

Université de Montréal

Les pratiques sociales à domicile auprès des aînés gais :
Entre divulgation et dissimulation de l'identité homosexuelle

Par Samuel Auger

École de service social
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de maître ès Science (M. Sc.)
en service social

Juillet 2015

© Samuel Auger, 2015

Résumé

La recherche portant sur les expériences reliées aux services sociaux et de santé chez les aînés gais reçoit une attention croissante; cependant, les expériences dans le contexte des services à domicile demeurent peu documentées. Les deux principaux objectifs de cette étude sont d'explorer le vécu des aînés gais recevant des services à domicile relativement à leurs stratégies identitaires et de décrire leurs besoins spécifiques en vue de l'adaptation des pratiques sociales à domicile. Les propos de six aînés gais ont été recueillis dans la région de Montréal par entrevues semi-dirigées. Les résultats montrent que les expériences des aînés recevant des services à domicile sont généralement satisfaisantes; parmi eux, certains se sont sentis stigmatisés, mais seulement dans de rares moments et nous ont rapporté avoir plutôt vécu des situations les rendant mal à l'aise. Les résultats présentent aussi une utilisation variée des quatre stratégies identitaires (divulgation active, divulgation passive, dissimulation passive, dissimulation active) d'après une adaptation du modèle d'Eliaison et Schope (2001). Si des facteurs individuels et interactionnels ont influencé les stratégies des aînés, ce sont cependant des facteurs contextuels (le type de service d'aide à domicile, le temps, le contexte social immédiat) qui ont pris une importance significative. Enfin, diverses pistes d'action sont à explorer pour l'adaptation des pratiques sociales auprès de cette population, notamment à l'égard de la formation des intervenants sociaux et de la santé, de l'amélioration de l'organisation des services à domicile, du développement de ressources spécifiques et de la contribution du travailleur social auprès des minorités sexuelles âgées.

Mots-clés : homosexualité; stratégies identitaires; vieillissement; services à domicile; travail social.

Abstract

The research on experiences related to social and health services among gay seniors is receiving increasing attention. However, their experiences in the context of home care services remain poorly documented. The two main objectives of this study are to explore the experiences of gay seniors receiving home care services in relation to their identity strategies and to describe their specific needs for the adjustment of social practices at home. The comments of six gay elders were collected in the Montreal area by semi-structured interviews. The results show that the experiences of seniors receiving home care services are generally satisfactory; among them, some have felt stigmatized but only in rare moments and have reported mostly having experienced situations making them uncomfortable. The results also show a varied use of the four identity strategies (active disclosure, passive disclosure, active concealment, passive concealment) based on an adaptation of the Eliason and Schope (2001) model. If individual and interactional factors have influenced the strategies of seniors, the contextual factors (type of care or service, time, immediate social context) have taken a more significant importance. Finally, various courses of action should be explored for the adaptation of social practices with this population, particularly regarding the training of health and social workers, the improvement of the home care services organization, the development of specific resources and the social worker's contribution with older sexual minorities.

Keywords : homosexuality; sexual identity management strategies; aging; home care services, social work.

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des sigles et des abréviations.....	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Problématique.....	4
1.1 Le vieillissement chez les minorités sexuelles.....	4
1.1.1 Quelques chiffres.....	4
1.1.2 Les problématiques biopsychosociales des aînés gais.....	5
1.1.2.1 Les problèmes de santé, les incapacités et les services de soutien à domicile des aînés.....	5
1.1.2.2 Les problèmes de santé physique chez les aînés gais.....	8
1.1.2.3 Le bien-être des aînés gais.....	9
1.1.2.4 Le soutien social des aînés gais : un système complexe.....	10
1.2 Le rapport aux services sociaux et de santé des aînés gais.....	12
1.2.1 Discrimination.....	13
1.2.2 L'intervention sociale à domicile.....	16
1.3 Les stratégies identitaires des aînés gais.....	20
1.3.1 Les stratégies identitaires : mise en contexte.....	20
1.3.2 Comprendre les stratégies de divulgation/dissimulation.....	22
1.3.3 Les facteurs influençant les stratégies identitaires.....	28
1.4 L'adaptation des pratiques sociales auprès des aînés gais.....	33
1.4.1 Les besoins spécifiques des aînés gais.....	33
1.4.2 L'adaptation des pratiques sociales.....	35
1.5 Questionnements.....	37
1.6 Objectifs.....	37

1.7 Pertinence de la recherche	38
Chapitre 2 : Cadre théorique, concepts et modèle conceptuel	42
2.1 Le cadre théorique.....	42
2.1.1 Le positionnement épistémologique	42
2.1.2 Les repères historiques.....	44
2.1.3 Le développement théorique.....	45
2.1.4 La perspective d’Erving Goffman	48
2.2 Définition de concepts	52
2.2.1 Homophobie, hétérosexisme et âgisme.....	52
2.2.2 Le chez-soi et l’identité.....	54
2.3 Le modèle conceptuel d’Eliason et Schope (2001).....	56
Chapitre 3 : Méthodologie	58
3.1 La stratégie de recherche	58
3.2 La population étudiée, l’échantillonnage et le choix du terrain.....	59
3.3 La stratégie de recrutement.....	62
3.4 Le déroulement des entretiens	63
3.5 La méthode d’analyse des données.....	65
3.6 Les limites méthodologiques	67
3.7 Les considérations éthiques	69
Chapitre 4 : Présentation des résultats	71
4.1 La présentation des participants de l’étude et de leur trajectoire de soins et de services sociaux et de santé	71
4.1.1 Synthèse de la trajectoire de soins et de services sociaux et de santé des aînés	74
4.2 Les expériences de services à domicile des aînés.....	75
4.2.1 Les habiletés relationnelles et la proximité relationnelle.....	75
4.2.2 La fréquence des services	78
4.2.3 La disponibilité des intervenants	78
4.2.4 Le domicile : entre intimité et malaise.....	81
4.2.5 L’homosexualité perçue ou réelle des intervenants	82
4.2.6 Le malaise des intervenants face à l’homosexualité.....	83
4.2.7 Les effets du VIH/sida sur la relation usager/intervenant.....	84

4.3.1 Les stratégies identitaires des aînés gais	85
4.3.1.1 Les stratégies actives de divulgation.....	86
4.3.1.2 Les stratégies passives de divulgation	88
4.3.1.3 Les stratégies passives de dissimulation	89
4.3.1.4 Les stratégies actives de dissimulation	91
4.3.2 Les stratégies identitaires hypothétiques	91
4.3.3 Synthèse des stratégies identitaires : proposition d'une typologie	93
4.4 Les facteurs qui influencent les stratégies identitaires.....	97
4.4.1 Les caractéristiques personnelles des aînés gais.....	98
4.4.2 Les interactions	102
4.4.3 Le contexte.....	104
4.5 Les besoins spécifiques des aînés et l'amélioration des pratiques sociales	109
CHAPITRE 5 : DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	114
5.1 Les expériences de services à domicile des aînés.....	114
5.1.1 Les compétences relationnelles.....	114
5.1.2 Le domicile : entre intimité et malaise.....	116
5.1.3 La sensibilité des intervenants à l'homosexualité.....	117
5.1.4 Les difficultés liées à l'homosexualité.....	119
5.2 Les stratégies identitaires des aînés gais.....	120
5.3 Les facteurs influençant les stratégies identitaires et les liens entre la stigmatisation sexuelle et les stratégies identitaires	122
5.3.1 Les facteurs	122
5.3.2 Les liens entre la stigmatisation sexuelle et les stratégies identitaires.....	130
5.4 Les besoins spécifiques des aînés et l'amélioration des pratiques sociales à domicile	132
5.4.1 Les connaissances	133
5.4.2 Le développement de ressources spécifiques	135
5.4.3 L'organisation des services de soutien à domicile.....	136
5.4.4 Le rôle du travailleur social au programme de soutien à domicile	137
Conclusion	139
Bibliographie.....	142
Annexe 1 : Affiche de recrutement.....	xii

Annexe 2 : Formulaire de consentement	xiii
Annexe 3 : Guide d'entretien	xvi

Liste des tableaux

Tableau I : Les caractéristiques des participants.....	61
Tableau II : Typologie des stratégies identitaires des participants	93
Tableau III : Exemples de stratégies identitaires du groupe « ouvert ».....	94
Tableau IV : Exemples de stratégies identitaires du groupe « discret ».....	95
Tableau V : Exemples de stratégies identitaires du groupe « modulé ».....	96
Tableau VI : Les facteurs qui influencent la divulgation et la dissimulation des aînés gais	97

Liste des figures

Figure 1 : Adaptation du modèle conceptuel du dévoilement de l'identité sexuelle d'Eliaison et Schope (2001).....	57
---	----

Liste des sigles et des abréviations

ASSS	Auxiliaire de la santé et des services sociaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LGBTQ	Lesbienne, gai, bisexuel-le, transsexuel-le et queer
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

Remerciements

D'entrée de jeu, je tiens à remercier les participants de l'étude pour leur générosité et leur authenticité en me révélant des événements, parfois difficiles, de leur vie privée.

Je remercie les personnes et les organismes consultés, lors de la phase de recrutement, de m'avoir permis d'approcher les aînés rencontrés et d'avoir su les mettre en confiance avant de recueillir leurs propos.

Merci à Oscar Firbank, mon directeur, de m'avoir accompagné tout au long de ce parcours sinueux. Je tiens à le remercier pour sa disponibilité, ses judicieux conseils et ses commentaires, toujours pertinents, qui m'ont permis de terminer ce mémoire.

Merci à Line Chamberland, ma codirectrice, de m'avoir partagé son savoir sur les minorités sexuelles et enrichi grandement mes connaissances.

Je tiens aussi à remercier mes collègues à la maîtrise Julie et Morgane; merci pour les discussions et les réflexions durant les cours et du soutien ici ou outre-mer.

Merci à Emmanuelle et Josiane, amies et travailleuses sociales d'exception, pour leur encouragement et leur présence. Je tiens à souligner leur ouverture d'esprit et leur regard critique du travail social; nos échanges m'ont permis d'évoluer professionnellement durant la durée de mes études.

Enfin, je tiens à remercier mes parents pour leur appui durant mes longues années d'études. Un merci tout spécial à Claudette pour son soutien au départ de ce projet.

Introduction

Le choix de notre sujet de mémoire a été, dès le départ, le rapprochement de nos deux champs d'intérêt, soit la gérontologie et les études sur la diversité sexuelle. Le début de notre carrière en tant que travailleur social au programme de soutien à domicile d'un centre local de services communautaires (CLSC) nous a permis d'amorcer une réflexion quant à l'influence du contexte du domicile sur les pratiques sociales. En tant qu'homme homosexuel, l'auteur de ce mémoire est particulièrement interpellé par le vécu des personnes marginalisées et stigmatisées, dont les minorités sexuelles. Dans cette perspective, nous, codirecteurs et auteur, sommes interrogés sur ce qu'implique, pour un aîné gai ou lesbienne (GL), le fait de recevoir des services à domicile. Nous avons d'emblée en tête que les visites des intervenants sociaux et de la santé dans la sphère privée et intime du domicile soulèvent des enjeux en ce qui a trait à la visibilité sociale de l'orientation sexuelle.

Dans cette direction, nos premières recherches sur ce thème nous ont permis de prendre connaissance d'une étude en géographie sociale (Gorman-Murray, 2006) qui explore la manière dont les couples gais et lesbiens construisent leur identité homosexuelle partagée dans l'espace domiciliaire. Il était alors question d'un texte recensé (Kirby et Hay, 1997) qui montrait comment certains couples gais vivaient dans des chambres séparées afin de convaincre les visiteurs hétérosexuels qu'ils n'étaient pas en relation intime. Par la suite, la recension des écrits de l'étude pancanadienne de Brotman, Ryan et Cormier (2003), portant sur les services aux aînés GL, a attiré notre attention sur la présence de pratiques hétérosexistes et de la discrimination de la part des intervenants de la santé et des services sociaux qui travaillent auprès de cette population. Ces différents constats ont été le commencement d'une réflexion sur les pratiques sociales à domicile auprès des aînés GL, venant ainsi faire écho à notre parcours en intervention sociale.

En effet, d'après notre expérience professionnelle, la sexualité des aînés est souvent peu prise en compte, notamment dans les évaluations psychosociales, et encore moins

l'homosexualité. À notre sens, l'orientation sexuelle devient une donnée importante lorsqu'on mobilise les réseaux sociaux autour d'une personne en perte d'autonomie. Par exemple, les aînés GL ont constitué autour d'eux des « familles choisies » puisque certains ont perdu contact avec les membres de leur famille biologique en raison de leur orientation sexuelle, mais aussi parce que la majorité n'ont pas eu d'enfants.

De cette façon, le point de départ de ce mémoire tient en l'hypothèse que l'intervention psychosociale à domicile, en comparaison à l'intervention dans les milieux communautaires ou institutionnels, par exemple les établissements des CLSC ou les hôpitaux, comporte des spécificités quant à la relation d'aide, notamment chez des personnes présentant une identité stigmatisée comme les aînés GL. Mentionnons que les minorités sexuelles âgées ont été témoin des nombreuses transformations sociales à l'égard de l'homosexualité qui était, rappelons-le, jusqu'au milieu des années 1970, considérée comme une maladie. Par conséquent, en raison des expériences difficiles ou discriminatoires qu'elles ont pu vivre auprès des professionnels de la santé, certaines personnes hésitent encore à leur dévoiler leur orientation sexuelle par crainte de se sentir jugées ou de subir de mauvais traitements.

Certaines études sur l'adaptation des services à domicile auprès de clientèles ayant des besoins particuliers ont été effectuées, mais à notre connaissance, aucune n'a été réalisée sur la spécificité de l'intervention à domicile auprès des aînés GL dans le contexte québécois. Toutefois, des études canadiennes et québécoises se sont penchées sur les besoins des minorités sexuelles dans le cadre des services sociaux et de santé et en matière d'hébergement.

Notre recherche visait à l'origine à explorer, dans le contexte des services sociaux et de santé, comment est négociée la visibilité sociale de l'identité homosexuelle dans le rapport à la sphère privée du domicile chez les aînés gais *et* lesbiennes. Toutefois, faute de participantes lesbiennes, notre mémoire traitera seulement des aînés gais, bien que nos questionnements et objectifs de recherche portaient tant sur les hommes que les femmes. Ainsi, nous avons voulu saisir le vécu des aînés lorsqu'ils ont reçu des soins et services à

domicile et comprendre quels facteurs ont influencé leurs stratégies identitaires, c'est-à-dire la divulgation ou la dissimulation de leur orientation sexuelle. En outre, nous avons apporté une attention particulière à l'influence de la discrimination possible dans les services. Enfin, nous voulions aussi parvenir à identifier les besoins spécifiques à domicile des aînés et déterminer des pistes relativement à l'adaptation des pratiques sociales à domicile.

Ce mémoire se divise en cinq parties. Le premier chapitre comporte une recension des écrits sur le vieillissement chez les minorités sexuelles, leur rapport aux services sociaux et de santé et leurs stratégies identitaires dans ces contextes. L'adaptation des pratiques sociales auprès des aînés gais conclura cette partie. Nous terminerons le chapitre par nos questions de recherches, nos objectifs et la pertinence du projet. Le deuxième chapitre, quant à lui, discutera de notre cadre théorique (l'interactionnisme symbolique), de la perspective d'Erving Goffman, des principaux concepts utilisés (l'homophobie, l'hétérosexisme, l'âgisme et le chez-soi) ainsi que du modèle d'Eliaison et Schope (2001). Le troisième chapitre décrira la méthodologie de recherche que nous avons utilisée. Quant au quatrième chapitre, il présentera nos résultats. Enfin, le cinquième chapitre apportera une discussion et une interprétation des résultats.

Chapitre 1 : Problématique

1.1 Le vieillissement chez les minorités sexuelles

1.1.1 Quelques chiffres

Le vieillissement de la population au Québec devrait s'accélérer au cours des prochaines décennies. Cette situation s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie, de la faible fécondité, mais surtout par le passage au groupe des aînés des *baby-boomers*, les personnes nées entre 1946 et 1966 (Thibault, Létourneau et Girard, 2004). En 2006, la population des 65 ans et plus était estimée à 1 million de personnes. Selon les projections démographiques hypothétiques, ce nombre serait appelé à doubler d'ici 2031 (Thibault, Létourneau et Girard, 2004).

Suivant cette tendance, les aînés gais formeront également un groupe plus important dans les années à venir. Néanmoins, il est complexe de déterminer avec précision l'ampleur de la communauté gaie et lesbienne âgée, étant donné les définitions ambiguës de l'orientation sexuelle, la réticence des individus à s'identifier ouvertement comme tels et l'absence d'études populationnelles intégrant des mesures de l'orientation sexuelle (Fredriksen-Goldsen et Muraco, 2010). Du côté des États-Unis, on estime la proportion des personnes LGB¹ entre 2 % et 8 % de la population américaine (Cahill, South, et Spade 2000; California Health Interview Survey 2007; Dilley *et al.*, 2009; Laumann *et al.*, 1994; Mosher, Chandra, et Jones 2005 cité par Fredriksen-Goldsen et Muraco, 2010).

Au Canada, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* estime à 1,7 % la proportion de la population adulte, de 18 à 59 ans, de l'ensemble des provinces s'auto-identifiant comme une personne LGB (Statistique Canada, 2004). Des données relativement aux aînés de 60 ans et plus ne sont toutefois pas disponibles.

¹ Le sigle LGBTQ signifie Lesbienne, gai, bisexuel-le, transsexuel-le et queer. Certaines études comportent seulement les personnes LG ou LGB, alors que d'autres incluent également les personnes T et celles s'auto-désignant comme Q.

1.1.2 Les problématiques biopsychosociales des aînés gais

La première question qui a guidé notre recension des écrits vise une meilleure compréhension de la réalité et des besoins des aînés gais en matière de services sociaux et de santé. Nous voulons ainsi tenter de saisir comment leur trajectoire de vie, compte tenu de leur orientation sexuelle, influence leurs besoins à l'âge adulte avancé. À ce sujet, mentionnons en outre que le groupe des 65 ans et plus est une portion de la population des plus hétérogènes et il en est de même chez les aînés gais. En ce sens, Pugh (2002) discute de la difficulté à généraliser certaines problématiques à l'ensemble des minorités sexuelles âgées. Il soutient que la tentation est forte de présumer que les femmes lesbiennes et les hommes gais, vivant dans un contexte où les sanctions sociales et criminelles étaient sévères, ont toutes et tous vécu des expériences négatives. Cependant, pour certaines personnes, ce n'était pas le cas ou, du moins, pas tout le temps. À cet effet, notre revue de littérature s'attache à dégager certaines tendances observées chez un groupe, comme on l'a dit, plutôt hétérogène dans un contexte nord-américain à travers lequel le rapport à l'homosexualité est variable; pensons par exemple à une zone urbaine comparativement à une zone rurale. Ainsi, nous avons choisi de rendre compte des études qui pourraient s'approcher le plus du contexte de vie des participants de notre étude, c'est-à-dire américaines, canadiennes et québécoises.

1.1.2.1 Les problèmes de santé, les incapacités et les services de soutien à domicile des aînés

Nous nous sommes questionnés sur la santé des aînés au Québec dans le but d'avoir une idée des principaux problèmes de santé courants et de leurs impacts sur les capacités des aînés et donc, sur leur autonomie. À cette fin, nous pourrions mieux comprendre pour quelles raisons les aînés au Québec, mais plus spécifiquement les aînés gais, pourraient nécessiter des services à domicile.

Camirand et Fournier (2012) indiquent, en se basant sur les données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010*, que les aînés vivant à domicile au Québec rapportent notamment six problèmes de santé chroniques qui les affectent plus particulièrement; notons, pour près de la moitié, l'hypertension artérielle (47 %) puis viennent

l'arthrite (33 %), les maux de dos (20 %), la maladie cardiaque (18 %), le diabète (17 %) et l'incontinence urinaire (10 %) (Camirand et Fournier, 2012). Il est à noter que ces chiffres représentent la moyenne des aînés, mais que par groupe d'âge, la prévalence de ces maladies serait moins élevée chez le groupe des 65-74 ans et qu'ainsi, les aînés plus âgés sont plus susceptibles de cumuler certains de ces problèmes de santé chronique. Sur le plan des troubles cognitifs, chez le groupe des 75-84 ans, ce serait le quart (24 %) qui en seraient atteints et près de 4 sur 10 (38 %) chez les personnes plus âgées. Bien que les personnes âgées puissent cumuler certains problèmes de santé, pour plusieurs, ces difficultés n'ont qu'un faible impact sur leur autonomie fonctionnelle. Ce faisant, 21 % des personnes âgées ont besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes et domestiques.

Ainsi, environ une personne âgée sur sept a besoin d'aide pour se rendre à des rendez-vous ou faire des courses (15 %) ou pour faire les travaux ménagers quotidiens (15 %), 8 % ont besoin d'aide pour la préparation des repas et 9 %, pour s'occuper de leurs finances personnelles (ex. : paiement des factures); 5,5 % ont besoin d'aide pour leurs soins personnels (ex. : se laver) et 3,4 %, pour se déplacer dans la maison (Camirand et Fournier, 2012).

En outre, dans l'analyse de Hoover et Rotermann (2012), dont les données proviennent aussi de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé* (ESCC–VS) menée en 2009, on indique qu'au Québec, ce serait 22 % des personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des services à domicile formels ou informels². Pour l'ensemble des provinces, les auteures précisent que seulement 18 % ont reçu de l'aide d'employés payés ou de bénévoles et que 29 % auraient bénéficié de sources mixtes (soins formels et informels). Toutefois, le fait de vivre seul et d'avoir un faible revenu serait lié à des taux plus importants de recours aux soins à domicile.

Il n'est pas étonnant de constater également que les aînés ayant des limitations fonctionnelles utilisent plus les services à domicile. Ainsi, la moitié des personnes âgées ayant une incapacité

² Les services formels font référence aux services dispensés par les organismes publics ou privés tandis que les services informels proviennent des proches aidants.

grave ont déclaré avoir reçu des soins à domicile, comparativement à 12 % des personnes âgées sans incapacité ou ayant une incapacité légère. Une proportion relativement forte de personnes ayant une limitation physique ont bénéficié d'une aide pour leurs soins d'hygiène corporelle, comme prendre un bain ou utiliser les toilettes, comparativement aux personnes sans limitations (Hoover et Rotermann, 2012).

Toujours selon ces auteures, au Canada, les services à domicile les plus fréquents seraient ceux pour des activités de la vie domestique, comme l'entretien ménager, l'aide au transport et la préparation des repas.

Les données de *L'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV) permettent également de cibler l'utilisation des services à domicile par les personnes de 65 ans et plus. Ce serait 10 % des personnes de 65 ans et plus qui auraient bénéficié de soins de santé à domicile du CLSC ou d'un autre organisme, public ou privé, suite à un service hospitalier ou pour une autre raison de santé (Dubé, 2013). Toutefois, de ce pourcentage sont exclus les services d'un médecin, d'un travailleur social, d'un intervenant en santé mentale ou d'un ambulancier. Il n'est toutefois pas précisé, dans le rapport, ce qu'il en est de l'implication des intervenants pivots, assurant l'accès aux soins et leur continuité par la gestion de cas, dont certains travailleurs sociaux portent ce rôle.

