

Protéger les minorités sexuelles et de genre du Canada contre les efforts nuisibles visant à tenter de changer l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne

*Mémoire présenté au Comité permanent de la santé en vue de son étude sur la communauté LGBTQ2
La santé au Canada*

Signataire principal/Correspondance à :

Travis Salway, Ph. D.

Bourse de recherche postdoctorale
École de santé publique et des populations
Université de la Colombie-Britannique
travis.salway@bccdc.ca
604-707-2567

Cosignataires :

Kiffer G. Card, Ph. D.

Bourse de recherche postdoctorale
École de santé publique et de politique sociale,
Université de Victoria

Olivier Ferlatte, Ph. D.

Bourse de recherche postdoctorale
British Columbia Centre on Substance Use

Dionne Gesink, Ph. D.

Professeure
École de santé publique Dalla Lana
Université de Toronto

Mark Gilbert, M.D., FRCPC

Directeur médical, Services de prévention clinique, British Columbia Centre for Disease Control
Professeur adjoint (partenaire), École de santé publique et des populations,
Université de la Colombie-Britannique

Trevor A. Hart, Ph.D., C. Psych.

Professeur
Chaire de recherche du réseau ontarien de traitement du VIH sur la santé des hommes gais et bisexuels
Département de psychologie
Université Ryerson

Jody Jollimore, députée provinciale

Directrice générale
Centre de recherche communautaire

David J. Kinitz, M.Sc.S.

Étudiant au doctorat, Sciences sociales et comportementales
École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto

Rod Knight, Ph. D.

Chercheur scientifique, Centre on Substance Use de la Colombie-Britannique
Professeur adjoint, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

Nathan J. Lachowsky, Ph. D.

École de santé publique et de politique sociale, Université de Victoria
Directeur de recherche, Community Based Research Centre Society

Ashleigh Rich, candidate au doctorat

École de santé publique et des populations
Université de la Colombie-Britannique

Jean A. Shoveller, Ph. D., FCAHS

Professeur et membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé
École de santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique
Directeur de recherche, Centre on Substance Use de la Colombie-Britannique
Directeur associée, Centre for Gender & Sexual Health Equity

Sommaire

Les thérapies visant à tenter de changer l'orientation sexuelle et l'identité de genre (SOGICE) d'une personne sont des pratiques pseudo-scientifiques dont le but est de changer, de réparer, de convertir ou de supprimer les sentiments ou l'expression d'une attirance sexuelle non désirés à l'égard d'une personne du même sexe ou les sentiments ou expressions non désirés de dissociation entre le sexe biologique assigné à la naissance et l'identité de genre.

En plus d'être inefficaces pour changer l'orientation sexuelle et l'identité de genre, les SOGICE sont associées à de nombreux préjudices psychologiques, notamment une mauvaise estime de soi, la haine de soi, la dépression, l'anxiété, la consommation problématique de substances, ainsi que les idées et les tentatives de suicide. C'est pourquoi les SOGICE ont été dénoncées sans équivoque par de nombreux organismes professionnels de la santé, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Malgré ces dénonciations, les SOGICE continuent d'exister aujourd'hui au Canada. On estime que plus de 20 000 Canadiens appartenant à une minorité sexuelle y ont été exposés.

Par conséquent, nous recommandons :

- 1. une interdiction fédérale des SOGICE en vertu du *Code criminel*;**
- 2. la fourniture de ressources pour soutenir et guérir les survivants des SOGICE;**
- 3. un investissement dans la recherche pour élaborer plus en détail des stratégies fondées sur des données probantes afin de réduire les incidences des SOGICE sur la santé mentale.**

Énoncé du problème

Bien que diverses formes de « thérapie par aversion » aient été utilisées auprès des minorités sexuelles et de genre pendant plus d'un siècle, l'élaboration et la fourniture de formes modernes de SOGICE se sont accélérées à la suite de la décision de l'American Psychiatric Association de supprimer l'homosexualité du Diagnostic and Statistical Manual (DSM) en 1972^{1,2}. « La perturbation de l'orientation sexuelle » a par la suite remplacé l'homosexualité dans le DSM, catégorisant l'homosexualité comme une maladie mentale *lorsque* l'attirance du même sexe suscite une détresse individuelle et qu'un changement est souhaité³. Ce cadrage désormais discrédité de l'homosexualité a ouvert la voie à des thérapies SOGICE et mené à l'instauration de telles pratiques dans les années 1970³. Dans les années 1990, de rigoureuses recherches en psychologie ont été réalisées, et montré les effets négatifs graves et durables des SOGICE sur la santé¹.

