acquérir le savoir et obtenir les ressources qui nous permettent de dispenser des soins aux gais et aux lesbiennes de façon compétente. Cela tient du domaine traditionnel de la formation médicale continue, d'inspiration cognitive. Mais que dire de la formation médicale continue

inspirée par l'empathie? Comment pouvons-nous l'intégrer dans notre vie professionnelle?

Le défi, c'est de continuer à trouver des façons de se mettre à la place d'autrui, d'y réfléchir et de les raffiner, surtout lorsque l'autre n'est pas de la taille, de la forme ou de la couleur que nous aurions ordinairement remarquée ou choisie. Il nous faut par la suite nous demander ce que pourrions faire pour assurer des rapports encore plus harmonieux. ♣

D^r Risdon est directrice médicale au centre de santé communautaire de North Hamilton en Ontario et professeure adjointe au Département de médecine familiale de l'Université McMaster.

Correspondance à: D^r Cathy Risdon, North Hamilton Community Health Centre, 554 John St N, Hamilton, ON L8L 4S1

Références

1. O'Hanlan K, Cabaj RP, Schatz B, Lock J, Nemrow P. A review of the medical consequences of homophobia with suggestions for resolution: *J Gay Lesbian Med Assoc* 1997;1(1):25-41.
2. Blumenfeld W, éditeur. *Homophobia: how we all pay the price*. Boston: Beacon Press; 1992.
3. Matthews W, Booth MW, Turner J. Physicians' attitudes toward homosexuality: survey of a California county medical society. *West J Med* 1986;144:106-10.
4. Chaimowitz GA. Homophobia among psychiatric residents, family practice residents and psychiatric faculty. *Can J Psychiatry* 1991;36(3):206-9.
5. Schön DA. *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
6. McWhinney IR. The importance of being different. Part 2: Transcending the mind-body fault line [éditorial]. *Médecin de famille canadien* 1997;43:404-6 (Eng), 414-7 (Fr).

Une simple
marche vers
l'épicerie....



...un peu d'activité
physique régulière fait
une saine différence!



PARTICIPATION
Le mouvement pour la santé active