Bien que notre recension des écrits ne nous permette pas précisément de connaître l'ampleur des interventions psychosociales à domicile, nous pouvons dégager certains faits de ces données statistiques. En réalité, sur l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus, relativement peu de personnes âgées nécessitent des soins formels, par les CLSC par exemple; lorsqu'elles doivent en bénéficier, elles ont un âge avancé ou possèdent des contraintes fonctionnelles sévères d'ordre physique ou cognitive. Les personnes isolées et à faible revenu sont également plus susceptibles de recourir aux ressources formelles. Pour ces raisons, les travailleurs sociaux sont appelés à jouer différents rôles, notamment en tant qu'intervenant pivot, visant à soutenir l'autonomie des personnes âgées à domicile.

1.1.2.2 Les problèmes de santé physique chez les aînés gais

Sur le plan de la santé, il convient d'affirmer que les aînés LGBT peuvent souffrir des mêmes syndromes gériatriques tels que l'incontinence, les chutes, les troubles cognitifs, que leurs pairs hétérosexuels. De cette façon, ils présentent donc les mêmes besoins de promotion et de maintien de leur santé. Néanmoins, certains problèmes de santé doivent retenir l'attention en raison de facteurs de risque plus importants chez les minorités sexuelles (Appelbaum, 2008).

À ce propos, sur le plan de la santé sexuelle, Appelbaum (2008) mentionne l'importance chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui sont actifs sexuellement, même à un âge avancé, de faire le dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia, de la syphilis, du virus herpès simplex et du virus du papillome humain. En outre, une évaluation des risques du VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) est aussi importante lors de l'évaluation des ITSS (Infections transmissibles sexuellement et par le sang). Appelbaum (2008) indique que le VIH serait diagnostiqué tardivement chez les personnes âgées puisque ce diagnostic a tendance à ne pas être considéré et que les aînés ne sont pas enclins à se faire évaluer à ce sujet. Par ailleurs, le nombre de personnes âgées vivant avec le VIH serait en augmentation au Canada. En fait, on note que les personnes ayant le VIH vivent plus longtemps en raison des thérapies antirétrovirales efficaces, mais aussi du fait qu'il existe une augmentation des nouveaux cas de VIH chez les 50 ans et plus. En outre, les hommes gais demeurent le groupe le plus largement touché chez les personnes vivant avec le VIH de 50 ans et plus (Agence de la santé publique du Canada, 2010; Wallach, Ducandas, Martel, Trottier et Thomas, 2013).

Pour poursuivre sur la santé sexuelle, Appelbaum (2008) présente les conséquences engendrées par la pénétration anale telles que les fissures anales et les hémorroïdes. Par ailleurs, les aînés gais ont également plus de risques de développer un cancer anal. Le dépistage du cancer de la prostate demeure également très important chez les aînés gais.

Sur le plan de la santé générale, Appelbaum (2008) pointe également les risques associés aux maladies cardiovasculaires et au cancer du poumon. À ce sujet, les gais seraient susceptibles de consommer plus de tabac que leurs pairs hétérosexuels (Tang *et al.*, 2004).

1.1.2.3 Le bien-être des aînés gais

Il a été documenté que les aînés gais peuvent vivre un sentiment de vieillissement accéléré ou peuvent se percevoir plus vieux qu'ils ne le sont en réalité (Baron et Cramer, 2000). Cette perception d'être plus vieux que son âge biologique est souvent décrite comme de l'âgisme intériorisé, dès l'âge de 30 ans, et qui pourrait être reliée à l'emphase sur l'attirance physique et la jeunesse dans la culture gaie (Appelbaum, 2008).

Dans un autre ordre d'idées, des études ont révélé, comme l'indiquent Brotman, Ryan et Cormier (2003), que la négociation du stigmate homosexuel sur de longues périodes de temps est liée à des risques élevés de dépression et de suicide, de toxicomanie et d'abus de substances. de Vries et Herdt (2012) soulèvent que plusieurs recherches ont détruit le mythe que les hommes aînés gais étaient seuls, tristes, déprimés et amers. Néanmoins, certaines études ont empiriquement validé un taux plus haut de dépression chez les aînés gais que dans la population générale alors que plusieurs autres ont démontré un haut niveau d'adaptation psychologique chez une majorité d'aînés GL. Les auteurs soulignent qu'un taux plus haut de dépression chez les aînés gais pourrait être entre autres expliqué par la culture homophobe, la crainte d'être rejeté ou exclu par la famille d'origine ou d'autres formes d'exclusion, notamment pour les conjoints de même sexe.

Malgré la vision négative parfois dépeinte dans la littérature sur des aînés GL, d'autres auteurs, dont Barranti et Cohen (2000), soulignent des caractéristiques uniques de résilience et des forces particulières qui leur permettent d'entrer dans le troisième âge avec plus d'aisance que les hétérosexuels-les. Dans cette direction, il est avancé que les habiletés d'adaptation (*coping skills*) utilisées durant le processus d'acceptation de leur identité homosexuelle peuvent les aider à accepter leur vieillissement. De plus, la négociation du sentiment d'être différent tout au long de leur vie en tant que minorité sexuelle les prépare à la perception

négative de la vieillesse que leur renvoie la société axée sur la jeunesse. Finalement, la plus grande flexibilité dans les rôles de genre devient aidante dans le processus de vieillissement.

1.1.2.4 Le soutien social des aînés gais : un système complexe

Les études en gérontologie rapportent de nombreux bénéfices et effets protecteurs du soutien social sur la santé et le bien-être à l'âge adulte avancé. Chappel et Funk (2011) recensent plusieurs études qui révèlent des réductions bénéfiques sur différents aspects, dont, entre autres, le stress, la solitude, la dépression et le déclin cognitif. Néanmoins, d'autres études apportent des conclusions mitigées en ce qui a trait à l'influence du soutien social sur la santé physique et le bien-être psychologique par exemple. Dans sa revue de littérature portant, entre autres, sur le soutien social, Truchon (2009) présente certaines études dont les résultats ne permettent pas d'établir clairement le lien entre soutien social et santé physique et psychique. Spécifiquement à l'égard des aînés GL, le soutien social joue un rôle de protection, en l'absence du soutien de la famille ou de la communauté, si l'on considère les défis particuliers associés au stress de minoritaire tels que l'homophobie, la discrimination, les abus et la négligence (Masini et Barrett, 2008). Dans le même sens, l'étude de Fredriksen-Goldsen *et al.* (2012) prédit que des facteurs de protection tels que le soutien social et la taille du réseau social réduisent la probabilité d'un mauvais état de santé général, d'une invalidité ou d'une dépression chez les aînés LGB.

Bien que des études ont démenti le stéréotype négatif de l'homme gai âgé isolé socialement (Berger, 1992; Berger et Mallon, 1993; Grossman, D'Augelli, et Hershberger, 2000), d'autres études ont montré que les aînés GL sont plus susceptibles de vivre seuls et de ne pas avoir d'enfant comparativement à leurs semblables hétérosexuels (Butler, 2004; Cahill, South et Spade, 2000). On ne peut certes pas conclure que vivre seul signifie n'avoir accès à aucun soutien informel que ce soit. À ce sujet, Grossman, D'Augelli, et Hershberger (2000) mentionnent que, bien que les aînés GL vivent seuls pour la majorité, ils auraient cependant un large réseau de soutien social composé le plus souvent d'amis proches. Dans leur étude auprès de 416 personnes LGB âgés de 60 à 91 ans, ces auteurs montrent que les participants ont en moyenne six personnes dans leur réseau de soutien. Plus récemment, l'étude de Masini et

Barrett (2008) auprès d'aînés LGB âgés de 50 à 79 ans à travers les États-Unis, fait le constat de résultats plus conservateurs, soit une moyenne de 2,5 membres dans leur réseau de soutien.

Bien que le nombre de personnes dans un réseau de soutien ou la composition de ce réseau demeure une donnée importante, il est également intéressant de pointer quel type d'aide les membres de ce réseau dispensent. Dans cette direction, la recherche de Beeler, Rawls, Gerdt et Cohler (1999), réalisée à Chicago auprès d'aînés GL de 45 à 90 ans, révèle que 88 % des participants peuvent se tourner vers au moins trois amis-es afin d'obtenir des conseils ou du soutien émotionnel lorsque confrontés à un problème sérieux. En outre, 68 % des participants possèdent une « famille choisie » composée d'amis proches avec qui ils socialisent durant leurs vacances. Beeler, Rawls, Gerdt et Cohler (1999) suggèrent également que le réseau d'amis serait la plus importante source de soutien pour les aînés GL. L'étude de Grossman, D'Augelli, et Hershberger (2000) démontre que le soutien de socialisation était celui le plus communément fourni par les amis proches et les connaissances alors que le soutien émotionnel était le plus communément fourni par les partenaires, la parenté et les proches.

En dépit du fait que plusieurs études prétendent que la famille d'origine chez les aînés GL ne s'impliquerait pas auprès de ces derniers, expliquant ainsi la constitution de « familles choisies », l'étude de Shippy, Cantor et Brennan (2004) vient proposer certaines nuances à ces résultats. En effet, dans une recherche auprès de 223 hommes gais âgés de 50 à 82 ans de la région de New York, les résultats présentés indiquent que lorsque la famille biologique était présente, les membres étaient proches et maintenaient le contact auprès des répondants. Néanmoins, la parenté serait moins sollicitée pour de l'aide et donc les aînés seraient plus susceptibles de se tourner vers leur partenaire, lorsque disponible, puis vers leurs amis lorsqu'ils ont besoin de soins informels. Ces résultats pourraient signifier que la société est devenue de plus en plus tolérante et que les aînés gais sont moins éloignés de leurs familles biologiques. Les auteurs ont toutefois certaines réserves à l'égard de leurs résultats. En fait, ils mentionnent que le groupe participant d'aînés est relativement jeune (moyenne de 62 ans) et que le quart évoquent que le soutien émotionnel et instrumental serait rarement ou pas du tout disponible. En outre, le tiers des participants exprime un besoin de soutien émotionnel plus approprié. Finalement, les auteurs indiquent que, même si les participants sollicitaient plus

leurs amis que leur parenté pour de l'aide, lorsque ceux-ci seront en plus grande perte d'autonomie, tout comme eux-mêmes, le soutien de la parenté sera alors une source vers laquelle ils devront se tourner.

Dans le même ordre d'idées, Grossman, D'Augelli et Dragowski (2007) soulignent que, même si les aînés GL ont un large réseau de soutien, bien que cela puisse sembler paradoxal, il demeure important de se préoccuper de leurs besoins sur le plan du soutien informel. Ils constatent que certains aînés sentent qu'ils ne peuvent compter sur leur réseau social pour obtenir des soins. En fait, les auteurs avancent notamment comme explication qu'il est différent de recevoir du soutien de ses amis, comparativement à des soins pour des problèmes de santé physique ou mentale. Il est plutôt inhabituel pour une personne qui ne fait pas partie de la parenté de donner des soins personnels si l'aidant et l'aidé ne sont pas psychologiquement intimes, tels que des partenaires domestiques ou amoureux.

En résumé, le réseau de soutien social des aînés gais en perte d'autonomie demeure un élément important à prendre en compte en tant que ressource pouvant fournir des soins. Toutefois, ce soutien demeure complexe et plusieurs divergences entre individus ont été observées en ce qui a trait à l'étendue et la composition d'un tel réseau, la nature et l'appréciation du soutien qu'il peut potentiellement offrir. Quelle que soit l'étendue du réseau de soutien social, il n'en demeure pas moins que les services formels sont essentiels afin de répondre à leurs besoins particuliers.

1.2 Le rapport aux services sociaux et de santé des aînés gais

Les résultats de notre recension des écrits nous démontrent que peu d'études empiriques ont été réalisées spécifiquement sur notre objet de recherche, soit les pratiques sociales à domicile auprès des aînés gais. Néanmoins, certaines études rendent compte tant des expériences dans le contexte institutionnel que des services reçus à domicile des aînés GL et celles de leurs aidants (par exemple, Brotman *et al.*, 2007).

1.2.1 Discrimination

Un thème qui émerge de la littérature sur les aînés gais est celui de la discrimination. Il convient toutefois de faire la distinction, d'une part, entre les expériences réelles de discrimination qu'ont rencontrées les aînés gais dans le système de santé et, d'autre part, celles qui sont anticipées avant d'avoir accès aux services, jouant ainsi sur la volonté de divulguer leur orientation sexuelle aux professionnels de la santé (Brotman *et al.*, 2006). Dans un article portant spécifiquement sur les aidants d'aînés GL, Brotman *et al.* (2007) soulignent que la discrimination anticipée était fondée en grande partie sur les expériences négatives des aînés GL dans leurs relations avec le système de santé dans leur jeunesse, mais elle incluait aussi les histoires qu'ils ont entendu raconter par d'autres personnes ou leurs expériences de discrimination dans d'autres contextes tels que dans la famille, à l'école ou au travail. Ces expériences auraient pu faire en sorte qu'une personne développe une anticipation généralisée d'être discriminée.

Rappelons ainsi que le système de santé a été l'une des premières institutions à exercer du contrôle sur la vie des personnes GL. Les professionnels de la santé avaient, en quelque sorte, la tâche de « guérir » les personnes GL de leur pathologie associée à des attirances jugées malsaines envers une personne de même sexe. Certains se sont vu imposer des thérapies par électrochocs et des thérapies d'aversion (Daley, 1998; Dunlap, 1994, cité par Brotman, Ryan et Cormier, 2003). De cette façon, plusieurs aînés GL ont vécu des interventions médicales forcées et de la discrimination ouverte de la part des professionnels (Brotman, Ryan et Meyer, 2007).

Les professionnels de la santé contribueraient encore aujourd'hui au processus de stigmatisation des minorités sexuelles, notamment par des traitements pauvres et inégaux, de la négligence ou de l'hostilité. Les traitements négatifs mis en œuvre imputent un blâme sur les individus qui sous-tend que ces personnes n'ont pas droit aux services ou ne les méritent pas en raison de la manière dont ils ont « choisi » de vivre (Evans, 2001).

De fait, il a été bien documenté, dans les recherches aux États-Unis, dont celle de Cahill, South et Spade (2000), que les aînés GL subissent de la discrimination sous forme d'hétérosexisme, d'homophobie et d'âgisme dans leurs rapports aux services sociaux et de santé. Par ailleurs, une étude pancanadienne (Brotman, Ryan et Meyer, 2007) nuance ces expériences négatives dans le rapport aux services à Montréal : les aînés GL expriment que les services reçus sont généralement satisfaisants et positifs. Seulement quelques personnes parlent de leur peur de la discrimination et de mauvais traitements. Les auteurs font cependant remarquer qu'« en tant que cohorte, les aînés sont peu enclins à se plaindre des services reçus, surtout lorsqu'il y a un problème de discrimination, de peur que les rares services offerts soient retirés ou diminués, ce qui les rendrait plus vulnérables à la marginalisation, à l'isolement et, éventuellement, à la perte d'autonomie » (p. 106).

Price (2010) a tenté de décrire les stratégies identitaires de dix hommes gais et onze femmes lesbiennes, âgées de 20 à 69 ans, qui étaient les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer recevant des services à domicile en Grande-Bretagne. Dans les résultats de sa recherche, elle rapporte les expériences difficiles des aidants auprès des acteurs des services à domicile et des organisations communautaires. L'auteure constate, par exemple, que les participants devaient faire face aux présumés hétérosexistes des personnes leur prodiguant des soins. Sur ce point, certains employés avaient des interprétations erronées qui dénotaient un manque de sensibilisation aux réalités des GL. Price (2010) mentionne, à ce sujet, l'expérience d'un aidant dont les travailleurs sociaux présumaient que, puisqu'il était gai, il pouvait faire preuve de plus de flexibilité en raison de l'absence de responsabilité familiale présumée.

Sur ce point, Clover (2006) mentionne que les aînés GL ne reçoivent pas nécessairement des soins insensibles à leurs besoins, mais, plus que d'autres groupes vulnérables, ils sont à haut risque de mauvaises pratiques et ont des préoccupations particulières relativement aux relations avec le personnel soignant et aux conséquences de la divulgation des aspects de leur vie sexuelle. En ce sens, Wilton (2000) indique que les GL doivent constamment se demander s'il est sécuritaire de divulguer leur orientation sexuelle dans un rapport avec un intervenant professionnel. Dans le contexte particulier des services sociaux et de santé, au sein des équipes

de travail où l'information personnelle sur la clientèle est partagée, il ne s'agit pas seulement de prévoir comment la personne à qui on divulgue son orientation sexuelle va réagir, mais également si cette dernière va transmettre cette information à d'autres personnes et comment ces dernières, que l'on ne connaît pas, vont réagir. Ce manque de contrôle et cette imprévisibilité peuvent être particulièrement stressants et pourraient expliquer pourquoi certains GL préfèrent dissimuler leur orientation sexuelle.

Dans le même ordre d'idées, la dissimulation et le dévoilement de l'orientation sexuelle comportent tous deux des risques. Si la personne la divulgue, elle devra faire face aux réactions négatives possibles. Si elle garde cachée cette facette de sa vie, elle devra faire face au coût émotionnel du secret ainsi qu'être traitée comme une personne qu'elle n'est pas réellement. Conséquemment, dans les deux cas, il en résulte du stress, de l'anxiété, de la peur et de l'insécurité. Dans le contexte d'une maladie, il s'agit d'un fardeau de plus qui aura un effet sur la capacité de la personne de guérir, récupérer ou surmonter une crise, et de regagner de la force et un état de santé stable (Wilton, 2000).

En outre, toutes les formes de discrimination peuvent mener à la maladie mentale. Cette dernière peut être engendrée par l'oppression intériorisée ou la haine de soi, qui, elle, peut se manifester par le dégoût de soi et une faible estime (Kowszun et Malley, 1997, cité par Evans, 2001). De plus, la crainte de subir de la discrimination peut renforcer l'isolement social, qui peut, en retour, augmenter le risque de négligence de soi et entraîner une diminution à long terme de la qualité de vie et un risque de mortalité accrue.

À cet égard, d'après Rosenfeld (1999), les aînés GL conservent à leur âge avancé les stratégies de dissimulation auxquelles ils ont eu recours tout au long de leur vie. Ce phénomène, juxtaposé aux pratiques institutionnelles hétérosexistes, plus présentes dans les soins de santé auprès des aînés, fait en sorte que ces derniers consultent moins les services de santé et, lorsqu'ils le font, ils sont peu portés à dévoiler leur orientation sexuelle. Il en résulte une invisibilité accrue des aînés GL, ce qui, en conséquence, limite l'adaptation des services à leurs besoins spécifiques (Brotman, Ryan et Meyer, 2007).

Dans la littérature, on évoque généralement l'ignorance des réalités et des besoins des aînés GL en raison du manque de formation des intervenants. En ce sens, Wilton (2000) constate trois aspects récurrents chez les praticiens en santé qui portent préjudice aux minorités sexuelles : le malaise personnel qu'elle associe au manque de professionnalisme lié justement aux très rares formations sur les réalités homosexuelles, la surprotection de la vie privée au détriment de la nécessité d'être proactif en matière de sexualité et l'ignorance des besoins spécifiques des minorités sexuelles et des interventions distinctes qui passe sous la logique trompeuse qu'il faut traiter chaque personne de manière égale. Wilton (2000) montre clairement la différence entre *treating everyone the same* (donner des services de façon équitable) et *treating everyone as if they were the same* (ignorer les besoins spécifiques, donc ne pas donner des services de façon *appropriée*).

1.2.2 L'intervention sociale à domicile

Sur le plan de la santé et des services sociaux aux aînés, plusieurs étapes se sont succédées depuis les trente dernières années, menant à l'orientation ministérielle du soutien à domicile comme premier choix à considérer (MSSS, 2003). Par ailleurs, les services de soutien à domicile ne visent pas seulement les personnes âgées en perte d'autonomie, mais également d'autres clientèles comme les personnes handicapées, les personnes présentant des troubles de santé mentale et celles nécessitant des soins de convalescence ou palliatifs. Ainsi, dans la foulée de la désinstitutionnalisation des personnes âgées et du virage ambulatoire, le discours entourant le soutien à domicile s'est vu marqué notamment par l'idée que les services à domicile sont moins coûteux que l'hébergement, que les personnes âgées souhaitent d'abord et avant tout vivre dans leur chez-soi et que le soutien à domicile est une garantie de bien-être et de maintien de l'autonomie (Fournier, 2011). Plusieurs moyens sont donc mis en œuvre pour aider les personnes; notons particulièrement les soins et services professionnels (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes) et les services d'aide tels les soins d'hygiène ou l'entretien ménager. Ainsi, plusieurs personnes travaillent dans le domicile des aînés, un contexte particulier d'intervention, comme le soulève *La Politique de soutien à domicile* du ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Le domicile est un lieu d'intimité où un individu réalise des activités, entretient des relations interpersonnelles, remplit des rôles sociaux, bref un milieu de vie.

L'intervention à domicile s'inscrit toujours dans une réalité familiale et culturelle particulière. Pour cette raison, le domicile ne peut être considéré comme un simple « site » de soins. (MSSS, 2003, p.7)

La logique derrière cette considération est la prise en compte de l'aspect privé du domicile et du respect des valeurs des personnes dans ce contexte. À ce sujet, certaines études sur l'adaptation des services à domicile auprès de clientèles ayant des besoins particuliers ont été effectuées, mais pas, à notre connaissance, sur la spécificité de l'intervention à domicile auprès des aînés GL. Toutefois, des études canadiennes et québécoises se sont intéressées aux besoins des aînés GL dans le cadre des services sociaux et de santé, et en matière d'hébergement.

Les études sur l'intervention psychosociale à domicile se sont notamment intéressées à la proximité relationnelle et à la prise en compte du concept de chez-soi sur l'intervention. Nous avons retenu l'étude de Morin *et al.* (2009) et les articles de Mario Paquet (2012) qui présentent des enjeux en lien avec notre objet de recherche.

Dans une recherche axée sur la signification du chez-soi dont le but était d'identifier les aspects facilitant l'intervention psychosociale au chez-soi, Morin *et al.* (2009) ont relevé certains thèmes qu'ils qualifient d'opportunités à l'intervention à domicile et d'autres soulevant des enjeux dans ce contexte. D'abord, l'évaluation à domicile permettrait d'avoir une image plus juste et plus globale de l'utilisateur pour les intervenants. En fait, les observations effectuées dans l'environnement domiciliaire permettent d'obtenir de l'information notamment sur la sécurité, l'hygiène corporelle ou les conditions de vie. Également, en rejoignant les personnes à leur domicile, cela faciliterait pour elles l'accès aux services psychosociaux. Aussi, le domicile offre la possibilité d'inclure l'entourage dans les interventions, rendant ainsi celles-ci plus efficaces. Autrement dit, les usagers de l'étude considèrent avoir « une meilleure qualité du service reçu à domicile en opposition aux services reçus au bureau de l'intervenant, notamment en termes d'une plus grande disponibilité du professionnel » (p. 116). D'autres aspects positifs de l'intervention à domicile concernent l'aisance des usagers, le lien et la proximité. En fait, lorsque les usagers reçoivent des services à domicile, ils sont plus à l'aise d'être eux-mêmes et se permettent de se comporter d'une

manière dont ils n'oseraient pas en institution. Enfin, « le fait que les services psychosociaux soient dispensés à domicile dans la sphère privée, une meilleure relation [peut s'établir] entre l'intervenant et l'utilisateur, et ce, malgré le caractère potentiellement intrusif des services à domicile » (p. 118). On explique par exemple que la convivialité du domicile permettrait d'établir plus facilement un lien de confiance et serait un lieu qui incite à la confiance.