La sensibilisation du public à l'égard de la pratique nuisible continue des SOGICE et les réactions à cette pratique ont pris du retard par rapport à la recherche scientifique. Bien que certaines provinces canadiennes aient pris des mesures ces dernières années, le gouvernement fédéral n'a pas réagi aux SOGICE, rendant ainsi vulnérables des dizaines de milliers de Canadiens, en particulier des jeunes^{4,5}.

Les thérapies SOGICE sont offertes sous de nombreux noms et étiquettes et par de nombreuses organisations et personnes différentes. Par exemple, le mouvement « ex-gai » a été dirigé par de multiples organisations, dont Exodus Global Alliance, New Directions Ministries et Journey Canada

(anciennement appelé Living Waters) et, bien que les noms et les rôles de ces organisations aient changé, de telles pratiques se poursuivent au Canada aujourd'hui⁵.

De plus, les pratiques historiques des SOGICE ont laissé une empreinte indélébile sur plusieurs générations de Canadiens appartenant à des minorités sexuelles et de genre, qui continuent de lutter contre les effets des thérapies SOGICE. Cet état de choses s'explique par le fait que les conséquences des SOGICE sur la santé ne se limitent pas à la période qui suit immédiatement la thérapie, mais peuvent se poursuivre pendant des années ou des décennies après la thérapie¹. À ce titre, les SOGICE contribuent de façon importante aux multiples iniquités en matière de santé, en particulier celles liées à la santé mentale et à la toxicomanie, qui pèsent sur les Canadiens appartenant à des minorités sexuelles et de genre⁶⁻¹¹.

Les effets négatifs graves et durables des SOGICE sur la santé exigent une intervention. Plus important encore, un tiers des survivants de SOGICE ont fait une tentative de suicide¹². La recherche sur les SOGICE a révélé les conséquences négatives supplémentaires suivantes sur la santé des personnes ayant suivi une thérapie SOGICE :

- les idées suicidaires et l'automutilation^{1,13-15} :
- l'anxiété^{12,15}
- la dépression¹³⁻¹⁵
- une faible estime de soi; la haine de soi^{1,15,16}
- la consommation problématique de substances^{12,13}
- l'isolement social et la solitude¹²

Les jeunes sont particulièrement susceptibles d'être contraints ou obligés de suivre une thérapie SOGICE contre leur volonté¹⁷. Les parents ou tuteurs vivant dans des environnements dépourvus de ressources suffisantes pour soutenir les familles de jeunes appartenant à une minorité sexuelle ou de genre (p. ex. les parents, les familles et les amis des lesbiennes et des gais) peuvent se tourner vers une SOGICE en réponse à la détresse exprimée par un jeune ou selon les propres observations des parents¹⁴. Le recours à une SOGICE est encore plus fréquent lorsqu'il y a des lacunes dans la disponibilité d'espaces réservés aux jeunes Canadiens qui font partie des minorités sexuelles, tels que les alliances entre homosexuels et hétérosexuels et les alliances entre hommes et femmes¹⁸. Ainsi, les SOGICE sont inextricablement liées aux soutiens structurels disponibles pour les membres des minorités sexuelles et de genre et leurs familles.

Prévalence et nature des SOGICE

Les thérapies SOGICE ont été progressivement marginalisées au sein des professions médicales et psychologiques après la décision prise par l'American Psychiatric Association de supprimer l'homosexualité du DSM en 1972 – un résultat autant de la compréhension changeante de l'homosexualité en tant que partie intégrante de la diversité humaine normale, que des solides preuves que les SOGICE sont inefficaces et que l'orientation sexuelle ne peut pas être changée¹⁻⁴. Cependant, cette marginalisation a entraîné involontairement des thérapies SOGICE clandestines ou offertes dans des endroits hors des bureaux des fournisseurs de soins de santé, y compris au sein d'organisations religieuses^{16,17}. Aujourd'hui, les SOGICE sont unanimement dénoncées par la Canadian Psychological Association¹⁹, l'American Psychiatric Association²⁰, l'American Psychological Association²¹,

l'American Academy of Pediatrics et la National Association of Social Workers ainsi que par de nombreux autres organismes de professionnels de la santé¹⁶.

Malheureusement, ces dénonciations n'ont pas mis fin aux SOGICE. Au Canada, une enquête récente menée auprès de plus de 8 000 hommes appartenant à une minorité sexuelle (*Sexe au présent*) a estimé que 4 % d'entre eux ont été exposés à une SOGICE à un moment ou à un autre de leur vie¹². Cette estimation correspond à une population d'au moins 20 000 hommes appartenant à une minorité sexuelle au Canada qui ont subi une thérapie SOGICE²². Un nombre incalculable de minorités sexuelles et de genre de diverses identités de genre y ont été exposés¹⁷.

Pour les raisons suivantes, nous croyons que 4 % est une sous-estimation de la prévalence de l'exposition à une SOGICE. Premièrement, dans l'étude *Sexe au présent*, 30 % des personnes ayant été exposées à une SOGICE avaient tenté de se suicider; en supposant que ce lien s'étend aux décès par suicide, de nombreuses personnes qui ont été exposées à une SOGICE et qui se sont suicidées par la suite sont malheureusement absentes de l'échantillon de l'enquête. Deuxièmement, les entrevues avec les survivants d'une SOGICE laissent entendre que de nombreux survivants demeurent réticents à participer à des espaces ou à des événements LGBTQ2 ou même à s'identifier comme une minorité sexuelle. Par conséquent, les survivantes d'une SOGICE sont moins susceptibles que la moyenne des personnes appartenant à une minorité sexuelle d'être recrutées dans le cadre d'un sondage (qui compte sur les organismes communautaires, les sites Web, les réseaux sociaux pour recruter des participants et pour identifier des personnes appartenant à une minorité sexuelle).

Les données des États-Unis appuient également la notion selon laquelle 4 % est une sous-estimation du nombre de personnes exposées à une SOGICE; selon ces données, 7 % des adultes appartenant à une minorité sexuelle ou de genre ont été exposés à une SOGICE¹⁷. Dans cette étude, environ 50 % des survivants d'une SOGICE y ont été exposés pendant l'adolescence.

Dans l'enquête canadienne *Sexe au présent*, l'exposition à une SOGICE était prédominante dans tous les groupes d'âge – y compris les membres les plus jeunes de l'échantillon – et dans toutes les provinces – y compris la Colombie-Britannique et le Québec, qui ont plus de 40 ans d'expérience dans l'adoption de protections juridiques pour les personnes appartenant à une minorité sexuelle (annexe A)²³. De toute évidence, ces protections juridiques n'ont pas été étendues jusqu'à protéger les Canadiens appartenant à des minorités sexuelles et de genre contre les pratiques de SOGICE préjudiciables.

Lors de récentes entrevues individuelles avec des survivants d'une SOGICE, trois thèmes importants et cohérents ont été cernés. Premièrement, tous les survivants ont d'abord été exposés à une SOGICE dans un contexte religieux (en particulier chrétien). Les personnes interrogées ont reconnu que le christianisme n'a pas à être en contradiction avec l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une minorité. En effet, au moins une organisation canadienne qui pratiquait auparavant des SOGICE a commencé le travail de réconciliation, permettant aux chrétiens appartenant à des minorités sexuelles et de genre qui ont été exposés à une SOGICE de guérir sans abandonner leur foi lorsqu'elle était profondément enracinée²⁴. Néanmoins, la prévalence du christianisme et des croyances stigmatisantes associées à la sexualité et au genre ont sans aucun doute contribué à la pratique de SOGICE au Canada. Deuxièmement, tous les survivants ont signalé des effets psychologiques préjudiciables, allant d'une détresse légère à une anxiété sévère, à la haine de soi et aux tentatives de suicide. En plus de provoquer