Toutefois, l'intervention psychosociale au domicile comporterait également certains aspects négatifs. Nous avons retenu sur ce point les thèmes de l'intrusion dans l'intimité et l'institutionnalisation du domicile. D'une part, tant les intervenants que les usagers ont discuté du malaise qu'il peut y avoir lorsque les intervenants entrent dans la sphère privée du domicile. Une intervenante dit ressentir parfois un malaise lorsqu'elle s'introduit dans l'intimité de la personne et qu'elle a accès à de l'information parfois en dépit de sa volonté. Aussi, « la crainte des usagers d'être jugés par les intervenants qui les visitent à leur domicile est ressortie des entrevues effectuées auprès de la clientèle » (p. 126). Le sentiment d'intrusion peut ainsi engendrer de la méfiance chez les usagers et les amener à refuser les services à domicile.

D'autre part, certains usagers, lourdement handicapés, recevant une haute intensité de services, évoquent également un sentiment d'intrusion relativement au roulement des travailleurs qui viennent à domicile. En ce sens, le quotidien des usagers s'en voit affecté, notamment en raison de l'horaire des services. Morin *et al.* (2009) parlent ainsi des risques d'institutionnalisation du domicile.

Dans un recueil de texte sur les liens de proximité en soutien à domicile dans la région de Lanaudière, Mario Paquet (2012) présente une série d'articles sur les facteurs influençant la proximité relationnelle entre les intervenants et les usagers recevant des services à domicile. On y soutient que cinq facteurs principaux sont à considérer, soit les dimensions du respect, le « domicile comme espace d'intervention », le « "partage réciproque" où s'entremêlent valeurs et attitudes communes, affinités et dialogue », « la pertinence de l'approche » et « la gestion des services de santé et des services sociaux » (Paquet et Falardeau, 2012a, p. 23-24).

Dans un article écrit avec la collaboration de Marlène Falardeau, les auteurs font le constat « que le respect est le principe fondateur par lequel le lien de proximité émerge et se maintient. Lorsque le respect est présent dans la relation en soutien à domicile, la confiance peut s'établir, puis se maintenir, voire s'approfondir » (p. 11). Paquet et Falardeau (2012a) décrivent ainsi les différentes composantes du respect qu'ils ont relevé auprès des participants de l'étude.

Il a été démontré que, le respect c'est d'être patient avec la personne aidée dans le processus d'accompagnement des soins. Le respect c'est être discret, ce qui signifie réserve, retenue, pudeur, délicatesse, discernement et tact. Le respect c'est aussi le toucher respectueux dans l'intimité du corps. C'est être authentique, ce qui veut dire être vrai, soi-même avec l'autre, être à sa place comme acteur en soutien à domicile et aimer ce que l'on fait comme travail. Le respect c'est être jovial par l'expression d'une bonne humeur qui est propice à créer une ambiance agréable où le plaisir, les rires et les sourires sont présents. Le respect c'est l'écoute active, c'est-à-dire être une oreille attentive, des yeux et un cœur qui assurent une qualité de présence par l'accueil de l'autre dans ce qu'elle est et ce qu'elle vit. Le respect c'est le dévouement qui implique des gestes de serviabilité et de générosité. Ces gestes prennent souvent la forme de petits extras qui ne font pas partie formellement des tâches habituelles, mais qui font la différence sur la qualité de vie des personnes aidées. Finalement, le respect c'est l'ouverture à l'autre, à une forme de réciprocité. C'est la volonté de développer un lien de proximité à distance pour se protéger, de part et d'autre, dans la dynamique du lien, du potentiel « piège de l'abus ». (p. 19)

Dans un article subséquent, Paquet et Falardeau (2012b) examinent la façon dont certains facteurs, notamment le contexte du domicile, le partage réciproque et l'approche, maintiennent les liens de proximité entre un usager et un intervenant dans le contexte des services à domicile. En effet, le domicile est un espace « naturel » où il est possible de s'exprimer en toute liberté et en toute familiarité. Il incite à l'intimité et facilite ainsi la création de liens. Quant au « partage réciproque », il a été fait mention de l'intérêt, pour les personnes aidées et intervenantes, de se reconnaître des affinités, de valoriser le dialogue et de partager des valeurs communes. En ce qui a trait à l'approche, elle doit d'abord s'inspirer de valeurs humanistes en tenant compte de la dimension affective dans la relation de soins. En parallèle, les liens de proximité sont tributaires de principes d'intervention comme la clarté, la progression et le nivellement. S'ajoute à ce qui précède, l'utilisation avec prudence d'outils pour bien évaluer les besoins et intervenir efficacement (p. 30).

En ce qui a trait aux facteurs associés à la gestion de la santé et des services sociaux, Paquet et Falardeau (2012c) ont relevé notamment des enjeux par rapport au budget, au temps en présence à l'usager, à la coordination et à la bureaucratisation des services. Les auteurs mettent de l'avant les défis de rendre des services de qualité aux usagers dans un contexte de pénurie des ressources et du sous-financement des services à domicile. Ils s'interrogent entre autres sur les mesures en place permettant l'arrimage entre les besoins des usagers et les services prodigués ainsi que de la continuité des services. En fait, nous devons retenir que les liens de proximité sont également influencés par la qualité des services, qui elle découle des décisions managériales et politiques.

Comme le témoignent les articles du recueil de Mario Paquet (2012), malgré l'importance des habiletés relationnelles et professionnelles des intervenants dans la création des liens de proximité à domicile, d'autres facteurs, tels que les caractéristiques des usagers ou le contexte organisationnel, entrent aussi en ligne de compte dans l'expérience de soins.

1.3 Les stratégies identitaires des aînés gais

Dans cette section, nous avons voulu documenter théoriquement et empiriquement les stratégies identitaires que les aînés gais utilisent dans leurs relations auprès des intervenants de la santé et des services sociaux en ciblant particulièrement le contexte des services à domicile. En première partie, nous aborderons certaines définitions et cadres conceptuels afin de clarifier l'usage des termes sur le *coming out* et de faciliter la compréhension des parties subséquentes. En deuxième partie, nous présenterons les différentes stratégies identitaires et, finalement, en troisième partie, les facteurs qui influencent ces stratégies.

1.3.1 Les stratégies identitaires : mise en contexte

Un tour d'horizon de la littérature scientifique spécifiquement sur les stratégies identitaires des minorités sexuelles nous a amené au constat que peu d'études abordent ce phénomène dans le contexte des établissements de services sociaux et de santé ou dans le cadre du domicile et encore moins chez les aînés gais. Nous avons dû élargir notre perspective en incluant des recherches qui documentent les stratégies d'autres groupes d'âge ou qui comportent tant les gais, les lesbiennes que les bisexuel-les, des recherches abordant le vécu

des aidants gais ou lesbiennes d'un usager recevant des soins et également en diversifiant les terrains de recherche (au travail, au sein des établissements de santé ou à domicile).

Nous avons recensé plusieurs articles qui proposent des définitions différentes de ce qu'on appelle les stratégies identitaires. En langue anglaise, on retrouve souvent les termes *sexual identity management strategies* ou *stigma management strategies*, *self-disclosure* ou bien *coping strategies*. Ce que ces définitions ont en commun et ce qu'elles signalent au fond, c'est qu'en raison du potentiel d'être stigmatisé relié à son identité homosexuelle, les personnes adoptent différents comportements pour faire face aux situations pouvant les rendre mal à l'aise ou leur porter préjudice.

Sur ce point, Goffman (1975) utilise l'expression « techniques de contrôle de l'information » en faisant référence aux diverses stratégies qu'utilisent les individus stigmatisés afin de contrôler l'information sur eux-mêmes, c'est-à-dire les différentes facettes de leur identité sociale. Toutefois, comme nous le présenterons dans le chapitre sur notre cadre théorique, Goffman fait une différence entre les personnes discréditées, dont le stigmate est visible, et celles discréditables, dont le stigma ne se révèle pas aussi explicitement. Ainsi, ces dernières doivent composer avec des difficultés particulières au quotidien : « Le problème n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux que de savoir manipuler de l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer; la dire ou ne pas la dire; feindre ou ne pas feindre; mentir ou ne pas mentir; et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand » (Goffman, 1975, p. 57). C'est donc à travers ces diverses façons de présenter son identité dans des contextes variés que sont abordées les stratégies identitaires des aînés gais dans notre recherche.

En outre, nous avons noté, lors de notre revue de littérature, que les termes *coming out* et *disclosure* étaient utilisés comme synonymes de tout dévoilement de l'orientation sexuelle, que ce soit relativement aux premiers dévoilements à la famille ou aux amis proches, le dévoilement dans un nouveau milieu de travail ou auprès des professionnels de la santé et des services sociaux. Il nous semble nécessaire d'apporter des précisions à ce sujet. En fait,

d'après la plupart des modèles théoriques, le *coming out* est un processus de construction de l'identité sexuelle³ dont le dévoilement de l'orientation sexuelle est une étape nécessaire afin de finaliser, en quelque sorte, le développement de l'identité (Hunter, 2005).

Il importe donc de préciser que, dans le cadre de ce mémoire, le terme « stratégies identitaires » suggère plutôt que les personnes ont déjà expérimenté le processus du *coming out* dans leur jeunesse ou à l'âge adulte et s'auto-identifient comme homme gai. Néanmoins, indiquons au passage que plusieurs aînés gais ont fait leur *coming out* à l'âge adulte et après avoir été mariés. Dans l'étude de D'Augelli et Grossman (2001), l'âge moyen des aînés LGB rencontrés était de 70 ans et, parmi ceux-ci, le dévoilement de l'orientation sexuelle le plus précoce observé a été à l'âge de 10 ans et le plus tardif à l'âge de 68 ans. On remarque aussi que plus de la moitié n'ont pas dévoilé leur orientation sexuelle à leurs parents et que seulement 38 % étaient connus en tant que personne LGB par plus du trois quarts de leurs connaissances. Le quart n'ont pas dévoilé leur orientation sexuelle à leurs collègues et près de la moitié à leur employeur. Notons que, malgré le fait que la recherche de D'Augelli et Grossman (2001) date de quelques années, les résultats obtenus montrent de grandes variations quant au dévoilement et suggèrent l'influence du contexte socio-historique comme un aspect important à considérer chez une cohorte d'aînés de différents âges

1.3.2 Comprendre les stratégies de divulgation/dissimulation

L'utilisation de stratégies identitaires est un processus flexible, dynamique et complexe plutôt qu'une détermination simple du fait de dévoiler ou pas son identité sexuelle (Balsam et Mohr, 2007). D'autres auteurs soutiennent aussi que le dévoilement de l'identité sexuelle est un processus, mais surtout un processus qui ne se termine jamais (Ward et Winstanley, 2005). En effet, dans le cadre de cette recherche, les aînés gais se retrouvent souvent avec de nouvelles personnes les visitant dans leur domicile afin de leur donner des soins. Ils doivent ainsi réévaluer les modalités de divulgation ou de dissimulation de leur identité homosexuelle auprès de celles-ci.

³ Dans ce mémoire, le terme identité sexuelle fait référence à la sexualité et non pas à l'identité de genre. Il inclut, dans les recherches recensées, tant les personnes bisexuelles qu'homosexuelles. Lorsque nous parlerons spécifiquement des personnes homosexuelles, nous utiliserons le terme identité homosexuelle.

Sur le plan des stratégies identitaires dans le contexte des services sociaux, nous avons relevé le doctorat en soins infirmiers d'Hitchcock (1989) qui fut l'objet d'un article par la suite (Hitchcock et Wilson, 1992). Même si la recherche date de plus d'une vingtaine d'années, plusieurs chercheurs utilisent encore la conceptualisation des stratégies de divulgation/dissimulation, souvent adaptée et bonifiée, proposée par l'auteure. En bref, le modèle indique que, compte tenu de la nature potentiellement risquée de divulguer son orientation sexuelle, la décision de faire son *coming out* est basée sur des efforts actifs des femmes lesbiennes avant et durant le contact auprès de l'établissement de santé. Des stratégies imaginatives (des scénarios de visualisation par exemple) et cognitives sont déployées par les lesbiennes afin d'assurer leur sécurité. Dans une approche interactionniste, l'auteure pointe ainsi trois conditions interagissant sur les facteurs associés au dévoilement : les caractéristiques du patient, la pertinence perçue et le contexte des soins de santé. La prise en compte de ces facteurs amène les femmes lesbiennes à adopter quatre stratégies possibles : 1) la divulgation passive (*passive disclosure*), 2) la dissimulation passive (*passive non-disclosure*), 3) le dévoilement actif (*active disclosure*) et 4) la dissimulation active (*active non-disclosure*). En ce qui a trait aux stratégies passives, Hitchcock (1989) explique que dans les deux cas, les femmes présentent des indices quant à leur orientation sexuelle, sans pourtant l'affirmer directement ou la démentir. Toutefois, la différence entre les stratégies de divulgation passive et de la dissimulation passive dépend de la nature des indices; ils seraient moins distinctifs dans le cas de la dissimulation. Sur le plan des stratégies actives, le dévoilement actif est le fait de dévoiler directement son orientation sexuelle aux intervenants alors que dans l'autre cas, les femmes se présentent délibérément comme hétérosexuelles ou ne contredisent pas les intervenants qui présument qu'elles sont hétérosexuelles. Ainsi, le modèle conceptuel d'Hitchcock (1989) nous permet de présenter les différentes recherches empiriques suivantes qui se basent sur ces stratégies de divulgation/dissimulation.

Divulgation active

Dans une étude exploratoire menée à Montréal auprès de 10 femmes lesbiennes de 60 ans et plus et de 11 intervenants du secteur de l'hébergement, Chamberland et Paquin (2004) documentent les spécificités, possibilités et difficultés appréhendées par les femmes lesbiennes

âinées en matière de services résidentiels. Elles retracent deux types de stratégies de dévoilement : celles directes et celles indirectes. En premier lieu, « le dévoilement direct désigne une démarche initiée par la participante dans le but déterminé de faire connaître son lesbianisme à son interlocutrice, interlocuteur ou de le confronter par rapport à cette réalité afin de l'amener à le reconnaître comme un fait permanent » (p.75). Ce type de dévoilement est souvent utilisé lors d'un *coming out* ou lorsque les participantes rencontrent de nouvelles personnes. Dans une recherche auprès de 38 hommes gais montréalais sur les facteurs qui influencent leurs stratégies identitaires dans différentes sphères de leur vie, Cain (1991) a également identifié ce type de dévoilement sous le terme de *preventive disclosure*. Ce type de dévoilement est fait dans le but d'éviter des problèmes anticipés. Certains participants préfèrent être proactifs et divulguer leur orientation sexuelle lors d'entrevues d'embauche pour éviter des problèmes plus tard dans leur carrière. D'autres révèlent qu'ils sont gais à leurs médecins afin de s'assurer d'avoir des soins médicaux appropriés.

Dans le même ordre d'idées, Price (2010) a tenté de décrire les stratégies identitaires de dix hommes gais et onze femmes lesbiennes, âgés de 20 à 69 ans, qui étaient les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer recevant des services à domicile en Grande-Bretagne. Sur le plan des stratégies de divulgation qu'elle nomme actives, mais qui réfèrent à une action directe, certaines personnes ont dû choisir ou ont été obligées de contester des suppositions erronées ou hétérosexistes effectuées par les intervenants se rendant à leur domicile pour donner des soins aux personnes aidées par ces personnes GL. En effet, on présumait parfois, par exemple, que certains couples d'hommes gais étaient des frères. Cette stratégie active permettait, notamment à l'un des participants, une prise de contrôle des situations difficiles à gérer incluant le flux constant des fournisseurs de soins qui entraient et sortaient de son domicile. L'auteure souligne que ce type de dévoilement employé par les participants, bien qu'il ait suscité différentes réactions chez les fournisseurs de soins, parfois très positives ou un peu plus négatives, et qu'il soit libérateur pour les aidants, est la stratégie la plus risquée. Ceux-ci ne pouvaient pas, en effet, prédire précisément les réactions des fournisseurs, comme l'acceptation, le mépris ou le rejet de la personne, sur la base de leur divulgation.

Dans sa thèse de doctorat sur les expériences de 19 personnes GL de 50 ans et plus en tant qu'aidants de leur partenaire du même sexe ayant une maladie chronique, Hash (2001) discute également de leurs stratégies identitaires auprès des professionnels de la santé de tous milieux confondus (hôpitaux, établissements de soins de longue durée, services à domicile, cabinet de médecin privé). Elle remarque que certains aidants ont préconisé une verbalisation directe de la nature de leur relation avec la personne qu'ils aident, considérant qu'il pourrait y avoir une certaine incompréhension quant à savoir qui étaient l'aidant et la personne significative. Sur ce point, la divulgation verbale s'est faite dès la première rencontre avec le professionnel. Pour d'autres, la divulgation verbale ne s'est pas faite avant de ressentir le besoin de clarifier leur relation, dans le cas, par exemple, d'un chirurgien qui assumait que l'aidante d'une malade était seulement une amie.

Divulgation passive

Dans leur recherche, Chamberland et Paquin (2004) remarquent que la stratégie la plus répandue est celle du dévoilement indirect, qu'elles définissent comme « une manière de rendre visible sa réalité de lesbienne en adoptant des comportements révélateurs, mais sans aborder directement la question et sans confrontation » (p. 75). Les auteures donnent l'exemple d'une participante qui, sans avoir affirmée directement qu'elle était lesbienne, est accompagnée de sa conjointe lorsqu'elle rencontre un membre de sa famille.

Price (2010), qui parle plutôt de divulgation passive, mentionne que pour certains aidants, il n'était pas nécessaire de fournir des indices quant à leur identité, puisque ceux-ci étaient facilement visibles pour la personne entrant dans la sphère privée de leur domicile. Elle donne l'exemple d'une participante qui était l'aidante d'une amie ayant une démence, dont les indices révélant sa sexualité, tels que la présence du partenaire, des photos et de la littérature gaie, étaient très clairs et évidents pour la personne venant à son domicile. La chercheuse remarque que pour certains participants, il n'était pas possible de dissimuler des indices quant à leur sexualité. Cependant, cette situation pouvait être vécue soit comme une perte de pouvoir ou, au contraire, une affirmation du pouvoir dans leur domicile, en contrôlant les règles dans leur chez-soi particulièrement auprès des fournisseurs de services. Chamberland et Paquin

(2004) soutiennent également que les participantes emploient des stratégies passives, qualifiées de « non-dits », qui peuvent rendre évidente leur identité homosexuelle. Par exemple, elles mentionnent que certaines participantes ont apposé un petit drapeau gai sur la plaque de leur voiture ou porte un bracelet affichant les couleurs de l'arc-en-ciel.

Hash (2001) rapporte, en ce sens, que des participants de son étude ont évoqué ne pas avoir divulgué directement verbalement la nature de leur relation avec la personne aidée, présumant que le professionnel comprenait que la dyade aidant-aidé formait un couple. Ainsi, des participants relatent que des indices rendent évidente leur union avec la personne aidée : par exemple, la façon dont ils les touchent ou en prennent soin physiquement, la façon dont ils leur parlent, leur présence constante lors des rendez-vous chez le médecin avec leur conjoint et le fait qu'ils habitent dans la même maison, mais qu'ils ne sont pas de la même famille.

Dans l'article de Brotman, Ryan et Meyer (2007), les auteurs font remarquer qu'un thème émergent quant aux stratégies identitaires des aînés GL est celui du « Ne demande rien/Ne raconte rien ». En fait, les aînés étaient portés à ne pas se dévoiler, notamment auprès des fournisseurs de services sociaux ou de santé, si la question n'était pas initiée. Les auteurs ajoutent que « beaucoup d'aînés mentionnent qu'ils tiennent pour acquis tout simplement que les gens connaissent leur orientation sexuelle de par leur style de vie, leur cercle d'amis, leurs activités ou leur statut familial » (p.100) et donc, qu'il n'est pas nécessaire, selon eux, de dévoiler directement son identité homosexuelle.

Dissimulation active

Chamberland et Paquin (2004) distinguent deux types de dissimulation : celle active et celle passive. D'une part, « la dissimulation active se définit par l'adoption délibérée d'un comportement destiné à cacher ou démentir l'orientation sexuelle de la personne qui opte pour cette conduite » (p.77). Par exemple, des auteurs indiquent que des hommes gais et des femmes lesbiennes peuvent cacher des objets qui pourraient permettre d'identifier leur sexualité lorsque des voisins hétérosexuels, des membres de leur famille ou des vendeurs itinérants se présentent à leur domicile (Elwood, 2000; Johnston et Valentine, 1995; Kirby et Hay, 1997 cité par Gorman-Murray, 2006). D'autres auteurs font le constat que la plupart des

couples gais qu'ils ont interviewés utilisent des chambres séparées afin de convaincre les visiteurs hétérosexuels qu'ils n'entretiennent pas de relations intimes entre eux (Kirby et Hay, 1997 cité par Gorman-Murray, 2006).

Certains auteurs ont documenté des stratégies de dissimulation que nous pouvons qualifier d'actives : éviter toute conversation concernant la sexualité, prendre une distance vis-à-vis des autres (particulièrement les autres homosexuels), référer au conjoint sous une forme neutre à l'égard du genre ou prétendre être un hétérosexuel en inventant une relation avec une personne du sexe opposé (Cain 1991; Goffman, 1975; Ward et Winstanley 2005). Dans sa recherche auprès d'aidants GL recevant des services à domicile, Price (2010) n'a relevé aucune dissimulation active, ce qui, selon elle, vient contraster avec les stratégies identitaires connues des aînés GL dans le contexte des services sociaux et de santé. Elle indique à ce sujet que les participants ne pouvaient pas dissimuler leur identité homosexuelle, puisqu'ils recevaient des services à domicile et qu'ils utilisaient des services de soutien de la communauté.

Dissimulation passive

« La dissimulation passive consiste à éviter de fournir des indices identifiant leur orientation sexuelle ou à contourner les situations qui pourraient être compromettantes, sans toutefois mentir ou modifier profondément son mode de vie pour y arriver : les zones floues sont souvent mises à profit et l'ambiguïté est fort utile » (Chamberland et Paquin, 2004, p.78). Ce type de dissimulation est toujours présent, mais est utilisé plus ou moins fréquemment parmi les participantes. Les stratégies de vocabulaire et de langage dans la sphère publique fournissent de bons exemples. Notons l'emploi des termes « amie » et « copine », ou en anglais le terme « partner » pour désigner leur conjointe.

Pour Price (2010), la stratégie identitaire la plus employée était la dissimulation passive, c'est-à-dire que l'aidant ne dévoilait pas sa vraie identité, ni ne donnait d'indices sur sa sexualité, tout en ne prétendant pas activement avoir une identité hétérosexuelle. Mentionnons le discours d'un aidant participant à un groupe de soutien qui expliquait que le processus de *coming out* requérait trop d'énergie émotionnelle alors que celle-ci pouvait plutôt être mise sur

la rigueur des soins. En outre, l'auteure attire notre attention sur le fait que les aidants étaient obligés de négocier la sécurité des situations individuelles avant de révéler leur sexualité à différentes personnes et services dans le contexte des soins. Pour pouvoir révéler leur identité homosexuelle de façon confidentielle aux fournisseurs de services, les participants devaient prévoir les réactions individuelles des intervenants en même temps que garder le contrôle sur ce processus. Ce n'est toutefois pas facile, compte tenu de la possibilité du partage d'informations entre les différents fournisseurs, d'où la difficulté de garder le contrôle et d'éviter d'augmenter le potentiel de réactions négatives et d'ajouter du stress à la condition, déjà stressante, des aidants.