des souffrances psychologiques, les SOGICE ont contribué à retarder le développement, par les survivants, d'un sentiment intégré et positif de leur identité sexuelle ou de genre. Ce retard a, à son tour, accentué l'isolement social et réduit l'accès aux soutiens sociaux, une perte importante puisque de nombreuses personnes appartenant à des minorités sexuelles et de genre trouvent de la force grâce à une forme quelconque d'attachement à des communautés minoritaires sexuelles et de genre²⁵⁻²⁷. Enfin, les survivants ont décrit le processus de rétablissement d'une SOGICE comme un processus continu, susceptible de durer des années, voire toute la vie. En ce sens, le soutien aux survivants d'une SOGICE peut suivre des modèles qui existent pour d'autres personnes exposées à un traumatisme²⁸.

Étant donné que les organismes professionnels au Canada se sont largement autoréglementés pour s'assurer que les praticiens sont conscients de la nature nuisible et inefficace des SOGICE, et compte tenu des entrevues récentes avec des survivants canadiens d'une SOGICE, nous concluons que les SOGICE se déroulent principalement en dehors des bureaux des fournisseurs de soins de santé au Canada. En fait, selon des recherches menées aux États-Unis, plus de 50 % des SOGICE ont été pratiquées dans des contextes religieux, par des chefs religieux, des conseillers pastoraux ou d'autres membres de la communauté religieuse, sans aucun dirigeant désigné ou affiliation professionnelle¹⁵. Nous ne disposons pas encore de données systématiques pour décrire les responsables de SOGICE au Canada et les endroits où elles se déroulent ou encore pour définir les séquelles desquelles les survivants doivent guérir.

Options juridiques et stratégiques

Les réponses existantes pour limiter les thérapies SOGICE ont échoué. Au Canada, les provinces de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et du Manitoba ont promulgué des lois pour réglementer les SOGICE dans le secteur de la santé, en interdisant l'utilisation des fonds publics (restrictions de facturation à l'assurance) ou en interdisant la pratique de SOGICE par les prestataires de soins de santé (annexe B)^{4,29,30}. Bien que ces lois constituent un premier pas important et nécessaire vers l'éradication des SOGICE au Canada, elles sont incomplètes en ce sens qu'elles ne s'étendent pas aux SOGICE pratiquées en dehors des bureaux des fournisseurs de soins de santé, comme les établissements religieux, et inéquitables en ce qu'elles s'appliquent dans certaines régions au Canada, mais pas dans d'autres. Par conséquent, la situation juridique et politique actuelle au Canada n'offre pas une protection complète aux personnes des minorités sexuelles et de genre, en particulier les jeunes.

D'autres pays, notamment l'Australie, l'Irlande, Malte et Taïwan, ont reconnu le caractère large et évasif des SOGICE et ont donc choisi de classer les SOGICE comme une infraction pénale, ou encore envisagent de modifier des lois pénales fédérales (annexe B)^{16,31,32}. Les catégories actuelles d'infractions énumérées dans le *Code criminel* canadien (p. ex. enlèvement, séquestration et voies de fait) ne suffisent pas pour réparer les torts causés par les SOGICE. Les SOGICE sont une attaque contre l'identité, entreprise et exécutée dans l'intention explicite de détruire l'« essence » d'une personne. Que des SOGICE soient infligées à des mineurs qui sont à la merci de leur famille ou de leur communauté est particulièrement scandaleux. De nombreuses minorités sexuelles et de genre exposées aux SOGICE, et en particulier les adolescents, sont obligées d'assister à des séances de SOGICE en raison de la culpabilité familiale ou religieuse, de la stigmatisation ou des menaces non déclarées de retrait des soutiens de base (y compris le logement et les soins familiaux et communautaires)¹⁵.