1.3.3 Les facteurs influençant les stratégies identitaires

Lorsqu'ils reçoivent des services par les professionnels de la santé, les personnes GL utilisent des stratégies de divulgation et de dissimulation de leur orientation sexuelle qui dépendent d'une variété de facteurs. D'après notre recension des écrits à ce sujet, plusieurs études tentent de déterminer dans quelles mesures différents facteurs prennent plus ou moins d'importance pour amener les personnes GL à adopter telle ou telle stratégie identitaire. Comme nous le verrons plus bas, des caractéristiques tant personnelles (l'âge, le sexe, l'ouverture à se dévoiler, les expériences antérieures, la discrimination perçue), relationnelles (les caractéristiques des intervenants comme le sexe, l'orientation sexuelle, les habiletés professionnelles) que contextuelles (le type de soins, le milieu de soins) sont prises en compte. Considérant qu'il y a peu d'études spécifiquement sur les facteurs influençant les stratégies identitaires des aînés GL recevant des services à domicile, nous avons là aussi élargi notre aperçu des études en incluant d'autres groupes d'âge et d'autres contextes.

Dans cette perspective, l'étude d'Eliaison et Schope (2001), auprès de 88 personnes LGB américaines âgées de 20 à 70 ans, tente d'explorer les facteurs liés aux stratégies identitaires dans le contexte des services de santé, de même que les différents types de dévoilement/dissimulation et leur fréquence. Utilisant un modèle théorique adapté d'Hitchcock et Wilson (1992), ils constatent que 38 % des personnes ont évité les questions reliées à la sexualité alors que 37 % ont dévoilé directement leur identité sexuelle. Dans une

plus faible proportion, 15 % ont dévoilé indirectement leur identité sexuelle en mentionnant qu'ils avaient un partenaire de même sexe. Aussi, sur les 88 personnes, huit n'ont pas répondu à la question et une seule personne a menti sur son orientation sexuelle, ce qu'on désigne par la dissimulation active. L'étude démontre que les facteurs qui influencent le dévoilement relèvent des caractéristiques individuelles. Les auteurs soulèvent le lien entre le niveau de confort avec la sexualité et le fait de se dévoiler. Également, les femmes auraient plus tendance à se dévoiler que les hommes en raison de leur examen gynécologique incluant des questions sur leurs rapports sexuels, ce qui mène alors à une discussion sur la contraception. Les femmes de l'étude ont donc été, en quelque sorte, « forcées » de dévoiler leur identité sexuelle.

Dans une moins grande mesure, les caractéristiques des intervenants en santé ont également joué comme facteur sur le dévoilement de l'identité sexuelle des participants. Les personnes ayant évalué leur intervenant comme excellent sur plusieurs caractéristiques relationnelles avaient plus tendance à leur dévoiler leur identité sexuelle. Parmi ces caractéristiques, on note, entre autres, la chaleur humaine, la distance personnelle, le contact visuel, l'usage d'un langage inclusif et des habiletés relationnelles.

En résumé, les auteurs indiquent qu'il demeure encore difficile pour plusieurs personnes de dévoiler leur identité sexuelle aux intervenants en santé. Ils évoquent notamment que plusieurs participants, surtout des femmes, ont utilisé des stratégies de protection avant et pendant leur rendez-vous, comme surveiller de près les comportements des intervenants afin d'avoir des indices sur leur acceptation (36 %) ou s'informer sur cette acceptation auprès d'une tierce personne avant le rendez-vous (30 %), scruter l'environnement (l'établissement de soins) afin d'obtenir des indices sur les connaissances des intervenants sur les minorités sexuelles et leur acceptation (18 %) et être accompagné d'une autre personne lors du rendez-vous pour du soutien (6 %).

Eliason et Schope (2001) avancent une hypothèse intéressante quant à la différence selon le genre et les stratégies de protection. Bien que les femmes aient plus tendance à se dévoiler que les hommes, celles-ci se sentiraient moins à l'aise dans les établissements de santé que ces

derniers. Les auteurs expliquent que la socialisation des femmes les incite à être plus vigilantes dans les espaces publics en raison du double risque de sexisme et d'hétérosexisme. Par contraste, les hommes ont tendance à être socialisés de façon à s'attendre à des traitements justes de la part des autres et bien qu'ils aient eu des expériences négatives, ils restent à l'aise dans les établissements de santé.

Chamberland et Paquin (2004) identifient, quant à elles, trois facteurs qui influencent la décision des femmes lesbiennes âgées autonomes de divulguer ou dissimuler leur identité homosexuelle. D'une part, *la prudence* constitue un aspect important concernant le dilemme divulgation/dissimulation. En donnant comme exemple le contexte du travail, « [...] La grande prudence dont font preuve les femmes interviewées a amené une majorité d'entre elles à taire cette réalité dans leur milieu de travail actuel ou antérieur ou à en faire une divulgation très sélective » (p. 72). Cependant, si l'employeur affichait un signal clair d'ouverture auprès des personnes ayant une identité minoritaire, certaines lesbiennes étaient plus à l'aise de s'afficher publiquement.

D'autre part, *les avantages et inconvénients appréhendés* est un autre facteur important. Les avantages appréhendés dans la sphère publique concernent notamment « l'état de santé critique d'une conjointe, les avantages fiscaux, les dispositions légales favorables pour les couples en cas de décès ». Du côté de la sphère privée, les avantages sont, pour chacune des personnes d'un couple, de pouvoir notamment être intégrées dans les activités familiales. Cain (1991, p.71) a également relevé ce facteur qu'il pose en termes de coût/bénéfice. En effet, la décision de divulguer son orientation sexuelle dépend notamment des risques et du malaise encourus, mais aussi des gains qui y sont associés, tels qu'une proximité relationnelle, le sentiment d'être honnête ou de se respecter.

Enfin, *le degré d'intimité de la relation et le positionnement de la personne dans le réseau social* constituent le dernier facteur observé. Les participantes de l'étude de Chamberland et Paquin (2004) nomment l'importance de divulguer leur orientation sexuelle dans un désir de proximité relationnelle.

Dans son étude sur les stratégies identitaires d'hommes gais, Cain (1991) identifie d'autres facteurs qui peuvent motiver une personne homosexuelle à dévoiler son orientation sexuelle dans divers contextes. Cet auteur précise que les raisons qui poussent une personne à dévoiler son identité homosexuelle sont d'emblée déterminées sur une base situationnelle, en mettant de l'avant l'influence des interactions entre individus. Il nomme les éléments suivants à prendre en compte : la nervosité de la personne; la nature de sa relation avec l'autre personne; la possibilité d'acceptation ou de rejet selon sa perception; le contexte social immédiat et la pertinence d'une révélation personnelle; le degré d'acceptation de l'individu quant à sa propre homosexualité.

Dans une recension d'articles parus entre 1990 et 2009 sur la relation des femmes lesbiennes avec des professionnels de la santé de première ligne, St. Pierre (2012) s'intéresse aux conditions facilitant le dévoilement de leur orientation sexuelle. Elle s'appuie sur le modèle du *Personnal Risking theory* de Hitchcock et Wilson (1992) que nous avons présenté précédemment. Sa revue de littérature exclut les études sur les hommes gais auprès de leurs professionnels de santé, notamment en raison du modèle de Hitchcock et Wilson (1992) qui ne concerne que les femmes, car les hommes gais considéreraient peu risqué le dévoilement de leur orientation sexuelle (Beehler, 2001). De plus, les comparaisons entre les hommes gais et les femmes lesbiennes seraient moins appropriées, d'après les auteurs des articles recensés, que celles entre les femmes lesbiennes et hétérosexuelles. Néanmoins, certains facteurs nous apparaissent être des pistes pertinentes à explorer.

Dans cette perspective, St. Pierre (2012) a observé que sur le plan des caractéristiques personnelles des femmes lesbiennes, l'état de santé, l'ouverture globale relativement à son homosexualité ainsi que l'état civil (être en couple) ont influencé leur disposition à divulguer leur orientation sexuelle aux professionnels de la santé. Toutefois, dans près du quart des cas, la pertinence perçue est un facteur prédisposant au dévoilement. Cependant, la perception de la pertinence a tendance à être associée à des problèmes gynécologiques plutôt que non gynécologiques.

Le contexte des soins de santé a également été identifié comme une autre condition influençant le dévoilement. L'aspect relatif au sentiment de sécurité et le fait qu'on ait questionnées les femmes sur leur orientation sexuelle a été, pour la moitié des études recensées, un facteur facilitant le dévoilement. Des éléments relativement au lieu, tels que l'absence d'homophobie, la présence de symboles gais ou lesbiens ou de l'information sur la santé des minorités sexuelles dans la salle d'attente, prédisposent également au dévoilement. Dans le même sens, la confidentialité a aussi été soulevée comme un facteur important influençant les stratégies identitaires. Les femmes lesbiennes voulaient savoir si leur lesbianisme serait inscrit au dossier médical et qui aurait accès par la suite à cette information. En outre, le type d'établissement est aussi considéré par les femmes lesbiennes avant de se dévoiler. Par exemple, les femmes préféreraient les cliniques alternatives pour femmes ou spécifiques à la santé sexuelle puisqu'elles y perçoivent une plus grande acceptation des femmes lesbiennes par les professionnels.

Dans le même ordre d'idées, St. Pierre relève, dans sa revue de littérature, des facteurs associés aux caractéristiques des intervenants. Par exemple, elle discute du fait que les résultats d'études quant au genre de l'intervenant, féminin dans ce cas, comme variable facilitant le dévoilement de l'identité homosexuelle, sont plutôt mitigés. Ce serait d'autres caractéristiques telles qu'une sensibilité à l'égard des lesbiennes, l'inclusion des partenaires de même sexe dans les pratiques ou d'autres éléments reliés aux habiletés professionnelles comme la compétence ou l'empathie qui faciliteraient le dévoilement de l'identité homosexuelle. D'autres facteurs, plus interactionnels cette fois, qui entrent en jeu dans la relation professionnel-usager, peuvent faciliter le dévoilement. St. Pierre (2012) nomme, parmi ces facteurs, la confiance envers leur professionnel et l'aisance à communiquer avec lui. Toutefois, d'autres résultats plutôt mitigés ont été constatés à propos du lien entre le degré de familiarité du patient avec l'intervenant, tout comme leur degré de confort de façon générale, et le *coming out*.

Dans la recherche de Price (2010) discutée précédemment, trois facteurs liés entre eux ont eu un effet médiateur sur la décision de divulguer ou de dissimuler son orientation sexuelle chez les participants : les expériences de réactions négatives relativement à leur sexualité, leurs

sentiments perçus de discrimination et leur anticipation à des réactions négatives. Ces facteurs ont tempéré la volonté des participants de dévoiler explicitement leur sexualité aux fournisseurs de services et ont engendré une variété d'implications en ce qui a trait à leurs expériences d'aidants. En ce sens, le stress anticipé et les réactions négatives, anticipées ou réelles, des fournisseurs de services ont compromis, dans leur rôle d'aidant, le soutien qu'ils offrent à leur proche ayant une démence.

Nous pouvons conclure de ces études qu'un ensemble de facteurs, à la fois personnels, relationnels et contextuels, influencent l'adoption d'une stratégie identitaire et donc supposer qu'il en va de même dans le contexte des soins à domicile.

1.4 L'adaptation des pratiques sociales auprès des aînés gais

1.4.1 Les besoins spécifiques des aînés gais

Dans son mémoire de maîtrise en gérontologie, Johnston (2008) a questionné 17 aînés-es GL de la région de métropolitaine de Vancouver sur leurs besoins spécifiques en matière de santé. Du nombre total, 63 % ont répondu ne pas les connaître ou ont indiqué ne pas avoir de besoins spécifiques. Pour les autres, cinq thèmes ont émergé des analyses : 1) les soins en résidences publiques pour aînés, 2) le soutien des réseaux sociaux/par les pairs, 3) le soutien à la santé mentale, 4) la reconnaissance/visibilité, et 5) la prestation de soins par les proches aidants.

Tout d'abord, l'institutionnalisation est un thème commun chez les participants. Certains s'inquiètent de la compétence du personnel ou souhaitent résider dans un environnement *gay-friendly*. L'isolement est également un sujet important. Sur cet aspect, des participants aimeraient recevoir du soutien de leurs pairs et des activités spécifiquement pour les personnes GL. Aussi, il a été soulevé le besoin de services de soutien en santé mentale. Des participants évoquent des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie plus présents chez les aînés GL. L'un d'entre eux nomme les effets à long terme de la stigmatisation, comme le montre le passage révélateur suivant.

There was a lot of physical punishment, a lot of emotional put downs. And so all that stuff eventually catches up with you and then dealing with what I call the trauma of being gay, it's like one thing piling on top of one another... Being whipped with a dog leash or an extension cord. Always being told that I was stupid and I was useless and that I would never amount to anything. I have health problems, I have self esteem problems in a big way even now. I see myself as a failure even though there are successes there (male, age 52) (Johnston, 2008, p. 69)

La question de la reconnaissance et de la visibilité apparaît être un autre besoin prédominant pour les aînés GL de l'étude. Johnston (2008) soulève que les participants de sa recherche souhaitent que l'orientation sexuelle soit plus souvent abordée par les intervenants, une plus grande présence de la culture gaie dans la prestation des services et une reconnaissance des styles de vie alternatifs, des visions du monde, des normes de genre et des relations sexuelles chez les aînés. Certains aimeraient une reconnaissance dans la communauté *queer*, notamment parmi la cohorte d'aînés plus jeunes. Enfin, en ce qui a trait au besoin de prestation des soins, certains ont indiqué un besoin spécifique pour les soins informels, par exemple lorsqu'une personne ne peut compter sur le soutien de sa famille d'origine et qu'elle n'a pas d'enfant ni de conjoint. Certains ont, en ce sens, exprimé de l'incertitude face à leur avenir.

Du point de vue des aidants, Valenti et Katz (2014) ont mené une recherche dans 17 états américains et à Porto Rico, sur les besoins et perceptions des femmes proches aidantes LGBTQ. 76 femmes âgées de 35 à 91 ans, dont 17 ont participé à une entrevue non directive, ont été interrogées au sujet des réalités concernant leur rôle d'aidante, le stress, le soutien et les effets des politiques et des limitations légales actuelles imposées aux couples de même sexe. Quatre thèmes ont émergé des entrevues en profondeur : 1) la nécessité pour les professionnels de la santé d'offrir à la fois leur soutien et d'être compétents quant aux questions LGBTQ, 2) une meilleure reconnaissance, de la part des professionnels de la santé, des partenaires de même sexe et de leurs droits de prendre des décisions comme soignants principaux, 3) une augmentation des formations sensibles aux besoins des usagers LGBTQ et de leurs aidants et 4) des environnements plus ouverts et plus acceptants dans lesquels les usagers LGBTQ et leurs aidants peuvent se sentir à l'aise de discuter de leurs problèmes avec le personnel.

1.4.2 L'adaptation des pratiques sociales

Au Québec, deux formations (*Pour une nouvelle vision de l'homosexualité* et *Adaptez nos interventions aux réalités homosexuelles*), créées par l'Institut national de Santé publique du Québec, ont été dispensées au personnel de la santé et des services sociaux dans le but de les sensibiliser aux particularités de l'intervention auprès des minorités sexuelles. Plus spécifiquement pour les aînés GL, la *Fondation Émergence*, en partenariat avec l'organisme *Gai Écoute*, a mis sur pied le projet *Pour que vieillir soit gai* qui consiste à « un programme d'information et de sensibilisation aux réalités gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres (LGBT) destiné aux personnes qui œuvrent auprès des personnes âgées ou qui les côtoient » (Fondation Émergence, 2012). À l'intérieur de ce projet, l'organisme propose une *Charte de la bientraitance envers les personnes âgées homosexuelles* qui met de l'avant des principes à respecter visant à contrer l'homophobie que peuvent rencontrer ces personnes et à améliorer leur bien-être.

En outre, plusieurs recherches proposent des recommandations afin de mieux intervenir auprès des minorités sexuelles. En tout premier lieu, il importe que les intervenants prennent conscience, en s'engageant dans un travail d'autoréflexion, de leur propre point de vue à l'égard des orientations sexuelles (Healy, 2002). Ils se doivent de questionner leurs propres attitudes et croyances, et comprendre comment celles-ci peuvent avoir un impact sur leurs habiletés à dispenser efficacement des soins équitables et de qualité (Fredriksen-Goldsen, Hoy-Ellis, Goldsen, Emler, et Hooyman, 2014). Il apparaît donc évident que les connaissances, et donc la formation, sur les spécificités des minorités sexuelles âgées demeurent un aspect primordial. Également, il importe que les intervenants soient au courant des différentes ressources accueillantes pour aînés LGBT afin d'être en mesure de faire des références appropriées (Butler, 2004).

Comme nous l'avons souligné plus haut, le groupe des aînés gais est hétérogène (Pugh, 2002). Ce faisant, il est nécessaire de prendre en compte les similarités et les différences à l'intérieur des sous-groupes d'aînés LGBT, de même que l'intersection possible de diverses identités notamment reliées à l'âge, au genre, à la race ou à la condition de santé (Fredriksen-Goldsen,

Hoy-Ellis, Goldsen, Emler, et Hooyman, 2014). L'objectif est alors d'adapter les interventions stratégiques en santé afin de rejoindre l'ensemble des minorités sexuelles âgées ou différents sous-groupes ayant des besoins particuliers.

Plus spécifiquement sur les habiletés d'intervention, il est nécessaire que les praticiens ne présument pas de l'homosexualité des individus (Healy, 2002). L'utilisation de pronoms neutres lorsque nous les questionnons à propos des personnes significatives dans leur vie est de mise. Cette façon de faire leur laisse la possibilité de se dévoiler à leur aise s'ils le souhaitent. En outre, comme nous l'avons mentionné précédemment, certains aînés ayant des relations avec des individus de même sexe ne s'identifient pas au vocable « gai » et « lesbienne » (Broman, Ryan et Meyer, 2007). Il est donc essentiel que les intervenants possèdent des habiletés d'écoute active puisque plusieurs aînés LGBT attendent l'opportunité de communiquer avec les termes et le vocabulaire qu'ils préfèrent employer à l'égard de leurs relations intimes (Fredriksen-Goldsen, Hoy-Ellis, Goldsen, Emler, et Hooyman, 2014).

Il est également essentiel que les intervenants de la santé et des services sociaux reconnaissent les diverses structures des familles LGBT, de même que l'importance des « familles choisies » prodiguant du soutien tant instrumental, émotionnel que social (Muraco et Fredriksen-Goldsen, 2011). Cet élément est d'autant plus important lors de l'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile.

Enfin, dans un article sur les réalités et les besoins des aînés GL, Beauchamp (2013) a recensé huit pistes d'actions visant à contrer l'exclusion chez les minorités sexuelles âgées. Certains de ces éléments ont été mentionnés précédemment et sont appropriés en intervention individuelle. Toutefois, d'autres pistes visent le développement de ressources dans les communautés afin, notamment, de briser l'isolement. Notons au passage deux actions particulièrement importantes en ce sens, telles que « Créer des réseaux sociaux formels et informels par la mise en place de lieux de rencontres et d'échanges qui puissent être signifiants et rassembleurs pour les aînés GL » ou « Mettre sur pied des groupes de soutien adaptés aux besoins et aux réalités des gais et des lesbiennes (groupe d'aidants, de personnes endeuillées, etc.) » (p. 22). Ainsi, l'adaptation des pratiques sociales auprès des aînés gais s'effectue à différents niveaux, que ce

soit dans le cadre des interventions individuelles, sur le plan des politiques organisationnelles ou dans le cadre plus large du développement des ressources de la communauté.

1.5 Questionnements

Comme en témoigne notre recension des écrits, plusieurs études ont rendu compte de la discrimination envers des aînés gais en raison de leur orientation sexuelle par les professionnels de la santé et des services sociaux dans le contexte institutionnel. D'autres ont montré l'existence de pratiques hétérosexistes du personnel soignant ainsi que de la discrimination et de l'exclusion de la part des aînés hétérosexuels envers les aînés gais dans les résidences pour personnes âgées. Dans cette perspective, notre première question principale de recherche est la suivante : « Du point de vue des aînés gais, existe-t-il des formes de discrimination à leur égard dans le contexte des services à domicile ? ». Par conséquent, si tel est le cas, nous nous interrogeons également, en guise de deuxième question principale, sur les expériences des minorités sexuelles âgées relativement à leurs stratégies identitaires, c'est-à-dire « De quelles façons les aînés gais divulguent-ils ou dissimulent-ils leur identité homosexuelle lorsqu'ils reçoivent des services à domicile ? ».

D'autres questionnements découlent aussi de nos interrogations principales : « Est-ce que la divulgation de l'orientation sexuelle a des impacts positifs ou négatifs sur les services rendus ou sur la relation d'aide ? ». À ce sujet, il serait pertinent de sonder, également du point de vue des aînés, comment les intervenants réagissent et éventuellement adaptent leurs interventions en connaissant l'orientation sexuelle de la personne aidée. Dans cette logique, « Comment les services à domicile pourraient-ils être adaptés aux réalités particulières des aînés gais ? ».

1.6 Objectifs

Ce mémoire vise deux objectifs généraux et deux sous-objectifs que nous formulons comme suit :

Explorer le vécu des aînés gais recevant des services à domicile relativement à leurs stratégies identitaires (dévoilement/dissimulation de leur orientation sexuelle).

Comprendre quels facteurs influencent les stratégies identitaires (dévoilement/dissimulation) des aînés gais recevant des services sociaux et de santé dans le contexte du domicile.

Comprendre le lien entre la stigmatisation sexuelle possible dans le contexte des services sociaux et de santé à domicile et les stratégies identitaires (dévoilement/dissimulation) des aînés gais recevant ces services.

Décrire les besoins spécifiques des aînés gais en vue de l'adaptation des services à domicile.

1.7 Pertinence de la recherche

Le lecteur sait déjà que ce mémoire vise à explorer un phénomène encore peu abordé en travail social, soit la sexualité des aînés. À cet égard, dans son mémoire sur la sexualité des aînés au programme de soutien à domicile, Zizzi (2004) rapporte que les intervenants rencontrés, bien qu'ils aient une vision positive de la sexualité à un âge avancé, viennent confirmer que la société, dont leurs collègues de travail font partie, véhicule les mythes stéréotypés et les fausses conceptions en ce qui concerne la sexualité des aînés. Ils contribuent ainsi à préserver le mythe que les personnes âgées sont asexuées. Dans cette logique, si les aînés n'ont pas de sexualité, alors ils ne peuvent pas non plus avoir d'orientation sexuelle. Par conséquent, dans la pratique, il ne serait donc pas convenable d'ouvrir la discussion à ce sujet avec l'utilisateur.

Sur la base de notre expérience professionnelle, la plupart des intervenants sociaux et de la santé considèrent que la sexualité des aînés relève de la vie privée et qu'elle ne les concerne pas si elle n'est pas en lien direct avec leurs interventions. La sexualité est donc souvent conçue dans une perspective restreinte de rapports physiques et relevant du domaine médical. Ce mémoire appréhende donc, dans une perspective élargie, la sexualité des aînés gais en ce qu'elle comporte comme implication sur le plan de la visibilité de l'identité sociale gaie.

Nous avons vu plus haut que notre recherche permettra de documenter les expériences sur le plan des services sociaux et de santé dans le contexte du domicile des aînés gais. Plus précisément, nous nous attarderons à étudier comment ces personnes ont vécu le dévoilement ou la dissimulation de leur identité homosexuelle en lien avec le contexte des services reçus à domicile.

D'abord, il n'est pas inutile de rappeler qu'en raison du vieillissement de la population, les aînés gais deviendront un groupe plus important. Ce faisant, nous pouvons supposer qu'ils vont requérir plus de services et de soins de santé conséquemment à leur perte d'autonomie à un âge avancé (Dubé, 2013; Hoover et Rotermann, 2012). Nous avons indiqué précédemment que le Gouvernement du Québec privilégie des orientations visant le soutien à domicile des aînés en perte d'autonomie comme premier choix à considérer (MSSS, 2003). De cette façon, les aînés demeurent plus longtemps à leur domicile avant d'être relogés dans un milieu d'hébergement. Certains aînés dépendent donc des services du CLSC qui sont offerts par divers intervenants à leur résidence. Or, à notre connaissance, peu d'études ont abordé spécifiquement l'adaptation des pratiques sociales auprès de cette population ni les stratégies identitaires des aînés.

En fait, il est souvent nécessaire que l'intervenant connaisse l'orientation sexuelle d'un usager afin qu'il puisse adapter ses pratiques en fonction des réalités des minorités sexuelles âgées (Brotman, Ryan et Cormier, 2003). Cette information s'avère donc importante pour plusieurs raisons.

Avant tout, le dévoilement de l'orientation sexuelle est un élément décisif pour le maintien d'une bonne santé physique. La dissimulation de cette dernière peut mener à des recommandations inappropriées en matière de dépistage et de soins de santé préventifs. Les stratégies de dissimulation peuvent aussi affecter négativement la relation patient-prestataire, si importante dans la qualité des soins de santé (Appelbaum, 2008). En fait, les patients qui dévoilent leur orientation sexuelle aux intervenants de la santé se sentent plus en sécurité de discuter de leur santé tout comme de leurs comportements à risque (Klitzman et Greenberg,

2002). De cette façon, les prestataires de soins peuvent mieux adapter leurs interventions en tenant compte des disparités sur le plan de la santé auprès de ce groupe de la population.

Dans le même ordre d'idées, la perte d'autonomie liée au vieillissement engendre différents besoins sociaux, notamment celui de l'aide informelle du réseau de soutien. Cet aspect comporte des particularités chez les aînés gais puisqu'une majorité d'entre eux n'ont pas de famille pour leur apporter du soutien, mais plutôt une « famille choisie », c'est-à-dire un réseau d'amis. Ainsi, la divulgation de l'orientation sexuelle prend une importance significative lorsqu'il s'agit d'appréhender la composition du réseau de soutien et des proches aidants dans le but de compenser les incapacités des aînés et de les aider à maintenir leur autonomie. À l'heure actuelle, on retrouve encore un problème de reconnaissance de cette réalité dans le milieu de la santé et des services sociaux.

De plus, le début du déclin de l'autonomie à l'âge adulte avancé peut contribuer à un plus grand risque de dévoilement de l'orientation sexuelle contre la volonté de la personne concernée, ce que l'on désigne par l'« *outing* » en anglais, par les fournisseurs de soins, en raison de l'exposition de leur couple ou de leurs conditions de vie (Price, 2005). Ce faisant, les aînés gais sont amenés à faire des choix quant à la divulgation ou la dissimulation de leur orientation sexuelle. Dans ce contexte, recevoir des services à domicile peut s'avérer une expérience difficile pour les aînés craignant d'être discriminés à l'égard de leur orientation sexuelle ou de recevoir de mauvais soins. Mentionnons que les aînés gais hésitent encore à dévoiler leur orientation sexuelle aux intervenants des établissements de la santé et des services sociaux (Brotman, Ryan et Cormier, 2003).

Par ailleurs, étant donné que les intervenants négligent de prendre en compte la sexualité des aînés dans leurs évaluations, et donc l'orientation sexuelle, et que les aînés gais hésitent à dévoiler leur orientation sexuelle, il en découle une problématique d'« invisibilité » de ce groupe d'aînés (Orel, 2004). Ce contexte peut engendrer un glissement vers des pratiques hétérosexistes, c'est-à-dire des conduites qui présument l'hétérosexualité d'une personne ou qui ignorent les réalités et besoins des minorités sexuelles. Dans cette recherche, il s'agira de surcroît d'étudier les éventuelles expériences de discrimination dans le cadre des pratiques des

intervenants. De cette manière, cette recherche pourra certainement suggérer des pistes d'intervention prenant en compte les difficultés que peuvent vivre les aînés gais. Elle contribuera, souhaitons-nous, à l'amélioration des conditions de vie des aînés gais et enrichira les pratiques auprès des aînés en service social. Ainsi, à l'aide de ce mémoire, nous voulons donner une voix aux aînés gais.

Enfin, sur le plan de la connaissance, nous croyons que ce projet de recherche est pertinent puisqu'il apporte un éclairage nouveau sur la problématique de la discrimination envers les personnes ayant une orientation homosexuelle chez une cohorte et dans un contexte jusqu'ici peu explorés. Autrement dit, bien que cette recherche constitue un apport pour la connaissance en service social gérontologique, et pour les études gaies et lesbiennes en général, elle informe également d'autres objets d'études qui ne touchent pas seulement les minorités sexuelles. En fait, comme le souligne Silverschanz (2009. p. 3), la recherche sur les personnes LGBT peut engendrer, par l'investigation réfléchie et éclairée, des possibilités afin de mieux connaître « toutes les personnes ». Cette recherche interroge les différents rapports sociaux qui affectent non seulement les minorités sexuelles, mais aussi l'ensemble de la société. Ce champ d'études offre l'opportunité de documenter plus largement les questions autour de la sexualité, de l'hétérosexualité, du genre et de la normativité des genres.

Chapitre 2 : Cadre théorique, concepts et modèle conceptuel

2.1 Le cadre théorique

Le cadre théorique vers lequel nous avons orienté l'analyse de notre problématique s'appuie sur le courant de l'interactionnisme symbolique. Au fil de nos lectures, il nous a semblé qu'une multiplicité d'écoles de pensées et de concepts peut se référer à cette perspective. Ainsi, « *a minima* le regard interactionniste considère le monde social comme une entité processuelle, en composition et recomposition continues à travers les interactions entre acteurs, les interprétations croisées qui organisent ces échanges et les ajustements qui en résultent » (Morissette, Guignon et Demazière, 2011). De plus, on s'intéresse au point de vue des acteurs en privilégiant une méthodologie qualitative, notamment l'observation et l'entretien en profondeur.

Dans ce qui suit, nous proposons donc de situer d'abord notre positionnement épistémologique en lien avec le courant interactionniste. Puis, nous présenterons quelques repères historiques pour, par la suite, développer les concepts généraux d'interaction, de symbole et d'identité que nous croyons pertinents à l'objet de notre recherche. Enfin, nous terminerons en précisant plus spécifiquement les concepts de stigmat, de rôle et de carrière, selon la perspective d'Erving Goffman, des concepts qui nous éclairent sur le processus de stigmatisation sexuelle et sur les enjeux relationnels entre usager et intervenant.

2.1.1 Le positionnement épistémologique

En premier lieu, il convient de se situer par rapport aux paradigmes idéologiques existants. En fait, nous pouvons mentionner que notre choix pour l'interactionnisme symbolique est cohérent avec le paradigme constructiviste auquel nous souscrivons. Comme l'évoquent Dorvil et Mayer (2001), née au cours des années 1980, l'approche du constructivisme est en continuité avec le courant interactionniste des années 1970 et met « l'accent sur les processus de construction sociale des problèmes sociaux » (p. 22). En

opposition aux approches traditionnelles visant à déterminer les conditions objectives des problèmes sociaux, on met de l'avant leur processus de construction subjectif par les acteurs. Un problème social est donc vu comme résultant d'un processus qui le construit et, par conséquent, comme défini par les individus et les groupes faisant le constat d'une situation problématique (Dorvil et Mayer, 2001).

Dans cette perspective, la connaissance relève de la représentation qu'un individu se fait d'un phénomène social. Guba (1990) indique sur ce point que la connaissance résulte des multiples réalités que les personnes construisent d'après leurs expériences. Conséquemment, la seule façon d'avoir accès à cette connaissance est par l'interaction entre un participant et un chercheur. Ainsi, par la nature subjective de ce processus, plusieurs réalités sont donc valides, s'appuyant sur le vécu tangible des personnes, mais non pas objectives (Guba, 1990), c'est-à-dire indépendantes de la représentation du chercheur. Donc, suivant cette logique, les résultats ne peuvent être fiables et faire l'objet de généralisations avec des marges d'erreur plus ou moins grandes, par exemple. En ce sens, on conçoit qu'on ne peut prédire les comportements humains, mais qu'il s'agit plutôt de rendre compte des significations que les personnes donnent à un événement ou à des faits sociaux dans un contexte en constante évolution. Ce passage de Le Breton (2012) permet d'appuyer cette idée.

Pour les interactionnistes, les règles ne préexistent pas à l'action, elles sont mises en œuvre par les acteurs à travers leur définition de la situation. Le contexte n'est pas l'élément contraignant et extérieur qui détermine l'action, il est interprété. À l'encontre du paradigme normatif qui privilégie l'explication des comportements par le respect des normes et des règles, pour les interactionnistes les acteurs ne cessent de les plier à leur usage. (Le Breton, 2012, p. 58)

En résumé, le paradigme constructiviste est cohérent avec le cadre théorique de l'interactionnisme symbolique puisqu'il donne de la valeur au sens des actions des individus dans un contexte donné. Ce positionnement permet de donner une voix aux répondants de notre étude et vient légitimer leur réalité qui, elle, participe à l'évolution de la connaissance et, par conséquent, de la pratique du travail social.

2.1.2 Les repères historiques

L'interactionnisme symbolique trouve ses racines philosophiques dans le pragmatisme, un courant de pensée américain né à la suite de la guerre de Sécession aux États-Unis (1861-1865). Comme son nom l'indique, cette orientation philosophique considère la connaissance du point de vue de son efficacité plutôt que comme une vérité absolue (Dortier, 2008). Le pragmatisme rejette donc l'idée des vérités fondamentales préexistantes telles que le soutiennent les théories sociologiques majeures de l'époque en proposant à l'inverse que la vérité est relative au temps, à l'espace et au but de son utilisation (Allan, 2011). Pour ces motifs, cette orientation philosophique vient s'opposer aux explications biologiques des comportements humains, amenés par les idées notamment de l'instinct, de la race ou de l'hérédité, en prônant plutôt que « leur origine tient à une série d'influences sociales et surtout à la manière dont l'homme les comprend » (Le Breton, 2008, p. 10). Les actions humaines et les décisions ne sont donc plus déterminées par des forces sociales, mais émergent d'un consensus qui se développe au sein des interactions (Allan, 2011).

Prenant appui sur les idées du pragmatisme, il se développe un des premiers courants sociologiques américains : l'École de Chicago. Celui-ci est particulièrement important pour ce que deviendra plus tard l'interactionnisme symbolique, qu'on associera à la seconde École de Chicago, quelques années plus tard. Ainsi, durant les années 1920, l'Université de Chicago est le site d'un déploiement d'études sur la ville en raison de la forte proportion d'immigrants venant s'établir dans la ville de Chicago (Musolf, 2003). À cette époque, cette ville est la terre d'accueil de plusieurs groupes ethniques tels que les communautés polonaise, irlandaise, juive ou noire. Les modes de vie de ces habitants seront étudiés à l'aide de méthodes de cueillette de données qui se caractérisent par l'utilisation de documents personnels et l'observation participante. Nommons à titre d'exemple l'étude des trajectoires de vie de paysans américains et européens de Thomas et Znaniecki (*The Polish Peasant in Europe and America 1918-1920*).

C'est dans cette foulée que l'interactionnisme symbolique naît. Plusieurs auteurs évoquent le texte *Mind, Self and Society* (1934) de Georges Herbert Mead comme étant fondateur de

l'interactionnisme, suivi par les travaux de son élève Herbert Blumer qui crée notamment l'expression « interactionnisme symbolique » dans un article de 1937 (Le Breton, 2008). Dans une série de textes subséquents, Blumer développe les fondements conceptuels et théoriques de l'interactionnisme symbolique qui orienteront la définition de divers concepts, dont certains que nous mettrons en relief pour notre cadre théorique.

2.1.3 Le développement théorique

Interactions

L'idée centrale de l'interactionnisme symbolique consiste en une vision dialectique de l'individu et de la société (Forte, 2001). Plutôt que de mettre l'accent sur l'individu ou ses caractéristiques personnelles, ou encore sur les forces sociales extérieures à la personne, l'interactionnisme symbolique prend en compte la nature des interactions sociales et les dynamiques sociales entre les acteurs (Charon, 2004). « Une interaction est un champ mutuel d'influence. Le social n'y est pas une donnée préexistante aux acteurs, mais une "mise en forme" commune (Simmel), un "ordre négocié" (Strauss). » (Le Breton, 2008, p. 50-51). Lorsqu'une personne s'engage dans une action sociale avec d'autres, elle interprète les données de la situation et, de ce fait, elle est un acteur créatif qui donne sens à ce qui l'entoure. Du moment où il y a interprétation, il y a création de sens et signification. C'est ce qu'on évoque par le terme « symbolique » à l'interactionnisme.

Symboles

La dimension symbolique des interactions est une autre idée importante de l'interactionnisme symbolique. Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'être humain ne réagit pas machinalement aux stimuli de son environnement; il utilise sa capacité d'interprétation afin de prendre une décision et réagir suite aux nouvelles informations de son environnement (Hewitt, 2003). Afin d'interpréter, l'humain utilise des symboles qui vont lui permettre de réfléchir de manière abstraite. Un symbole est un objet social qui remplace ce qu'on souhaite représenter (Charon, 2004). Il existe trois types de symboles : les mots, les actions (sourire signifie que j'aime ce que tu me dis) et des objets (une colombe représentant la paix) (Charon, 2004). Ce qui différencie un symbole de ce qui n'en est pas un, c'est la portée de sa

signification. Par exemple, à un premier niveau, une fleur peut être utilisée comme une drogue, pour embellir l'espace, pour être sentie ou bien manger. Si nous utilisons une fleur pour donner en cadeau afin de représenter notre amour pour une autre personne, elle devient alors un symbole.

Nous utilisons par conséquent plusieurs symboles lorsque nous interagissons avec les autres dans le but de pouvoir comprendre ce que nous indique notre interlocuteur. Un symbole est néanmoins toujours construit socialement : « Le monde est toujours le fait d'une interprétation d'un acteur puisant dans la boîte à outils de ses références sociales et culturelles » (Le Breton, 2008, p. 49). C'est donc à travers la socialisation que sont influencées nos représentations du monde dans ce que signifient les symboles.

Dans le même ordre d'idées, lors d'une interaction, un symbole doit être significatif pour les deux interlocuteurs afin d'être véritablement un symbole. Charon (2004) explique qu'un symbole est utilisé dans une discussion face à face pour communiquer avec une autre personne. Il donne en exemple le fait qu'une personne qui bâille lors d'une rencontre pourrait être interprété comme de l'ennui chez l'autre. Or, pour la personne qui bâille, cette action ne représente rien en soi, même si elle peut indiquer un signal pour l'autre. En conséquence, une action pourrait être mal interprétée par l'un ou l'autre des interlocuteurs. Si on se rapporte au contexte relationnel entre un intervenant et un aîné gai ou lesbienne, des questions posées à l'utilisateur qui négligerait la possibilité d'une orientation sexuelle homosexuelle pourraient être interprétées comme un manque d'ouverture à l'égard de la diversité sexuelle.

Pour notre recherche, le symbole du chez-soi est également pertinent dans un contexte des services à domicile. Dans une revue de littérature critique sous le thème du chez-soi, Mallett (2004) montre que pour plusieurs auteurs, le chez-soi est l'expression ou le symbole du soi (*self*). En reprenant les idées de Després (1991), elle indique qu'un logis, par le design de son intérieur et la décoration ainsi que l'utilisation de l'espace, reflète le sentiment de soi de l'occupant. Elle pointe également l'article marquant *House, as Symbol of the self* de Clare Cooper (1976) qui suggère les mêmes idées.

Identité

Sous l'angle de la perspective interactionniste, l'emploi du terme « identité » varie grandement et, par conséquent, une seule définition cohérente serait problématique (Vryan, Adler et Adler, 2003). Néanmoins, on peut relever trois formes du concept d'identité nommé comme suit : situationnelle, sociale et personnelle.

La définition de l'identité situationnelle que se donne un acteur et celle qu'il assigne aux autres agissent comme des points de repère dans différents contextes. Elles informent sur les attentes et orientent l'interprétation dans une situation interactionnelle (Vryan, Adler et Adler, 2003). Un exemple permettra de bien cerner ce dont il s'agit : prenons le contexte d'un magasin à grande surface dans lequel les vendeurs s'attendent à ce que les clients les interpellent afin que ces derniers soient conseillés. Si toutefois un client confondait un vendeur avec un autre client, cet événement créerait un malaise puisqu'en ayant une identité de client, on ne s'attend pas à ce qu'on nous interpelle pour des conseils.

L'identité sociale demeure beaucoup plus fixe à travers les situations qu'une identité qu'on adopterait dans un environnement immédiat comme celui d'un magasin. L'identité sociale est en fait une identification par la personne elle-même, mais également attribuée par autrui à un groupe (ou une catégorie) de personnes socialement construit ou à une position à l'intérieur des structures sociales (Vryan, Adler et Adler, 2003). L'identité gaie ou lesbienne se réfère spécifiquement à ce type. Il faut donc que la personne elle-même se reconnaisse comme faisant partie d'un groupe particulier. Pour cette raison, certains hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ne se considèrent pas pour autant comme faisant partie du groupe dont l'identité sociale se réfère aux hommes gais. Pour la même raison, dans l'étude de Broman, Ryan et Meyer (2007) portant sur les aînés GL de Montréal, « plusieurs aînés ne s'identifient pas au vocable "gai" ou "lesbienne" » (p.102) puisque pour certains, ce terme est associé à une identité stigmatisée négative, telle qu'elle l'était avant le mouvement de libération gaie et lesbienne.

Enfin, l'identité personnelle se caractérise par ce qui est unique chez une personne, telle que son nom, son histoire personnelle et les aspects de sa personnalité. Ceci vient donc la différencier des autres types définis précédemment en termes d'une affiliation socialement structurée (identité sociale) ou d'un rôle dans un contexte donné (identité situationnelle) (Vryan, Adler et Adler, 2003). Ce type d'identité vient apporter une nuance dans la compréhension des expériences de vie des aînés GL. En effet, bien que la plupart de ces aînés s'identifient sous l'identité sociale « gai » ou « lesbienne », on doit mettre en évidence qu'ils ont également une identité personnelle dont il faut tenir compte lorsqu'on parle de ce groupe. À ce sujet, comme nous l'avons indiqué plus haut, Pugh (2002) discute de la difficulté à généraliser certaines problématiques à l'ensemble des minorités sexuelles âgées. Il indique que la tentation est forte de présumer que les personnes GL, vivant dans un contexte où les sanctions sociales et criminelles étaient sévères, ont toutes et tous vécu des expériences négatives alors que ce n'est pas le cas.

2.1.4 La perspective d'Erving Goffman

Erving Goffman (1922-1982) est un sociologue américain qui s'est intéressé durant toute sa carrière aux relations de face-à-face entre les individus. Plusieurs auteurs avancent des propos mitigés quant à son appartenance au courant de l'interactionnisme symbolique. Par ailleurs, Goffman lui-même se distancierait de cette perspective. Toutefois, d'après Nizet et Rigaux (2005), Goffman s'inscrit dans la tradition de l'École de Chicago par ses thèmes de recherche et ses méthodes, mais il s'éloigne de l'interactionnisme symbolique du fait qu'il « est en effet davantage sensible aux “structures”, aux “modèles” ou encore aux “formes” qui gouvernent l'interaction. En revanche, il est peu attentif à la construction de l'interaction et à la définition de la situation telles qu'elles résultent des acteurs eux-mêmes » (p. 81). En outre, Nizet et Rigaux (2005) clarifient la pensée de Goffman par le passage suivant.

[...] Goffman appréhende l'interaction comme un ordre social. Celui-ci comprend des règles que les individus doivent suivre s'ils veulent apparaître comme des gens normaux. Lorsqu'il s'intéresse aux comportements les plus infimes, les plus ordinaires des individus, ce qui préoccupe Goffman, c'est de mettre en évidence les règles sous-jacentes qui structurent les interactions sociales. (p. 33)

Malgré ces réserves, il n'en demeure pas moins que les idées de Goffman sur le plan de la stigmatisation nous apparaissent essentielles pour notre objet de recherche. Nous avons donc retenu plusieurs concepts issus de son livre *Stigmate : les usages sociaux des handicaps* (1975) et également les concepts de *rôle* et de *carrière* provenant d'autres ouvrages.

Stigmate

Goffman conçoit la stigmatisation comme le résultat d'un processus d'interaction sociale. Le terme *stigmate* signifie « un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler » (p.13). Dans cette perspective, il soutient que la notion de stigmate met en cause non pas des individus qu'on serait porté à diviser en deux groupes distincts, les stigmatisés et les normaux, mais plutôt « [...] l'action d'un processus social omniprésent qui amène chacun à tenir les deux rôles, au moins sous certains rapports et dans certaines phases de sa vie. Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes, mais des points de vue » (p. 160-161).

Dans toute situation sociale, le soi a deux identités distinctes : une *identité sociale virtuelle*, c'est-à-dire ce qu'une personne devrait être et qui est imposé par des caractéristiques véhiculées dans la société et une *identité sociale réelle* qui constitue un ensemble d'attributs qui ne sont pas manifestes chez une personne. Ainsi, lorsqu'il y a divergence entre une *identité sociale virtuelle* et une *identité sociale réelle*, la personne se voit infériorisée et sort de son statut de personne que l'on pourrait qualifier de normal; elle entre dans la catégorie des personnes stigmatisées. Par exemple, prenons le cas d'une femme lesbienne de 78 ans qui est hospitalisée et qui sera évaluée par une infirmière qui présuppose qu'elle est hétérosexuelle (*identité sociale virtuelle*); elle sera stigmatisée dès lors que son *identité sociale réelle* est connue de l'infirmière.

Pour Goffman, il existe deux types d'individus stigmatisés : les personnes « discréditées » et les personnes « discréditables ». Dans la première catégorie, il s'agit des personnes dont les attributs stigmatisants sont apparents comme chez les personnes présentant un handicap. La deuxième catégorie représente les personnes dont l'identité est invisible ou pas encore connue,

comme chez les GL. Dans le deuxième cas qui nous intéresse, il s'agira pour ces personnes d'effectuer une dissimulation de l'information quant à leur identité sociale, ce que l'auteur qualifie de *faux-semblant*. Néanmoins, nous croyons que la négociation de l'identité sociale pourrait prendre des formes particulières puisque dans le chez-soi, l'identité sociale de la personne peut s'exprimer par des objets visibles.

Rôle

Le concept de *rôle* est ici intéressant en ce qui a trait plus particulièrement aux rôles des intervenants de la santé et des services sociaux, mais aussi à celui des usagers. Dans l'extrait suivant, Goffman (1973) définit d'abord le concept de *représentation* puis celui de *rôle*.

Par une « représentation », on entend la totalité de l'activité d'une personne donnée, dans une occasion donnée, pour influencer d'une certaine façon un des autres participants. Si on prend un acteur déterminé et sa représentation comme référence fondamentale, on peut donner le nom de public, d'observateurs ou de partenaires à ceux qui réalisent les autres représentations. On peut appeler « rôle » (*part*) ou « routine » le modèle d'action préétabli que l'on développe durant une représentation et que l'on peut présenter ou utiliser en d'autres occasions. On peut facilement mettre ces termes classiques relatifs à la structure. Quand un acteur joue le même rôle pour un même public en différentes occasions, un rapport social est susceptible de s'instaurer. En définissant le *social role* comme l'actualisation de droits et de devoirs attachés à un statut donné, on peut dire qu'un *social role* retrouve un ou plusieurs rôles (*parts*) et que l'acteur peut présenter chacun de ces rôles, dans toute une série d'occasions, à des publics du même type ou bien à un seul public constitué par les mêmes personnes. (Goffman, 1973, p. 23-24)

Le passage montre comment, dans chaque interaction, les individus sont en quelque sorte en représentation d'un rôle donné, par exemple, celui de travailleur social. Toutefois, ce rôle peut être interprété de différentes façons notamment en raison du contexte d'intervention. Aussi, les attentes que les usagers auront vis-à-vis de ce rôle influenceront leurs comportements et les interactions entre travailleur social et usager. Mis en contexte, le rôle de chacun est sujet à être défini et redéfini par la nature des interactions, comme le montre l'extrait suivant de Le Breton (2012).