Il y a une communauté croissante de survivants des SOGICE au Canada²⁴. Ces survivants dénoncent de plus en plus leurs expériences, et ils insistent constamment sur l'importance de déployer des efforts

juridiques et politiques à plusieurs niveaux (fédéral, provincial et municipal) et à grande échelle, afin d'interdire ces thérapies partout au Canada, et sous toutes leurs formes³³.

Recommandations

Étant donné que des SOGICE continuent d'être réalisées au Canada, contribuant aux épidémies continues de dépression, d'anxiété, de consommation problématique de substances et de suicides chez les personnes de minorité sexuelle et de genre, nous recommandons les mesures suivantes au gouvernement fédéral canadien, dans le contexte de l'étude du Comité permanent de la santé sur la santé de la communauté LGBTQ2 au Canada.

1. Une interdiction fédérale à l'égard de la SOGICE en vertu du *Code criminel* du Canada.

- a. Nous recommandons que le ministre de la Santé travaille en partenariat avec le ministre de la Justice pour modifier le *Code criminel*.
- b. Une telle modification du *Code criminel* devrait tenir compte des diverses façons dont les SOGICE sont décrites, publicisées et défendues. Par exemple, une interdiction récente promulguée dans l'État de l'Oregon définit la thérapie de conversion comme suit : [TRADUCTION] La « thérapie de conversion » désigne la prestation de services professionnels dans le but de tenter de changer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne, y compris la tentative de changer les comportements ou les expressions de soi ou de réduire les attirances ou les sentiments sexuels ou romantiques à l'égard d'une personne du même sexe. » (Or. Rev. Stat. §675.850) Il existe d'autres approches juridiques de la criminalisation des SOGICE dans les lois fédérales adoptées récemment à Malte et à Taïwan.
- c. En même temps, une modification au *Code criminel* ne doit pas faire en sorte d'accroître les obstacles à l'accès aux services de santé mentale pour les personnes de minorités sexuelles et de genre. On peut y parvenir en énonçant clairement les pratiques qui ne constituent pas une SOGICE comme étant légales (c.-à-d. le counselling qui affirme et soutient l'identité sexuelle ou l'identité de genre des clients).
- d. Une interdiction fédérale ne devrait pas empêcher d'autres ordres de gouvernement de prendre des mesures juridiques et politiques. Étant donné que les SOGICE sont pratiquées dans de multiples contextes et qu'elles sont parfois publicisées et exécutées secrètement, d'autres mesures provinciales et municipales devraient être élaborées parallèlement à une interdiction fédérale.

2. La fourniture de ressources pour soutenir et guérir les survivants des SOGICE.

- a. Dans un but de guérison et de réconciliation, nous recommandons l'affectation de fonds pour soutenir le counselling, les groupes de soutien thérapeutique, l'éducation communautaire et les possibilités de réseautage communautaire pour les survivants des SOGICE membres de minorités sexuelles ou de genre.

3. Un investissement dans la recherche pour élaborer plus en détail des stratégies fondées sur des données probantes afin de réduire les incidences des SOGICE sur la santé mentale.

- a. Il est urgent de mener des recherches ciblées, compte tenu de l'absence d'études empiriques systématiques sur les SOGICE au Canada et de la gamme d'expériences des SOGICE rapportées dans les recherches menées aux États-Unis^{13 à 15}.
- b. De telles recherches peuvent être parrainées ou administrées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Conseil de recherches en sciences humaines

- du Canada et d'autres organismes fédéraux responsables de la santé (p. ex. Santé Canada) ou de la santé mentale en particulier (p. ex. la Commission de la santé mentale du Canada).
- c. Nous recommandons que les priorités des recherches et les appels de financement soient élaborés en étroite collaboration avec les survivants des SOGICE, en réponse à des initiatives nationales, comme la Stratégie de recherche axée sur le patient des IRSC.
 - d. Nous recommandons en outre que le ministre de la Santé travaille en partenariat avec le ministre de la Justice pour que le Comité de la justice réalise une étude sur la pratique des SOGICE au Canada. Une telle étude pourrait servir à soutenir les modifications apportées au *Code criminel* et d'autres mesures nécessaires pour réduire la pratique des SOGICE et les préjudices connexes.