Le rôle est sans doute un ensemble de normes régissant les relations entre les individus, mais leur application est friable de bien des manières. L'interaction la plus anodine est susceptible de dérapage à cause d'un changement de ton, d'un oubli, d'une gaffe, d'un moment d'inattention, de n'importe quel incident intentionnel ou non. Elle implique un mouvement d'influence réciproque où l'acteur risque de se voir menacé dans la représentation qu'il entend donner de lui-même (Le Breton, 2012, p. 119).

Enfin, pour reprendre les propos de Goffman (1961, cité par Clair, 2010), « si le statut social d'un individu est décisif, on observe souvent qu'il peut ne pas faire ce qu'on attend de lui, c'est-à-dire ne pas se conformer à son rôle officiel pour laisser voir d'autres facettes de sa personnalité (*role distance*) » (p. 95).

Carrière

Bien que le terme de carrière renvoie au monde de l'emploi, les tenants de l'interactionnisme symbolique l'utilisent également dans le cadre du parcours biographique des individus. Dans son ouvrage *Asiles* (1968), dans lequel il présente son étude des patients dans les hôpitaux psychiatriques, Goffman parle alors de « carrière morale », faisant ainsi référence « au cycle des modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière et aux modifications du système de représentation par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres » (p. 179). Ce concept prend en compte tant la dimension objective, la situation officielle que la dimension subjective, la représentation de l'image de soi, de l'individu dans le contexte social au sein duquel il évolue. En ce sens, Goffman insiste sur l'idée d'un balancement entre la vie privée et publique d'un individu et la manière dont ces sphères s'influencent mutuellement.

L'intérêt du concept de carrière réside dans son ambiguïté. D'un côté, il s'applique à des significations intimes que chacun entretient précieusement et secrètement, l'image de soi et le sentiment de sa propre identité; de l'autre, il se réfère à la situation officielle de l'individu, à ses relations de droit, à son genre de vie et entre ainsi dans le cadre des relations sociales. Le concept de carrière autorise donc un mouvement de va-et-vient du privé au public, du moi à son environnement social, qui dispense de recourir abusivement aux déclarations de l'individu sur lui-même ou sur l'idée qu'il se fait de son personnage (Goffman, 1968, p. 179).

Conséquemment, l'utilité de ce concept pour notre recherche est de pouvoir comprendre comment, dans un contexte social donné, les aînés gais, dont l'identité est stigmatisée, en viennent à utiliser des stratégies de gestion de l'identité. Également, en fonction du contexte social dans lequel ils ont évolué, ils ont adopté une certaine représentation de leur image de soi qui lui est lié. Comme l'évoque Everett Hughes (1981, cité par Rostaing, 2010, p. 49), « subjectivement, une carrière est une perspective en évolution au cours de laquelle une personne *voit* sa vie comme un ensemble et *interprète* ses attributs, ses actions et les choses qui lui arrivent ».

2.2 Définition de concepts

Mis à part les concepts issus de l'interactionnisme symbolique, nous croyons également pertinent d'utiliser, en premier lieu, des concepts reliés à la discrimination à l'égard de l'orientation sexuelle et de l'âge. En fait, ceux-ci permettent de nous éclairer sur la stigmatisation possible envers les aînés, tel que défini dans nos objectifs. En deuxième lieu, l'originalité de notre étude tient au contexte particulier du domicile dans lequel se situent les interactions. Ainsi, la prise en compte du concept de chez-soi et de son rapport avec l'identité est particulièrement intéressante et nécessite d'être définie.

2.2.1 Homophobie, hétérosexisme et âgisme

En 1972, Weinberg a été le premier auteur à utiliser le terme « homophobie » qu'il définissait comme « la crainte d'être avec un homosexuel dans un espace fermé et, concernant les homosexuels eux-mêmes, la haine de soi » (Weinberg, 1972 cité par Borrillo, 2000, p. 11). À cette période, l'homophobie signifiait plutôt, au sens littéral, la crainte irrationnelle des personnes homosexuelles. Néanmoins, la création du vocable « homophobie » constitue une étape importante; ce terme cristallise les expériences de rejets, d'hostilité et d'invisibilité que les GL ont vécues durant le XX^e siècle. Il s'opère donc un tournant selon lequel le « problème » de l'homosexualité ne réside plus chez les personnes homosexuelles, mais plutôt chez les hétérosexuels qui sont intolérants à leur égard (Herek, 2004). La notion d'homophobie s'est cependant élargie à toutes les manifestations d'hostilité et d'infériorisation qui revêtent plusieurs formes, de la blague à l'extermination des personnes homosexuelles, mais aussi envers toutes les personnes dont le genre n'est pas conforme à leur sexe biologique

(Borillo, 2000). Nous avons retenu plus particulièrement la définition de Welzer-Lang (1994, cité par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2007, p. 12) qui nous semble évocatrice et pertinente :

L'homophobie renvoie aux sentiments de peur et d'aversion que ressentent certaines personnes à l'égard de l'homosexualité et des personnes d'orientation homosexuelle, ou à l'égard de toute personne dont l'apparence ou le comportement ne se conforme pas aux stéréotypes de la masculinité ou de la féminité. À ce propos, l'homophobie est étroitement liée à la construction sociale des genres (gender), soit à leur différenciation et à leur hiérarchisation (sexisme).

À un niveau qui peut sembler moins apparent, mais tout aussi porteur de conséquences néfastes, l'hétérosexisme désigne les conduites qui présument l'hétérosexualité d'une personne ou qui ignore les réalités et besoins des minorités sexuelles. Plus spécifiquement, « l'hétérosexisme est l'infériorisation symbolique et institutionnelle des sexualités non hétérosexuelles, y compris l'homosexualité. Il sous-tend la croyance en la supériorité de l'hétérosexualité – au-delà de la simple constatation de sa présence majoritaire dans nos sociétés » (Émond et Bastien, 2007, p. 31). En outre, Herek (2004, p. 16) suggère que le terme « hétérosexisme » doit être utilisé pour se référer à l'idéologie culturelle qui perpétue la stigmatisation sexuelle en niant et dénigrant toute forme de comportements, d'identité, de relation ou de communauté non hétérosexuels » .

Pour ce qui est de la discrimination en fonction de l'âge, Neil Thompson (1995 cité par Lymbery, 2005, p. 13-14) apporte un éclairage nouveau sur la conception de l'âgisme qui est, selon lui, un processus se construisant sur trois niveaux : structurel, culturel et personnel. Au niveau structurel, il est question, entre autres, des politiques sociales effectuant, par exemple, des coupures dans les services aux aînés. Ceci sous-tend implicitement qu'ils sont un fardeau pour la société puisqu'il est alors privilégié d'allouer les ressources financières en santé à la population active. Au plan culturel, Thompson nomme les stéréotypes partagés dans la société au sujet des aînés, que ce soit, par exemple, l'association directe entre le vieillissement et la maladie ou même la démence. Ces stéréotypes orientent ainsi les comportements individuels (le niveau personnel) à l'égard des personnes âgées; on attribuera des pertes de mémoire normales à des troubles cognitifs. Ces conceptions peuvent mener à de l'infantilisation, soit le

fait de traiter une personne âgée comme un enfant et d'omettre de la consulter dans les décisions la concernant.

Ce modèle explicatif de la discrimination ouvre la voie à l'interconnexion entre l'âgisme et d'autres formes d'oppression. Hicks (2008), notamment, l'utilise dans cette optique en reliant la discrimination liée à l'âge et l'appartenance aux minorités sexuelles. En s'appuyant sur un texte ultérieur de Thompson et Thompson (2001), elle présente les relations de pouvoir à l'œuvre selon la logique des trois niveaux tout en abordant leur dépassement grâce à l'*empowerment*. Elle montre comment, au plan structurel, la division sociale menant à une catégorisation (âge, sexe, orientation sexuelle, etc.) provoque des inégalités sociales soutenues culturellement, entre autres, par les discours dans la société sur la sexualité des personnes âgées qui amènent, au bout du compte, à des pratiques sociales hétérosexistes et homophobes. À travers ces pratiques, il devient difficile de reconnaître les enjeux discriminatoires puisqu'ils sont très bien intégrés et interreliés à l'intérieur des trois niveaux (Lymbery, 2005, p. 15); ils deviennent presque banals, tout en préservant insidieusement l'ordre établi.

2.2.2 Le chez-soi et l'identité

Pour plusieurs personnes, le domicile tient une place importante dans leur vie. Smith (1994, p. 31 cité par Lavin, 2008, p. 53) décrit le chez-soi comme un « concept complexe et multidimensionnel qu'on expérimente simultanément comme un environnement physique, un environnement social et un endroit satisfaisant les besoins personnels ». Smith a de plus identifié certains éléments contribuant au sentiment de chez-soi, tels le confort, l'intimité ou l'esthétisme de l'endroit. Selon nous, le domicile est significatif pour les aînés puisque, d'un point de vue matériel, il renferme les souvenirs et objets accumulés au cours de la vie, mais également il peut être porteur de sens et évoquer les relations sociales positives comme les réunions familiales.

En ce qui concerne les personnes GL, le domicile est particulièrement important puisqu'il s'y exprime l'identité homosexuelle dont certaines facettes peuvent être inhibées dans la vie de tous les jours (Gorman-Murray, 2006). D'une part, le domicile est considéré comme un espace

personnel où prévaut la libre expression et où l'identité homosexuelle peut donc s'exprimer. Par exemple, une personne pourrait exprimer son identité et sa sexualité par la possession de films, magazines, images exposées au mur ou avec des photos affichées d'elle et de la personne avec qui elle est, ou a été, en couple. D'autre part, le chez soi est considéré comme un espace social puisqu'il constitue un endroit où peut s'exprimer l'intimité (par exemple, les manifestations d'affection entre conjoints-es de même sexe), sans la crainte de devoir subir certaines réprobations de ce type de comportements comme ce serait le cas en public. Pour les aînés GL, qui ont vécu leur vie de jeune adulte en devant cacher leur identité homosexuelle socialement, le domicile facilitait, par ailleurs, l'existence d'une communauté gaie et lesbienne à travers la fréquentation des amis et des connaissances. Cette communauté qui, comparativement à aujourd'hui, ne pouvait se vivre ouvertement partout, en témoigne l'existence de bars plus ou moins clandestins dont les clients étaient souvent aux prises avec la répression policière.

Sur le plan de la relation entre professionnel et personne aidée dans le contexte du domicile, Djaoui (2008) prétend que l'espace privé n'est pas figé et découle en quelque sorte d'une négociation amenée par le jeu des interactions entre les individus. Il montre en outre que l'intimité regroupe les données extérieures comme la scène domestique, tel que susmentionné par Gorman-Murray (2006), et les données de la vie intérieure (pensées, sentiments nommés, souvenirs du passé). Le contexte de l'intervention à domicile donne accès simultanément à ces deux types de données concernant l'intimité. En général, nous avons seulement accès aux données de la vie intérieure que les personnes veulent bien nous donner. Le fait de pouvoir aborder ces deux types de données n'est pas nécessairement facilitant pour l'intervention; les personnes peuvent vivre un sentiment d'intrusion qui pourra induire des réticences chez la personne aidée.

Dans le même ordre d'idées, Djaoui (2008) souligne l'importance des facteurs individuels relativement à la mise en place de frontières en ce qui concerne l'intimité. Cet auteur aborde aussi les raisons qui portent les personnes à se dévoiler. Il soutient, entre autres, que les personnes se dévoilent dans un désir de rapprochement et aussi pour effectuer une demande d'aide. À cet égard, l'intervention à domicile est toutefois justifiée dans ce contexte puisque

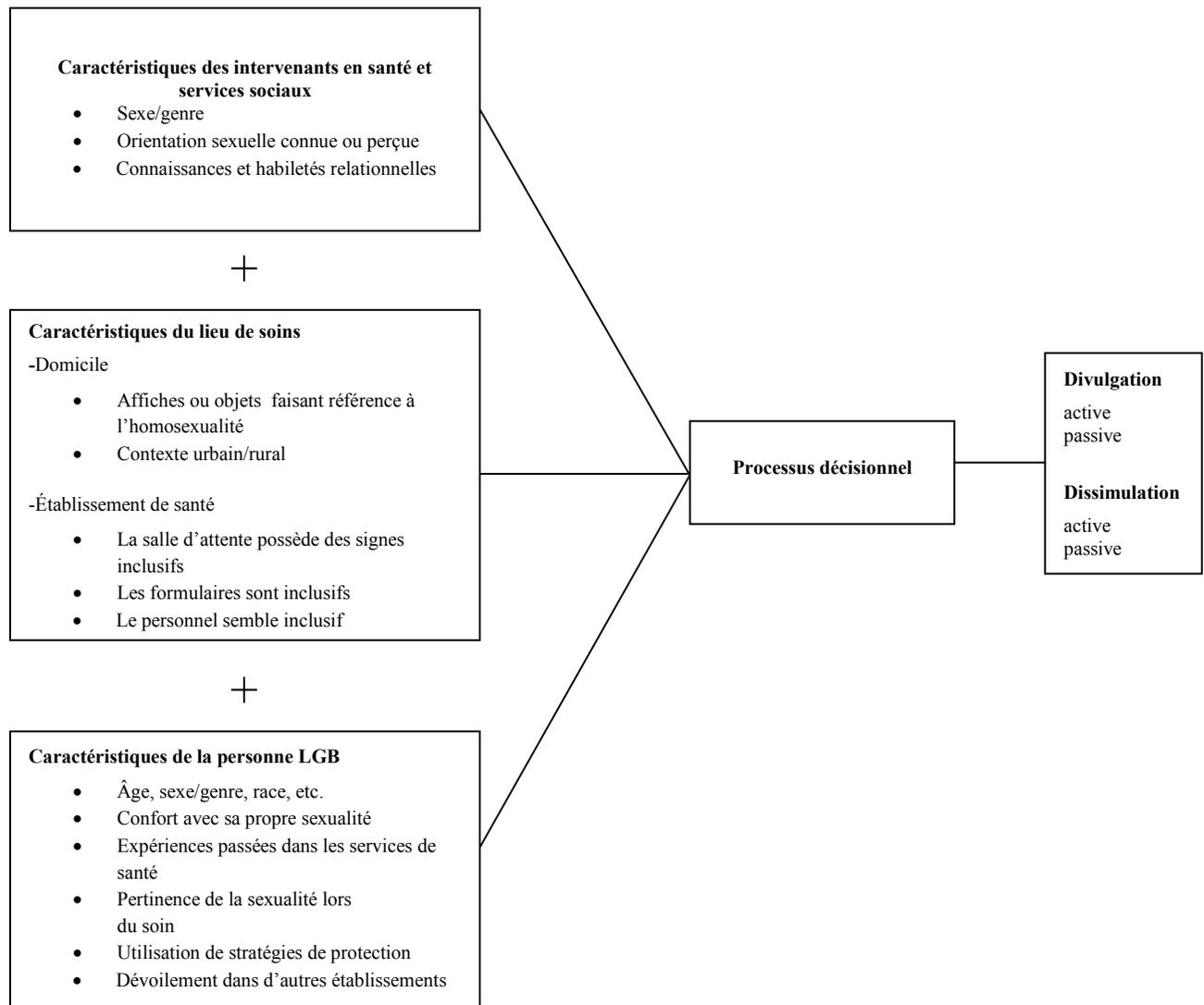
les personnes ne peuvent se déplacer pour différentes raisons, mais bien souvent à cause de limitations au plan de la mobilité ou étant donné des problèmes de santé graves. Ainsi, la raison principale de l'intervention n'est pas nommée en lien nécessairement avec une difficulté liée à l'orientation sexuelle; ce sont d'autres problématiques psychosociales engendrées par ces conditions de santé qui sous-tendent, par ailleurs, certaines spécificités au plan de l'intervention avec les minorités sexuelles, comme nous l'avons montré dans notre recension des écrits.

2.3 Le modèle conceptuel d'Eliaison et Schope (2001)

Bien que le cadre théorique de l'interactionnisme symbolique permette de bien saisir les interactions entre usager et intervenants dans le contexte du domicile, il nous semble insuffisant pour comprendre spécifiquement les stratégies identitaires des aînés gais et les facteurs reliés à leur utilisation. Ainsi, le modèle d'Eliaison et Schope (2001) nous apparaît adéquat pour décrire les différents aspects à prendre en compte sur le plan de l'utilisation des stratégies.

S'inspirant des modèles de Hitchcock et Wilson (1992), de Stevens (1994) et d'Eliaison (1996) utilisés auprès des femmes lesbiennes, le modèle conceptuel du dévoilement de l'identité sexuelle d'Eliaison et Schope (2001) a permis d'appliquer aux hommes gais et aux personnes bisexuel-les les facteurs intervenant dans le dévoilement de l'orientation sexuelle. Tel qu'illustré dans la figure 1, à la page 57, suivante, trois facteurs principaux sont reliés au processus décisionnel du dévoilement : les caractéristiques des intervenants en santé et services sociaux, les caractéristiques du lieu de soins et les caractéristiques de la personne LGB. Toutefois, notons que nous avons modifié les éléments qui composent les caractéristiques du milieu de soins. Nous avons ajouté le domicile comme lieu de soins en y intégrant les aspects influençant le dévoilement, caractéristiques qui ne sont pas présentes dans le modèle d'Eliaison et Schope (2001) puisque leur recherche s'est effectuée seulement dans des milieux autres que le domicile.

Figure 1 : Adaptation du modèle conceptuel du dévoilement de l'identité sexuelle d'Eliaison et Schope (2001)



En bref, pour mener notre étude, nous avons adopté la perspective de l'interactionnisme symbolique. Nous avons défini un ensemble de concepts qui nous semblent particulièrement pertinents pour la problématique à l'étude et proposé un modèle conceptuel pour l'analyse des facteurs influençant les stratégies identitaires des aînés gais en situation de soins à domicile. Nous pouvons maintenant aborder la méthodologie utilisée pour la réalisation de notre étude.

Chapitre 3 : Méthodologie

Le chapitre suivant expose les différents aspects relativement à la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche. Nous présenterons successivement la stratégie de recherche, la population étudiée, le processus d'échantillonnage et le choix du terrain, les stratégies de recrutement et le déroulement des entretiens, la méthode d'analyse des données, les limites méthodologiques ainsi que les considérations éthiques.

3.1 La stratégie de recherche

Dans cette étude, nous avons privilégié une méthodologie qualitative. Ce qu'on nomme « recherche qualitative », d'après Deslauriers (1991), « désigne [...] la recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que des paroles écrites ou dites, et le comportement observable des personnes » (Taylor et Bogdan, 1984 dans Deslauriers, 1991, p. 6).

D'abord, nous pouvons indiquer que notre choix méthodologique va dans le même sens que la visée exploratoire de nos objectifs de recherche. Rappelons que « ce qui mobilise la recherche exploratoire tient initialement à une représentation inadéquate ou insuffisante d'un problème quelconque de recherche » (Lefrançois, 1992, p. 44). Notre recherche a donc tenté d'éclairer sur plusieurs angles la problématique des stratégies identitaires des aînés gais en permettant de cibler les aspects soulevant des interrogations en vue de recherches futures. Ainsi, considérant les situations inattendues inhérentes à une recherche exploratoire, la méthodologie qualitative comporte l'avantage d'être souple : « le plan de la recherche peut évoluer en même temps que la recherche elle-même pour répondre aux besoins qui se présentent » (Deslauriers, 1991, p. 14). Nous avons donc pu ajuster nos stratégies méthodologiques, comme nous le verrons dans la section sur la population.

D'un point de vue épistémologique, Poupart (1997) aborde l'idée selon laquelle « les conduites sociales ne pourraient se comprendre et s'expliquer en dehors de la perspective des acteurs sociaux » (p. 200). Cette position vient faire écho à nos objectifs de recherche et est cohérente quant à notre positionnement épistémologique constructiviste et notre cadre

théorique de l'interactionnisme symbolique. Nous croyons, en effet, que pour comprendre les raisons pour lesquelles les aînés gais utilisent des stratégies identitaires, on doit comprendre le sens que ces personnes donnent à leurs actions. Comme le soulève Poupart (1997), l'entretien qualitatif est l'un des outils les plus appropriés pour saisir le sens que les acteurs donnent à leurs conduites tout en permettant d'appréhender leur ressenti. On donne ainsi un statut à l'acteur comme étant le mieux placé pour parler de son expérience.

Sur les plans éthique et politique, Poupart (1997) présente également l'argument selon lequel les entretiens de type qualitatif « [...] sont vus comme un moyen privilégié pour accéder aux enjeux et aux dilemmes de certains groupes d'acteurs de même que pour éclairer d'éventuelles iniquités » (p. 203). En ce qui concerne notre recherche, on évoque souvent, dans la littérature scientifique, l'invisibilité des aînés GL dans les services sociaux et de santé et, conséquemment, la non-reconnaissance de leurs besoins spécifiques (Auger, 1992; Berger et Kelly, 1986; Slusher *et al.*, 1996 cité par Brotman, Ryan et Meyer, 2007, p. 98). Ainsi, les recherches sur les aînés GL, dont la nôtre fait partie, tentent de documenter les défis de l'adaptation des services et donnent une voix à ce groupe peu entendu.

3.2 La population étudiée, l'échantillonnage et le choix du terrain

Les participants de notre étude répondent à la majorité des critères que nous avons fixés dès le départ. À cet égard, nous avons repoussé l'âge minimum des participants à 60 ans, bien que 65 ans soit généralement l'âge qui fait office de barème pour caractériser une personne comme aînée. Chaque participant de notre recherche s'auto-identifiait comme gai et recevait ou avait reçu des services à domicile en raison de problèmes de santé ponctuels ou chroniques ou d'une déficience physique. Nous avons aussi exclu, comme prévu, les personnes ayant des troubles cognitifs sévères et les majeurs inaptes. Rappelons par ailleurs qu'au cours de notre recrutement, les femmes lesbiennes aînées ont été exclues des critères de notre population.

Sur le plan de la taille de l'échantillon, nous souhaitions au départ un échantillon d'environ une dizaine de personnes. Toutefois, considérant les limites de temps d'un mémoire de

maîtrise, nous nous sommes arrêtés au nombre de six participants à la suite de nombreuses démarches auprès de communautés et d'organismes.

Dans notre recherche, nous avons utilisé une stratégie non probabiliste d'échantillonnage, l'*échantillonnage en boule de neige*. Comme l'indique Pires (1997, p. 72), « cette technique est très utile si l'accès aux données est difficile ou si le matériel concerne des "données cachées" (*hidden data*). Ces problèmes peuvent être dus à la mobilité, ou dispersion, particulière de certains groupes, à la nature intimiste et délicate de certaines questions, à des attitudes d'autodéfense du groupe, etc. ». L'identité homosexuelle étant un sujet très personnel, cette stratégie s'est avérée appropriée pour notre recrutement. Néanmoins, l'*échantillonnage en boule de neige* possède l'inconvénient que l'échantillon constitué se compose des membres d'un même réseau et ne représente pas de manière élargie la population cible (Nation Unies, 2004). Comme nous le décrirons plus amplement dans les limites méthodologiques, l'utilisation d'un organisme pour aînés GL en tant qu'informateur clé nous a permis de rejoindre des aînés gais insérés dans un réseau social et relativement autonomes au plan fonctionnel, ce qui limite la variété des expériences de soutien à domicile à des épisodes de soins et de services de court à moyen terme.