Nous souhaitons conclure par ces paroles de Jonathan Brower, survivant canadien d'une SOGICE : [TRADUCTION] « *Je ne veux plus guérir désormais de ce que je suis, je veux juste guérir les cicatrices qui me restent d'essayer de changer.* »³⁴. De concert avec des dizaines de milliers de survivants de la SOGICE au Canada, nous exhortons le gouvernement fédéral à mettre fin aux SOGICE et à en guérir les personnes touchées sans plus tarder.

Références

1. Shidlo, A., Schroeder M. et Drescher, J., *Sexual Conversion Therapy: Ethical, Clinical, and Research Perspectives*, Binghamton, NY, The Haworth Press, 2001.
2. Wyatt-Nichol H., Sexual Orientation and Mental Health: Incremental Progression or Radical Change? *Journal of Health and Human Services Administration*, 2014, vol. 37, n° 2, p. 225-241.
3. Drescher J., Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Science (Bâle, Suisse)*, 2015, vol. 5, n° 4, p. 565-575. doi:10.3390/bs5040565
4. Hackl M., A Constitutional Cop-out: Federal Government Passes the Buck on Conversion Therapy. *Rabble*. Le 28 mars 2019.
5. Butterfield M., How Gay Conversion Therapy Got a Foothold in Canada, *Huffington Post Canada*. Le 9 octobre 2018.
6. Pakula, B., R.M. Carpiano, P.A. Ratner et Shoveller. J.A., Life stress as a mediator and community belonging as a moderator of mood and anxiety disorders and co-occurring disorders with heavy drinking of gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Canadians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, mai 2016, p. 1-12. doi:10.1007/s00127-016-1236-1
7. Pakula B. et Shoveller J.A., Sexual Orientation and Self-Reported Mood Disorder Diagnosis Among Canadian Adults. *BMC Public Health*, 2013, vol. 13, n° 1, p. 209. doi:10.1186/s41598-2458-13-209
8. Steele, L.S., LE Ross, C. Dobinson, S. Veldhuizen et J.M. Tinmouth, Women's Sexual Orientation and Health: Results from a Canadian Population-Based Survey. *Women Health*, 2009, vol. 49, n° 5, p. 353-367.
9. Brennan, D.J., L.E. Ross, C. Dobinson, S. Veldhuizen et Steele S.L., Men's Sexual Orientation and Health in Canada, *Revue canadienne de santé publique*, 2010, vol. 101, n° 3, p. 255-258. doi:10.17269/cjph.101.2361
10. Ross, L.E., R.G. Bauer, M.A. MacLeod, M. Robinson, J. MacKay, et Dobinson C., Mental Health and Substance Use Among Bisexual Youth and Non-Youth in Ontario, Canada, *PLoS One*, 2014, vol. 9, n° 8. e101604.
11. Bauer, G.R., Scheim, A.I., Pyne, J. et coll. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada, *BMC Public Health*, 2015, vol. 15, n° 1, 525 doi:10.1186/s12889-015-1867-2
12. Salway T, Ferlatte O, Gesink D, Lachowsky N. Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men (in preparation), 2019.
13. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J., Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults, *Pediatrics*, 2009, vol. 123, n° 1, p. 346-352. doi:<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
14. Ryan C, Toomey RB, Diaz RM et Russell ST., Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 2018.
15. Flentje A, Heck N, Cochran B., Experiences of ex-gay individuals in sexual reorientation therapy: Reasons for seeking treatment, perceived helpfulness and harmfulness of treatment, and post-treatment identification. *Journal of Homosexuality*, 2014, 61:12421268.
16. Byne W. Regulations restrict practice of conversion therapy, *LGBT Health*, 2016, vol. 3, n° 2, p. 97-99.