Pires (1997) nomme l'échantillon que nous décrivons sous le terme d'*échantillon par homogénéisation*; il s'agit de l'étude d'un groupe homogène dont les personnes qui le compose possèdent des caractéristiques sociales similaires, par exemple l'orientation sexuelle et l'âge en ce qui concerne nos participants. En fait, nous avons voulu décrire la diversité interne d'un groupe sur un thème précis, soit les expériences des aînés gais ayant reçu des services à domicile. Nous sommes conscients de la relation entre la saturation, « lorsque le chercheur s'aperçoit que les réponses deviennent répétitives et qu'aucune nouvelle information ne s'ajoute » (Fortin, 2010, p. 243), et la diversification des informateurs. Cependant, il a été difficile d'opérer une sélection fine chez les participants puisque nous nous adressons à un groupe dont les membres sont relativement peu nombreux et difficiles à rejoindre. Néanmoins, comme le soulignent Denzin et Lincoln (1994, cité par Ouellet et Saint-

Jacques, 2000, p. 87) « [...] en recherche qualitative, ce n'est pas tant le nombre de sujets qui compte que la quantité de données collectées ».

En ce qui a trait au choix du terrain, étant donné notre ancrage géographique dans la ville de Montréal, nous avons comme objectif de rencontrer des aînés dans la grande région de Montréal en variant les quartiers. Toutefois, les aînés rencontrés habitent dans le quartier Centre-Sud ou en périphérie de celui-ci. Le tableau I suivant, aux pages 61-62, permet de visualiser rapidement les caractéristiques des participants de l'étude.

Tableau I : Les caractéristiques des participants

	Âge (en ans)	Situation géographique et milieu de vie	Raison des soins reçus	Type de soins reçus	Durée de l'épisode de soins
André⁴	81	-Quartier Centre-Sud de Montréal -Résidence pour aînés privée avec services	Limitations fonctionnelles d'ordre cognitif suite à un AVC	Évaluation initiale des besoins à domicile par une travailleuse sociale sur deux rencontres	En cours, depuis environ une année
Bernard	64	-En périphérie du quartier Centre-Sud de Montréal -Vit seul dans un logement	Limitations fonctionnelles d'ordre physique suite à de graves problèmes de santé, plaies	-Évaluation initiale des besoins à domicile par une travailleuse sociale -Évaluation et suivi par une infirmière pivot, chaque semaine -Soins de plaie par des infirmiers(ères) auxiliaires chaque jour -Évaluation par une ergothérapeute afin d'adapter la salle de bain, deux rencontres -Service d'aide à l'hygiène au bain, chaque semaine	En cours, depuis environ un mois et demi

⁴ Le nom des aînés gais rencontrés est fictif. Également, étant donné que nous avons fait appel à un organisme communautaire dont les membres se connaissent, des éléments de la vie des aînés ont été modifiés afin d'assurer leur anonymat.

	Âge (en ans)	Situation géographique et milieu de vie	Raison des soins reçus	Type de soins reçus	Durée de l'épisode de soins
Charles	61	-Quartier Centre-Sud de Montréal -Vit seul dans une résidence pour aînés autonomes	Limitations fonctionnelles d'ordre physique suite à de graves problèmes de santé, plaies	-Soins infirmiers d'une infirmière pivot sur une base hebdomadaire et d'infirmiers(ères) auxiliaires, quelques fois par semaine -Évaluation par une ergothérapeute afin d'adapter la salle de bain	-Services reçus au début des années 2000, durée non spécifiée -Dernièrement, cinq mois
Denis	69	-Quartier Centre-Sud de Montréal -Vit seul dans un logement	Limitations fonctionnelles d'ordre physique en raison d'une maladie grave	-Soins infirmiers par une infirmière auxiliaire, à chaque deux semaines -Évaluation par une ergothérapeute afin d'adapter la salle de bain, deux rencontres	En cours, depuis sept mois
Éric	70	-Quartier Centre-Sud de Montréal -Vit seul dans un logement	Plaies	Soins de plaies par des infirmiers(ères) auxiliaires, deux fois par semaine	Quatre mois
François	68	-En périphérie du quartier Centre-Sud de Montréal -Vit seul dans un logement	Plaies	Soins de plaies par des infirmiers(ères) auxiliaires, quotidiennement	Trois mois

3.3 La stratégie de recrutement

Notre stratégie d'échantillonnage informe sur notre stratégie de recrutement. Pour les raisons que nous avons mentionnées plus haut, nous avons utilisé la stratégie d'échantillonnage en boule de neige. Nous avons donc commencé par joindre le président d'une association d'aînés GL qui a, par la suite, ciblé quelques personnes ayant reçu des

services à domicile. Après avoir fait une pré-entrevue téléphonique, nous avons demandé aux personnes ciblées de nous fournir des noms d'autres personnes correspondant à nos critères. À ce point du recrutement, nous avons trouvé cinq personnes. Par la suite, nous avons participé à un souper communautaire de l'organisme afin de présenter notre projet de maîtrise. Cette rencontre ne nous a pas permis d'avoir des candidats potentiels. Ensuite, l'organisme a publié par courriel à trois reprises une invitation à participer à notre recherche. Un seul membre s'est alors manifesté. Nous avons donc rencontré ce sixième participant.

Par la suite, nous avons joint des associations de femmes lesbiennes. Mais aucune de leurs membres connues ne correspondait à nos critères. Nous avons par la suite contacté des maisons d'hébergement et des groupes pour personnes sidéennes. Afin de varier notre terrain de recherche, nous avons contacté la Société Alzheimer de Montréal qui a envoyé notre affiche par courriel à l'ensemble de leurs membres sur l'île de Montréal. Enfin, nous avons rejoint un organisme d'aînés GL situé dans l'ouest de Montréal. Bien que nous ayons pu rejoindre plusieurs aînés gais, aucun n'avait reçu de services à domicile.

3.4 Le déroulement des entretiens

Nous avons rencontré les participants à leur domicile. Le contact établi via notre informateur clé a permis de mettre en confiance les aînés, ce qui a facilité les échanges dès le début des rencontres. Nous avons fait six entrevues semi-structurées, de 45 à 90 minutes. Celles-ci « se caractérise[nt] par une combinaison de questions ouvertes prérédigées [...], mais aussi de questions secondaires "improvisées" sur-le-champ au rythme du déroulement de l'entretien » (Lefrançois, 1992, p. 241). De cette manière, considérant la nature exploratoire de la recherche, nous avons pu aborder certains thèmes que nous n'avions pas nécessairement prévus dans notre grille d'entretien. Également, d'après Lefrançois (1992), étant donné la nature délicate des questions relatives à la sexualité des personnes, nous avons pu nous adapter au contexte de l'entrevue en ajustant la séquence des questions d'après l'aisance des participants. Par ailleurs, selon Mayer et Saint-Jacques (2000, p. 120), « ce type d'entrevue se prête bien aux recherches visant à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet

étudié, les comportements qu'il adopte, les attitudes qu'il manifeste ». Les entrevues semi-structurées se sont donc avérées un choix pertinent eu égard à la visée principale de notre recherche qui est d'en apprendre plus sur les stratégies identitaires des aînés gais.

De manière générale, nous avons respecté certaines consignes de Boutin (1997) relatives aux entretiens auprès des personnes âgées. Cet auteur suggère que, mis à part d'être bien informé des étapes de la vie et des phénomènes qui leur sont associés, on doit soigner la prise de contact en raison des risques de réticence de ces personnes peu habituées à ce genre d'exercice. Il conseille aussi de prendre des temps de repos à cause de la plus grande fatigabilité des personnes âgées. Il émet plus particulièrement trois recommandations qui vont comme suit : « 1. Poser des questions simples, claires, éviter le style ampoulé, 2. Accorder suffisamment de temps à la personne pour qu'elle puisse "ramasser ses idées" en évitant la précipitation, et 3. Accueillir avec sympathie les résonances pénibles ou chargées d'émotions qu'évoquent certains souvenirs ou expériences passées ».

Comme nous l'avions prévu dans notre guide d'entretien (voir Annexe 3 aux pages xvi-xvii), nous nous sommes d'abord présentés en évoquant notre parcours personnel et professionnel qui nous a menés à nous intéresser à cette problématique de recherche dans le but de mettre en confiance les participants.

Puis, nous avons d'entrée de jeu discuté de leur vécu à l'égard des services sociaux et de santé reçus dans les milieux institutionnels d'abord, et puis dans le cadre des services à domicile. Enfin, nous les avons interrogés sur leurs besoins en matière de services à domicile et sur les améliorations souhaitées.

Par l'observation de l'environnement domiciliaire durant notre discussion, nous avons pu par ailleurs avoir accès à de nombreuses informations sur nos participants. Nous avons donc pris soin de prendre des notes quant aux conditions de vie des personnes et observer s'ils rendaient visible leur homosexualité à l'intérieur de leur domicile par des affiches ou des objets y faisant référence.

Hormis les données recueillies lors de nos entretiens et par l'observation du milieu de vie, nous avons également participé à un souper communautaire d'un organisme pour aînés GL, comme indiqué précédemment. Toutefois, la présentation de notre projet de recherche a suscité des discussions sur le rapport aux services sociaux et de santé chez les aînés gais. Certains ont évoqué que les aînés pouvaient se sentir honteux de témoigner de leurs expériences de services à domicile. D'autres ont soutenu que c'était plutôt l'institutionnalisation qui demeurait une préoccupation majeure chez les aînés gais.

3.5 La méthode d'analyse des données

En raison de la nature exploratoire de notre objet de recherche et du terrain très spécifique que nous avons abordé, les pratiques sociales à domicile auprès des aînés gais, nous avons opté, comme mentionné précédemment, pour une démarche d'analyse qualitative des propos recueillis. Dans le passage suivant, Paillé (2007) met de l'avant l'objectif du chercheur empruntant cette voie.

[...] l'analyste qualitatif est à la recherche du sens de ce qu'il lui est donné d'entendre ou d'observer. Il cherche à comprendre et à mettre en lien, à révéler ce qui ne se donne pas dans un examen trop superficiel, à retrouver les cohérences ou à relever les incohérences, bref à élaborer un essai de compréhension renouvelée de ce que l'on souhaite mieux connaître [...] (p. 415).

Plus spécifiquement, l'analyse de nos données a été effectuée par la technique de l'analyse de contenu. À ce sujet, ce que nous retenons de la définition de L'Écuyer (1990), c'est qu'elle consiste en une méthode scientifique et rigoureuse d'analyse du matériel s'appuyant sur un système de codification visant à faire émerger le sens du phénomène étudié dans le but qu'il soit interprété par le chercheur.

À cette fin, nous nous sommes inspirés des trois étapes techniques de l'analyse de contenu proposées par Mayer et Deslauriers (2000). La première étape consiste en la préparation du matériel. Après avoir enregistré nos six entrevues, nous les avons retranscrites sous forme de verbatim. À ces documents, s'ajoutent diverses notes que nous avons prises lors de nos

rencontres : des passages pertinents de leur discours, des réactions non verbales à nos questions et des observations sur le domicile.

La deuxième étape est la préanalyse. En premier lieu, nous avons relu plusieurs fois, selon le modèle de la lecture flottante, les verbatim de chacune des rencontres, puis comparé les réponses aux questions de chacun des participants. Nous avons pu identifier les trois grandes thématiques préexistantes élaborées à partir de notre guide d'entretien, soit le vécu relativement aux services sociaux et de santé, les stratégies identitaires et les besoins ainsi que les améliorations souhaitables des services à domicile. Nous pouvions déjà faire le constat que le thème du vécu prenait une place importante dans les propos des participants, sans pour autant que les enjeux entourant l'orientation sexuelle soient abordés. Également, relativement peu de participants témoignaient d'expériences négatives ou discriminatoires à l'égard de leur orientation sexuelle.

Enfin, l'exploitation (ou le codage) du matériel a été entamée. À cette étape, nous avons eu recours au logiciel QDA Miner. Par une analyse intra-cas et transversale, nous avons identifié différents sous-thèmes puis des catégories plus spécifiques. En ce qui a trait au thème du vécu lors des services sociaux et de santé, nous avons divisé les expériences qui touchaient la dimension de l'orientation sexuelle de celles plus générales. Parmi ces dernières, différentes catégories, dont nous ne nous étions pas doutés au départ, se sont révélées prendre une place imposante dans le discours des participants, comparativement au sous-thème du vécu pouvant être relié à l'homosexualité. Ainsi, des catégories ont émergé durant notre analyse : les aspects relationnels, l'organisation des services et l'influence du domicile.

Quant aux stratégies identitaires des aînés, nous avons d'abord dû départager en sous-thèmes les stratégies et les facteurs influençant ces stratégies. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur le cadre conceptuel d'Eliaison et Schope (2001). Ainsi, nous avons pu définir quatre stratégies identitaires (la divulgation active, la divulgation passive, la dissimulation passive et la dissimulation active), puis trois catégories de facteurs (personnels, relationnels et contextuels) qui se développent en plusieurs sous-catégories.

En ce qui concerne le thème des besoins et de l'amélioration des services, trois sous-thèmes ont émergé du discours des aînés, soit le fait d'être traité de façon identique que l'on soit homosexuel ou hétérosexuel, la préférence pour un auxiliaire en santé et services sociaux (ASSS) de sexe masculin lors des services intimes et les habiletés relationnelles.

3.6 Les limites méthodologiques

À notre avis, notre mémoire comporte certaines limites en ce qui a trait à sa méthodologie. Nous avons souhaité constituer un échantillon plus diversifié quant à sa composition et aux expériences de services à domicile. En fait, le groupe de participants rejoints est plutôt homogène et se compose d'hommes ayant des caractéristiques similaires; ils sont tous blancs, possèdent généralement le même statut économique et vivent en région urbaine. Bien que notre terrain soit la grande région de Montréal, il aurait été intéressant d'y retrouver une certaine variabilité sur les plans ethnique, géographique et socio-économique. En outre, les participants proviennent des quartiers centraux de Montréal, à proximité du Village gai. Or nous estimons, sur la base de notre expérience professionnelle, que certains intervenants qui travaillent dans ce territoire sont soucieux d'adapter leurs pratiques auprès des aînés GL. Cette réalité peut donc occulter certaines pratiques hétérosexistes potentiellement présentes dans la grande région de Montréal ou ailleurs au Québec.

Malgré cela, étant donné que les participants ont reçu des services à domicile en raison de limitations fonctionnelles physiques ou cognitives, temporaires ou chroniques, notre échantillon se démarque positivement de nombre d'études où sont sous-représentés les aînés en perte d'autonomie, en moins bonne santé ou vulnérables (Berger 1982).

En outre, les échantillons non probabilistes sont reconnus pour inclure des individus plus ouvertement gais et ayant des liens sociaux plus importants. Ces échantillons ont donc une surreprésentation d'individus suffisamment à l'aise avec leur orientation sexuelle pour s'associer à des organisations communautaires LGBT (de Vries et Croghan, 2014). De surcroît, Harry (1990, cité par Martin et Knox, 2000) suggère que les études sur les hommes gais utilisant un échantillon non probabiliste sous-représentent souvent les hommes qui ne sont

pas bien intégrés à la structure sociale du monde gai, par exemple les bars, les organisations gaies ou les réseaux d'amis.

Enfin, les services à domicile reçus par nos participants étaient généralement des soins infirmiers. Les interventions des travailleurs sociaux lors de l'épisode de soins consistaient en une évaluation initiale des besoins d'aide à domicile plutôt que des suivis spécifiquement psychosociaux. Toutefois, les enjeux soulevés par nos participants s'appliquent pour la plupart aux professionnels de la relation d'aide.

Malgré ces limites, les entrevues auprès des aînés a permis de rendre compte du récit spécifique, détaillé, de l'expérience de chacun lors des services à domicile. Par conséquent, les différentes pistes d'analyse proposées permettront une meilleure compréhension des réalités des aînés gais pour de futures recherches. Il faut reconnaître qu'à l'heure actuelle, il existe peu de points de comparaison sur les stratégies identitaires des aînés gais dans le contexte des services à domicile.

Quoique notre échantillon final comporte diverses limites, nous avons évité certains biais liés au recrutement des participants. Rappelons que nous avons utilisé un informateur clé afin de cibler des aînés d'un groupe communautaire, puis nous avons utilisé la technique de *l'échantillonnage en boule de neige*. De cette façon, nous avons pu écarter des difficultés associées au conflit de rôle entre chercheur et intervenant. D'après Locher, Bronstein, Robinson, Williams et Ritchie (2006), bien souvent, le recrutement des recherches sur les personnes âgées à mobilité réduite demeurant à domicile s'effectue via les agences de santé leur dispensant des soins et à travers les intervenants leur prodiguant des services directement. Certains aînés peuvent croire que, s'ils participent à la recherche, ils bénéficieront de meilleurs services, ou, au contraire, s'ils refusent, la qualité de leurs services pourrait en être affectée (Steinke, 2004). D'autres y participent afin de briser leur isolement ou, encore, afin de faciliter leur accès aux soins de santé. Dans ces différentes situations, des biais méthodologiques pourraient venir grandement affecter le discours des participants. Or, en passant par un informateur clé n'ayant aucun lien avec les services qu'ils reçoivent, les participants étaient

dans une position où leur consentement était libre et où ils étaient assurés que leurs propos n'affecteraient en rien les services qu'ils reçoivent.

3.7 Les considérations éthiques

Dès le début de notre projet, nous étions conscients des enjeux éthiques de notre recherche et nous avons mis en place des mesures en conséquence. De façon générale, le code d'éthique de l'Association nationale des travailleurs sociaux précise qu'aider les personnes dans le besoin, répondre aux problèmes sociaux et agir sur l'injustice sociale sont les principaux principes éthiques en travail social tant au plan de l'intervention que de la recherche (NASW, 1996 cité par Martin et Meezan, 2009, p. 33). En d'autres mots, la recherche en travail social doit être socialement responsable (Padgett, 1988, cité par Martin et Meezan, 2009, p. 23). En se référant à ce même code d'éthique, Martin et Knox (2000) soulèvent notamment que les chercheurs en travail social doivent être conscients des conséquences de leurs activités sur les participants; ils doivent s'assurer de la confidentialité, de la dignité, de l'autodétermination de la personne et, évidemment, de ne pas nuire de quelque manière que ce soit au participant.

Plus spécifiquement, la recherche auprès des populations LGBT comporte des enjeux particulièrement importants, notamment au plan de la confidentialité, puisque ces personnes sont à risque, encore aujourd'hui dans notre société, de vivre de la violence et de la discrimination en raison de leur identité sexuelle stigmatisée (Martin et Meezan, 2009, p. 20). Ainsi, en utilisant l'*échantillonnage en boule de neige* dans notre recherche, et donc la possibilité que les participants proviennent d'un même réseau, il y a un plus grand risque que l'anonymat soit compromis. Nous avons donc pris des précautions dans l'élaboration finale des résultats de la recherche, notamment en évitant de divulguer des éléments situationnels trop facilement identifiables (Boutin, 1997). Afin de préserver l'anonymat des sujets, nous leur avons attribué un pseudonyme qui a été utilisé lors de la transcription des verbatim. Concernant la confidentialité des données, nous avons gardé sur une clé USB codée les verbatim et les enregistrements audio. Les copies papier ont été gardées dans une armoire sous

clé. Également, nous nous sommes engagés à détruire les enregistrements audio, six mois après la fin du dépôt final du mémoire de maîtrise.

Nous sommes aussi conscients que discuter d'expériences passées marquantes en lien avec l'identité homosexuelle peut être particulièrement éprouvant. Padgett (1998, cité par Martin et Meezan, 2009, p. 28) relate que les entrevues qui traitent d'évènements douloureux peuvent générer des émotions considérables et des moments de détresse. Elle nomme, par exemple, que la remémoration d'actes de violence subis par les personnes LGBT peut les traumatiser de nouveau si elles repensent à leurs réactions face à des évènements qui ne sont pas encore résolus. Ainsi, nous avons bien insisté sur la possibilité d'arrêter la participation à la recherche si l'entrevue amène les participants à vivre une trop grande détresse psychologique. Nous disposons également d'une liste d'organismes offrant du soutien psychologique où des personnes ont les compétences pour intervenir auprès des minorités sexuelles âgées. La méthodologie ayant été présentée, passons maintenant aux résultats de la recherche.

Chapitre 4 : Présentation des résultats

Dans cette partie, nous rendrons compte des résultats obtenus lors de nos six entrevues auprès d'aînés gais recevant ou ayant reçu des services à domicile. Dans un premier temps, nous présenterons brièvement les aspects biographiques des participants de l'étude tout en caractérisant leur trajectoire de soins. Par la suite, nous décrirons les expériences des aînés avec les acteurs du soutien à domicile en considérant leur vécu de façon générale tout autant que celui qui met en relief les enjeux relatifs à leur orientation sexuelle. Ensuite, nous présenterons leurs stratégies identitaires, puis les facteurs qui ont influencé ces stratégies. Enfin, nous terminerons en abordant les besoins spécifiques et les améliorations souhaitées des services dans une perspective de changement des pratiques sociales.

4.1 La présentation des participants de l'étude et de leur trajectoire de soins et de services sociaux et de santé

André, 81 ans, est né en milieu rural au Québec. Lorsqu'il était un jeune adulte, il s'est marié à une femme et a eu des enfants. Plus tard dans sa vie, il a fait son *coming out* et s'est divorcé. Par la suite, il a été en couple pendant plusieurs années avec un homme jusqu'au décès de ce dernier. André habite actuellement dans une résidence privée avec services et aires communes (salle à manger, salle communautaire) située dans le quartier gai de Montréal. Dans son réseau social, il a quelques connaissances à la résidence. André a également des amis plus significatifs qui font partie d'un organisme communautaire pour aînés GL. Ces derniers lui rendent visite ponctuellement. À la résidence, une infirmière et des préposés aux bénéficiaires sont sur place, mais André ne bénéficie pas formellement de leurs services qui doivent être inclus dans le bail. Également, une réceptionniste à l'entrée est présente durant la journée. Comme il le dira dans son récit, André se révèle un homme discret en ce qui concerne son orientation sexuelle.

Il y a quelques années, André a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) alors qu'il habitait seul dans un appartement. Après une période de réadaptation, il a emménagé, avec l'aide de ses enfants, à sa résidence actuelle. Il rapporte avoir de légères pertes de mémoire et

requérir de la surveillance pour sa sécurité. C'est dans ce contexte qu'une travailleuse sociale est venue effectuer une évaluation globale de ses besoins à domicile. André ne sait pas précisément le nombre de fois que sa travailleuse sociale l'a rencontré à domicile, mais il suggère deux ou trois fois. Suite à l'évaluation de ses besoins, André a été orienté au Centre de jour afin de participer à des activités de socialisation. Bien que sa travailleuse sociale était toujours affectée à son dossier au moment de l'entretien, il n'a pas reçu d'autres visites que celles du début de l'épisode de soins, il y a plus d'un an. Notons qu'entre temps, il a séjourné à l'hôpital et a dû y rester près de trois mois puisqu'il était infecté par une bactérie résistante.