17. Mallory C, Brown T, Conron K. *Conversion Therapy and LGBT Youth*. Los Angeles, Californie, 2018. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Conversion-Therapy-LGBT-Youth-Jan-2018.pdf>.
18. Saewyc EM, Konishi C, Rose HA, Homma Y., School-based strategies to reduce suicidal ideation, suicide attempts, and discrimination among sexual minority and heterosexual adolescents in Western Canada, *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 2014, vol. 1, p. 89-112.
19. Société canadienne de psychologie, *Énoncé de politique de la Société canadienne de psychologie sur la thérapie de conversion/thérapie réparatrice dans le but de modifier l'orientation sexuelle*, 2015.
20. D, Bialer P., *Position Statement on Issues Related to Homosexuality*, 2013,
21. American Psychological Association. *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*, 2009.
22. Salway, T., Plöderl, M., Liu, J., Gustafson, P., Effects of Multiple Forms of Information Bias on Estimated Prevalence of Suicide Attempts According to Sexual Orientation: An Application of a Bayesian Misclassification Correction Method to Data From a Systematic Review. *American Journal of Epidemiology*, 2019, vol. 188, n° 1. doi:10.1093/kwy200
23. Clément D., Sexual Orientation – Canada’s Human Rights History. DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE, UNIVERSITÉ DE L’ALBERTA. <https://historyofrights.ca/encyclopaedia/main-events/sexual-orientation/>. Publié en 2019. Consulté le 17 avril 2019.
24. Gritter W., *A Letter to ex-gay Survivors*, 2019. <https://www.generousspace.ca/a-letter-to-ex-gay-survivors/> Consulté le 17 avril 2019.
25. Herrick, A.L., R. Stall, H. Goldhammer, J.E. Egan et Mayer K.H., Resilience as a Research Framework and as a Cornerstone of Prevention Research for Gay and Bisexual Men: Theory and Evidence. *AIDS and Behavior*, 2014, vol. 18, n° 1, p. 1-9. doi:10.1007/s10461-012-0384-0
26. Lewis NM., Rupture, resilience, and risk: Relationships between mental health and migration among gay-identified men in North America. *Health & Place*, 2014, vol. 27, p. 212-219. doi:10.1016/healthplace.2014.03.002
27. Lewis NM., Refaire la carte de la divulgation: Les voyages segmentés du déménagement et du coming-out des hommes gays *Social & Cultural Geography*, 2012, vol. 13, n° 3, p. 211-231. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14649365.2012.677469>
28. Pachter, L.M., L. Lieberman, S.L. Bloom et Fein J.A., Developing a Community-Wide Initiative to Address Childhood Adversity and Toxic Stress: A Case Study of The Philadelphia ACE Task Force, *Academic Pediatrics*, 2017, vol. 17, n° 7, p. 130-135. doi:10.1016/j.acap.2017.04.012
29. Gorman M., Bill passes banning conversion therapy in Nova Scotia. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/conversion-therapy-ban-lgbtq-bill-manitoba-ontario-1.4838311>. Publié le 25 septembre 2018. Consulté le 17 avril 2019.
30. Gouvernement du Manitoba. Position sur la thérapie de conversion | Santé, aînés et vie active | Gouvernement du Manitoba. https://www.gov.mb.ca/health/conversion_therapy.fr.html. Consulté le 17 avril 2019.
31. Stack L., Malta Outlaws ‘Conversion Therapy,’ a First in Europe, *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2016/12/07/world/europe/malta-outlaws-conversion-therapy-transgender-rights.html>. Publié le 7 décembre 2017. Consulté le 17 avril 2019.
32. Taiwan finalizes conversion therapy ban. *Shanghaiist.com*. Le 24 février 2018.

33. Stroh P., Ottawa rejects plea for nationwide conversion therapy ban, *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/the-national-conversion-therapy-federal-petition-1.5066899>. Publié le 23 mars 2019. Consulté le 17 avril 2019.
34. Brower J.D., Congregating Around *oblivion*: Dissolving the Borders between Queerness and Faith through Theatre. *Canadian Theatre Review*, 2019, vol. 177, p. 78-84. doi:10.3138/Ctr.177.012
35. Tomazin F., “Danger ous and discredited”: Labor pledges to ban gay conversion therapy. *The Sydney Morning Herald*. Le 22 avril 2019.
36. Halpin H., “A deceptive practice”: Bill to ban LGBTQ conversion therapies passes second stage of Seanad. *TheJournal.ie*. <https://www.thejournal.ie/seanad-conversion-therapy-bill-3991347-May2018/>. Publié le 2 mai 2018.
37. Butterworth B., Malta just became the first country in Europe to ban ‘gay cure’ therapy. *Pink News*. Le 6 décembre 2016.
38. Manitoba works to ban conversion therapy for LGBT youth. *CBC News*. Le 22 mai 2015.
39. *Projet de loi 77, Loi de 2015 sur l’affirmation de l’orientation sexuelle et de l’identité sexuelle*. Ontario, 2015. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-41/session-1/projet-loi-77>
40. Vikander T., Vancouver council votes unanimously to ban conversion therapy, *The Star Vancouver*. <https://www.thestar.com/vancouver/2018/06/06/vancouver-bans-conversion-therapy.html>. Publié le 6 juin 2018.
41. Eliason, M. et Schope, R., Shifting Sands or Solid Foundation? Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Identity Formation. Dans Meyer IH et Northridge ME, éditeurs, *The Health of Sexual Minorities*, New York, NY, Springer-Verlag, 2007, p. 2-26.
42. Reisner, S.L., Conron, K.J., Tardiff, L.A., Jarvi, S., Gordon, A.R. et Austin, S.B., 2008, Monitoring the health of transgender and other gender minority populations: Validity of natal sex and gender identity survey items in a U.S. national cohort of young adults. *BMC Public Health*, 2014, vol. 14, n° 1, p. 1224. doi:10.1186/s41598-2458-14-1224

Annexe A

Prévalence de l'exposition au cours de la vie à des efforts pour tenter de changer l'orientation sexuelle (ECOS) chez les hommes appartenant à une minorité sexuelle au Canada, enquête *Sexe au présent* 2011-2012, N=8388¹²

Variable	% d'exposition aux ECOS (intervalle de confiance de 95 %)
Total	3,5 (3,2, 4,1)
Âge (au moment de	
< 20	3,2 (1,5, 6,4)
20-29	3,6 (2,8, 4,6)
30-39	3,8 (2,9, 4,9)
40-49	3,5 (2,8, 4,4)
50-59	4,1 (3,3, 5,2)
60 ans et plus	2,9 (2,0, 4,1)
Région	
Colombie-Britannique	4,5 (3,6, 5,6)
Alberta	2,8 (1,9, 4,0)
Saskatchewan	2,8 (1,3, 5,6)
Île-du-Prince-Édouard	2,6 (1,3, 5,1)
Ontario	3,5 (2,9, 4,2)
Québec	4,2 (3,1, 5,6)
Atlantique	2,9 (1,6, 5,1)

© Centre de recherche communautaire, 2019. https://www.cbrc.net/sex_now

Annexe B

Exemples de lois internationales et interprovinciales ayant pour but de mettre fin aux efforts visant à tenter de changer l'orientation sexuelle et l'identité de genre (SOGICE) d'une personne

Compétence	Loi promulguée (P) ou proposée	Interdiction en vertu du Code criminel	Restrictions imposées aux fournisseurs de soins de santé réglementés ou	Licence d'entreprise Restrictions	Références
internationale					
Australie	P	X			35
Irlande	P	X			36
Malte	E (2016)	X			37
Taiïwan	E (2016)	X*			32
canadienne :					
Île-du-Prince-	E (2015)		X		38
Nouvelle-	E (2018)		X		29
Ontario	E (2015)		X		39
Vancouver	E (2018)			X	40

* Infractions liées à la SOGICE énumérées dans le Code criminel et la *Loi sur la protection des enfants et des jeunes*.