Bernard, 64 ans, a vécu dans une famille où l'homosexualité était bien acceptée. Il habite actuellement seul dans un logement situé en périphérie du quartier Centre-Sud de Montréal. Il est récemment devenu célibataire, mais a été en relation avec un homme qui lui apporte encore du soutien, au besoin, à son domicile. M. dit être très ouvert à dévoiler son orientation sexuelle lorsqu'il le juge nécessaire. Il est membre d'un organisme pour aînés GL et participe régulièrement aux activités de loisirs. Dans cet organisme, il peut compter sur quelques amis pour de l'aide informelle.

À la suite d'une hospitalisation prolongée reliée à de graves problèmes de santé, il requérait plusieurs services à domicile. Lors de l'entretien, Bernard recevait des services depuis un mois et demi. Lors de la première visite du CLSC à domicile, c'est d'abord une travailleuse sociale qui est venue évaluer ses besoins d'aide. Par la suite, une infirmière pivot a évalué sa condition de santé et a établi le plan de soins infirmiers. Celle-ci était très présente et lui rendait visite une ou deux fois par semaine. Aussi, des infirmiers(ères) auxiliaires sont venus chaque jour faire des changements de pansements pour ses plaies. Également, une ergothérapeute a fait des adaptations de la salle de bain afin de faciliter ses transferts à la baignoire. Celle-ci est venue à domicile deux ou trois fois. Enfin, des ASSS aidaient Bernard pour son hygiène personnelle chaque semaine. Lors des services à domicile, un membre de sa famille et son ex-conjoint étaient parfois présents.

Charles, 61 ans, est originaire d'un petit village en région rurale. Il habite seul dans une résidence privée pour personnes âgées autonomes située dans le quartier gai de Montréal.

Dans son récit, M. dira qu'il peut vivre maintenant dans l'anonymat et avec des personnes qui manifestent de l'ouverture à l'égard de l'homosexualité, faisant référence à des expériences antérieures difficiles en milieu rural. Bien qu'auparavant il était discret à propos du dévoilement de son orientation sexuelle, à présent il n'hésite pas à se révéler aux intervenants du soutien à domicile, se sentant en sécurité à Montréal pour le faire.

Charles a reçu, à deux reprises, au début des années 2000, des services à domicile posthospitaliers alors qu'il habitait à l'extérieur de Montréal. Il a reçu les services d'une ergothérapeute et ceux d'une infirmière. Étant donné le temps qui s'est écoulé depuis, Charles rapporte seulement quelques événements dans son récit à cette période. En outre, à Montréal, suite à une hospitalisation d'une quinzaine de jours, Charles a reçu pendant cinq mois des soins infirmiers d'une infirmière pivot sur une base hebdomadaire et d'infirmiers(ères) auxiliaires, quelques fois par semaine, pour un changement de pansement.

Denis, 69 ans, habite seul dans un appartement situé dans le quartier gai de Montréal. M. a toujours été très discret quant au dévoilement de son homosexualité. Il semble avoir eu certaines difficultés à ce sujet en affirmant, par exemple, que l'alcoolisme serait une conséquence normale de la vie d'une personne homosexuelle. Il entretient des contacts fréquents avec un membre de sa famille et il peut compter sur son aide informelle au besoin. Denis est membre d'un organisme pour aînés GL et participe parfois aux activités de socialisation. Il entretient plutôt des contacts téléphoniques avec certains membres.

Denis reçoit des soins infirmiers à domicile, toutes les deux semaines, depuis sept mois, en raison d'une maladie grave. Il a également reçu les services d'une ergothérapeute, deux ou trois rencontres, pour l'adaptation de la salle de bain en raison de sa faiblesse générale. Durant les premiers mois de traitement, un membre de sa famille habitait avec lui et était présent lors des services à domicile.

Éric, 70 ans, a déjà été marié avec une femme puis il a divorcé. Il a été par la suite en couple avec des hommes. À présent, Éric habite seul dans un appartement situé près du quartier gai de Montréal. M. dit être très ouvert à dévoiler son homosexualité. Éric a plusieurs amis

significatifs, voisins et autres connaissances dans son réseau social. Il a reçu durant quatre mois, deux fois par semaine, des soins de plaies par des infirmiers(ères) auxiliaires.

François, 68 ans, habite seul dans un appartement situé en périphérie du quartier Centre-Sud de Montréal. Il rapporte avoir un aidant sur qui il peut compter. Bien que François soit également membre d'un organisme pour aînés GL, il se tient seulement au courant des activités, mais n'y participe pas.

À la suite d'une chirurgie et à des complications qui ont prolongé son séjour à l'hôpital, François a reçu des soins, par des infirmiers(ères) auxiliaires, quotidiennement pour des changements de pansements pendant trois mois. François dit que les intervenants ont changé de comportements lorsqu'ils ont su qu'il était gai et qu'il avait été en contact avec des personnes qui ont eu le sida. M. a par ailleurs été pendant un an l'aidant d'un homme sidéen. Actuellement, François dit ne plus vouloir dévoiler son orientation sexuelle aux intervenants en raison de ses expériences négatives antérieures.

4.1.1 Synthèse de la trajectoire de soins et de services sociaux et de santé des aînés

En somme, pour l'ensemble des participants, la demande d'ouverture d'un épisode de services à domicile a été initiée par un hôpital référent. Pour Charles, Éric et François, il s'agissait seulement de l'implication d'une infirmière pivot et d'infirmiers(ères) auxiliaires afin d'effectuer des changements de pansements pour des plaies. Pour André, une évaluation globale des besoins à domicile a été effectuée par une travailleuse sociale et il a été dirigé par la suite au Centre de jour pour participer à des groupes de socialisation et de loisirs. Bernard, quant à lui, a reçu plusieurs intervenants à domicile en raison de la complexité de ses problèmes de santé et des incapacités fonctionnelles qui en résultent. Ainsi, une travailleuse sociale a fait une évaluation globale de ses besoins à domicile et une infirmière pivot et des infirmiers(ères) auxiliaires étaient associés au dossier. Une ergothérapeute est venue évaluer la sécurité lors de l'hygiène au bain et des auxiliaires en santé et services sociaux sont venus l'aider pour son hygiène personnelle. Enfin, Denis a reçu des soins d'une infirmière pivot et d'infirmiers(ères) auxiliaires pour un traitement spécifique. Une ergothérapeute a aussi été impliquée de façon ponctuelle au dossier. Tout compte fait, les participants ont reçu

majoritairement des soins infirmiers à domicile. Également, la durée de l'épisode de soins des participants au moment des entretiens va d'environ un mois et demi à sept mois. En ce qui concerne la fréquence des services, nous pouvons remarquer l'implication du CLSC allant d'une aide quotidienne (Bernard) à une aide toutes les deux semaines (Denis). Toutefois, pour André, la travailleuse sociale est venue à domicile deux ou trois fois, mais la fréquence n'a pas été spécifiée par le participant. Enfin, soulignons que, pour seulement deux participants, Bernard et Denis, un aidant était présent lors des services à domicile. Les autres ont tous reçu des services lorsqu'ils étaient seuls à domicile.

4.2 Les expériences de services à domicile des aînés

Compte tenu de la nature exploratoire de la recherche, nous avons amorcé nos entretiens par des questions ouvertes sur les expériences des aînés relativement aux services qu'ils avaient reçus ou qu'ils recevaient toujours à domicile. Il s'agissait de comprendre leurs perceptions des comportements et des attitudes des intervenants à domicile. D'emblée, les participants ont abordé tant leurs expériences à domicile que dans les établissements de santé, particulièrement dans les hôpitaux et dans les CLSC. En outre, bien que nos questionnements de départ concernent les possibles expériences de discrimination à domicile, le discours des aînés rend compte principalement d'expériences satisfaisantes. Cette section présentera donc les différents aspects de l'expérience de soins des aînés qui ont émergé de leurs discours.

4.2.1 Les habiletés relationnelles et la proximité relationnelle

Rencontrer un intervenant de la santé et des services sociaux pour la première fois peut être une situation anxiogène pour plusieurs personnes. Dans le contexte de l'intervention à domicile, les usagers doivent laisser paraître leurs difficultés ou leurs incapacités, temporaires ou chroniques, dans l'optique de recevoir des services ou des soins correspondant à leurs besoins. Cela ne se fait pas aisément pour tous. De plus, la visite d'un intervenant dans l'intimité du chez-soi peut être ressentie comme intrusive et nécessite une certaine adaptation tant pour l'utilisateur que pour l'intervenant. Ces divers aspects requièrent chez les intervenants des habiletés afin de faciliter la mise en place d'un climat propice à l'intervention et dénouer les impasses potentielles.

Dans notre recherche, la majorité des participants ont révélé avoir apprécié, à divers degrés, leurs expériences de services à domicile. À cet égard, ils évoquent l'attitude positive des intervenants qui se traduit par une approche chaleureuse et une capacité à les mettre à l'aise dès le premier contact. Cette manière d'entrer en relation auprès des aînés, que ce soit pour un soin infirmier bref ou pour l'évaluation globale des besoins à domicile, favorise ainsi la création d'un lien de confiance.

D'emblée, André dira notamment de la visite de sa travailleuse sociale que « [...] ça s'est bien passé, on n'a pas jaser longtemps. Son attitude était très bien, tu sais, elle était accueillante » (André, 81 ans). D'autres passages suggèrent également qu'il se sentait à l'aise de faire connaître ses besoins : « si j'avais besoin de quelque chose, je le mentionnais. Et puis... si j'avais besoin de quelque chose à l'avenir... c'est pour ça que j'ai gardé cette information-là [son numéro de téléphone] ». Étant donné le nombre limité de rencontres de sa travailleuse sociale à domicile, d'après les dires d'André, ce dernier n'a pas développé une relation que l'on pourrait qualifier de significative avec son intervenante. Rappelons que les rencontres s'inscrivaient plutôt dans le cadre d'une évaluation des besoins à domicile. Toutefois, il semble que sa travailleuse sociale ait été en mesure de susciter sa confiance.

Lorsqu'il aborde ses expériences à domicile, Charles rapporte être plutôt satisfait. Il se sent à l'aise d'être lui-même lors des visites des intervenants et ne note aucune difficulté se rapportant à son orientation sexuelle.

Eh bien, il y a tellement d'infirmières qui sont venues, il y a celle responsable [infirmière pivot] qui vient une fois par semaine... J'en ai eu sept ou huit depuis, ça dépend des horaires, des disponibilités. Disons qu'en général, mis à part avec l'infirmière-chef, il n'y a jamais personne qui m'a parlé de mon homosexualité ou qui en a fait mention. Mais je ne me suis jamais caché pour écouter ma radio sur *Gayradiobec* [chaîne de radio diffusée sur Internet], avoir des revues qui traînaient. Je n'ai jamais eu d'attitudes négatives ou bien l'impression que quelqu'un était mal à l'aise à ce jour, en tout cas. (Charles, 61 ans)

Dans le même sens, Denis explique n'avoir eu aucune difficulté avec les différents intervenants lui rendant visite à domicile.

Moi, je n'ai pas eu de problème, aucun. Les infirmières, il y en a peut-être trois ou quatre différentes du CLSC qui viennent occasionnellement, chacun leur tour. Ce n'est

pas toujours la même, ça dépend de l'heure du changement de personnel. Parfois, ils viennent le matin, à 10 h ou 9 h, ou encore, ils viennent à 3 h de l'après-midi à cause du traitement [...] Je n'ai pas eu de problème à aucun niveau jusqu'à maintenant, ça fait sept mois. (Denis, 69 ans)

François va également dans le même sens que ses semblables, mais mentionne que les mesures d'hygiène préventives prises par le personnel viennent affecter négativement son expérience de soins.

Un coup qu'elles étaient rendues ici, c'était excellent. Après un moment donné, il y avait cinq ou six infirmières connues, à tour de rôle, dépendant des chiffres qu'elles avaient, je les connaissais. Et puis, elles venaient chez moi et c'était cordial et gentil. Mais elles portaient des gants et tout. Premièrement, c'est sûr que c'était au niveau d'un changement de pansements bactériens, c'était certainement des procédures assez particulières. Je ne pensais jamais en ressortir, pour moi, j'étais pris comme ça en permanence et je n'ai pas eu du tout un résultat positif avec tout ça... (François, 68 ans)

Dans cet extrait, précisons que les expériences vues comme négatives par François s'inscrivent dans un parcours débuté à l'hôpital. En fait, son témoignage révèle une certaine exaspération des méthodes procédurales du personnel infirmier. Toutefois, ses propos ne nous informent pas sur la façon dont ont été abordées les mesures préventives d'hygiène qui ne sont pas, évidemment, contre sa personne, mais pour assurer une sécurité tant pour l'utilisateur que pour l'intervenant.

Les participants rapportent aussi avoir apprécié la proximité relationnelle qu'ils ont eue avec les différents intervenants du CLSC. Par exemple, Éric dit avoir eu des relations amicales alors que Bernard soutient qu'il considérait son « infirmière-chef » comme une sœur.

Ç'a été presque amical [...] Il y en a une qui venait ici, je ne me souviens plus de son nom, elle prenait un café après son ouvrage, après elle partait. Je n'ai jamais eu l'ombre d'une tache [c'est-à-dire aucune erreur]. Je les prenais quasiment comme de la visite, une visite que j'aimais bien parce que c'était des soins qu'ils me donnaient hein, c'était à peu près comme ça. [...] Moi, je suis tombé sur quelqu'un de très gentil, je ne peux pas rien dire. C'est tout ce côté que je parle, amical là. Je ne l'ai pas invitée à souper le soir là... C'est à peu près ça. (Éric, 70 ans)

Eh bien j'imagine que maintenant, que j'ai cette infirmière-là, maintenant, c'est toujours elle qui me voit. Avec elle, c'est un peu comme, je ne sais pas, comme si c'était ma sœur, fait que ça va très bien, puis elle m'appelle régulièrement... comment

ça va, qu'est-ce qu'il y a de neuf... tout ça. C'est devenu, c'est comme si elle fait quasiment partie de ma vie [...] (Bernard, 64 ans).

Bien que ces participants de l'étude nous parlent de la familiarité des liens qu'ils ont noués, il reste que leur relation est toutefois dans un cadre professionnel. Ce qu'ils suggèrent en fait est leur appréciation de l'empathie et de l'intérêt des intervenants pour leur bien-être, dont l'ouverture à l'autre est la condition essentielle.

Tout compte fait, les attitudes et comportements des intervenants teintent bien évidemment la perception des aînés sur la qualité de l'expérience de services à domicile. En dépit du fait que, dans les expériences rapportées par les répondants, il ne s'agit pas d'un rapport professionnel dans le cadre d'un suivi psychosocial auprès d'un travailleur social, dont on se doute que les habiletés relationnelles et communicationnelles sont primordiales, que ce soit pour un soin de plaie ou une évaluation des besoins, l'aspect relationnel au domicile ne doit pas être pris à la légère.

4.2.2 La fréquence des services

La fréquence des services reçus à domicile semble également être un aspect positif, puisqu'elle favorise la proximité relationnelle. Bernard rapporte à ce sujet qu'il a développé un bon lien avec les intervenants gais, mais que la fréquence des services semble avoir joué aussi sur cette relation. Il explique que « ceux qui sont là plus souvent, et bien c'est sûr que, tu sais, j'ai développé un peu plus d'intimité » (Bernard, 64 ans). Soulignons également les propos de Denis qui vont dans la même direction :

Eh bien, l'infirmière principale, c'est elle qui vient pratiquement le plus souvent, pas à toutes les semaines, mais presque. C'est avec elle et [un membre de sa famille], qui était ici pendant cinq mois, on a développé des discussions plus personnelles, plus... pas intimes, mais, plus... pas juste faire le traitement et partir comme il y en a d'autres qui font, ils viennent pendant cinq minutes, ils font le traitement puis ils s'en vont [...]
(Denis, 69 ans)

4.2.3 La disponibilité des intervenants

Dans le contexte actuel des compressions budgétaires dans le réseau de la santé et des services sociaux, notamment pour les services aux aînés, les participants de l'étude ont posé

un regard critique en ce qui concerne l'organisation des services et les effets sur les pratiques des acteurs du soutien à domicile.

Dans cette perspective, les thèmes du temps et du dévouement des intervenants ont été soulevés chez la majorité des participants. D'entrée de jeu, François rapporte que, pour lui, les intervenants du soutien à domicile doivent être « des gens qui sont consciencieux, qui ne regardent pas leur montre, qui font ce qu'ils ont à faire, qui le font bien puis d'une manière respectueuse » (François, 68 ans). Dans le même sens, Éric mentionne que, pour lui, il est nécessaire que le personnel prenne son temps pour effectuer les actes professionnels. De cette façon, cela lui laisse plus d'ouverture pour poser des questions sur sa santé.

Eh bien, disons qu'une infirmière arrive, elle se présente, son nom, elle explique les soins qu'elle a à donner, des choses comme ça, pis là, j'ai des questions, je les pose. Je vais lui demander, veux-tu un café, on va prendre un café ensemble, le temps qu'elle fasse les soins, c'est tout le stock autour. Tu ne te sens pas pressé, elle prend le temps de faire ce qu'elle a à faire, et toi, tu as le temps de poser tes questions avant qu'elle s'en aille. (Éric, 70 ans)

Mise à part la possibilité de poser des questions, Éric est également très éloquent sur ce que projette la disponibilité des intervenants quant à la perception d'être respecté en tant qu'utilisateur. Par exemple, il dit, à propos des intervenants, qu'« ils n'arrivaient pas ici en courant, vite, vite on se dépêche pis... vous êtes un numéro pis on part ». Néanmoins, dans son discours, il dira qu'il est conscient que le travail des intervenants comporte des règles établies qui les limitent dans le temps, ce qui semble être un phénomène nouveau pour lui : « c'est parce qu'y'en a des fois que j'avais entendu dire des choses, ce que j'entendais, c'est ils [les intervenants] font des procédures, je ne comprends pas pourquoi [...] quand vous avez des aptitudes comme ça maintenant, c'est de même qu'il faut fonctionner. » (Éric, 68 ans). Bernard a lui aussi remarqué l'impact de l'organisation des services sur la disponibilité des intervenants.

Eh bien, je ne dirais pas qu'ils sont minutés, mais ils ont plusieurs personnes à voir dans une demi-journée. Je me suis aperçu qu'il y en a qui prenaient plus le temps que d'autres. Il y en a qui fallait que ça aille vite, y en a d'autres... eh bien, ils se foutaient un peu du temps que ça prenait puis ils étaient là pour t'aider. (Bernard, 64 ans)

Denis soutient aussi que le nombre d'usagers que les intervenants doivent visiter dans une période de temps influence leur disponibilité. Toutefois, il souligne avoir développé une relation significative avec son « infirmière principale » qui prenait le temps de discuter avec lui.

Eh bien, l'infirmière principale, c'est elle qui vient pratiquement le plus souvent, pas à toutes les semaines, mais presque. C'est avec elle et [un membre de sa famille], qui était ici pendant cinq mois, on a développé des discussions plus personnelles, plus... pas intimes, mais, plus... pas juste faire le traitement et partir comme il y en a d'autres qui font, ils viennent pendant cinq minutes, ils font le traitement puis ils s'en vont, y'en a une en particulier... ça dépend aussi du temps qu'ils ont, ça dépend de la quantité de patients qu'ils ont. Y'en a une la semaine dernière qui est venue, pis a dit : « moi, ils m'ont changé mon horaire, ils m'ont donné plus de patients, ça ne me tente pas, fait que je démissionne ». Fait que elle m'a fait le pansement, puis vous ne me reverrez plus, bonjour. Fait que c'était spécial... Elle n'était pas contente de son... [horaire] (Denis, 69 ans)

Ces passages mettent de l'avant de façon évidente les contraintes de temps qui affectent le travail des intervenants, mais aussi la présence d'une marge de manœuvre qui paraît relever de la volonté des personnes d'offrir leur aide. En parlant des expériences négatives qu'il a vécues, Bernard rajoutera en ce sens qu'« ils [certains intervenants] faisaient le travail parce qu'ils étaient payés, c'était le minimum, et puis pas plus. » Ceci présente l'idée que certains intervenants du soutien à domicile ne sont pas, à ses yeux, aussi dévoués qu'ils devraient l'être, ce qui contraste vivement avec ses propos concernant sa relation avec son infirmière pivot, mentionnés précédemment. Tout compte fait, les participants présentent un discours nuancé relativement à la disponibilité et au dévouement des intervenants lorsqu'ils reçoivent des services à domicile.

D'autres propos relevés chez les participants retiennent notre attention sur la différence entre recevoir les services au CLSC comparativement à les recevoir à domicile. Par exemple, Éric considère son expérience plus positive lorsqu'il reçoit des services à domicile que lorsqu'il se rend au CLSC. L'extrait suivant traduit bien cette idée.

Au CLSC, le peu de fois que je suis allé, je trouvais qu'il n'y avait pas assez de personnel. [...] Mais c'est quand ils se présentent à la maison, ils s'occupent de vous point. Il n'y a pas cinq ou six personnes qui attendent. Ils savent combien de personnes qu'ils ont à voir. Moi, je pense qu'à la maison, on a peut-être un meilleur service qu'au CLSC de ce côté-là. Je ne parle pas du côté médical, mais côté disponibilité. Parce que,

quand tu es dans le bureau là-bas, et tu sais qu'il y en a dix qui attendent, pis la personne qui te soigne, elle le sait qu'il y en a dix qui attendent, là, si tu commences à allonger un peu trop. Pas à cause que je me suis senti poussé, mais moi, je me sens plus à l'aise quand qu'ils viennent chez moi. (Éric, 70 ans)

À l'inverse, François exprime plutôt des propos négatifs quant à la disponibilité des intervenants du soutien à domicile, même sur le plan de l'accessibilité des soins, ce qui a eu, selon lui, un impact sur sa santé.

Alors, écoute, ç'a été, pour moi, une expérience horrible, difficile. À chaque fois que j'avais des douleurs et des choses... j'appelais le CLSC puis ils n'avaient pas le temps, il n'y avait personne de disponible... votre infirmière, parlez-lui en demain, etc. Ce qui est arrivé, c'est que, après une semaine et demie, ça s'est empiré. Donc, je suis retourné à l'hôpital, ce n'est pas pour le cœur, c'est un autre endroit, pour les jambes, pis là on parlait peut-être de couper ma jambe, fait que là, ayouille, moi, je capotais. Et, donc, les demandes que je faisais, tombaient dans le vide là. Je demandais qu'on me rappelle, on va vous rappeler, etc., mais je n'avais aucune réponse. (François, 68 ans)

4.2.4 Le domicile : entre intimité et malaise

Le fait de recevoir des services à domicile a influencé dans une certaine mesure l'expérience des aînés. Pour différentes raisons, les participants ont exprimé des propos mitigés à ce sujet. Pour certains, le domicile est avantageux sur le plan de l'intimité, comparativement aux services reçus dans les établissements de santé et de services sociaux comme au CLSC.

Eh bien c'est sûr que si tu vas au CLSC, tu vas dans leur bureau... dans l'endroit où il y a le CLSC... c'est moins personnel, c'est moins intimiste. Je suis allé quelques fois au CLSC pis ils font ce qu'ils ont à faire et puis c'est tout là, comme dans une clinique. Quand ils viennent à la maison, le rapport est plus personnel, plus chaleureux, je dirais probablement. (Denis, 69 ans)

Pour d'autres, la visite du domicile par les intervenants était parfois associée à des difficultés ou à un malaise. En fait, pour Charles, par exemple, les recommandations concernant la sécurité au domicile étaient perçues comme du contrôle sur son environnement.

Eh bien c'était le genre [son infirmière], je l'appelais Maman, elle était bosseuse comme on dirait par chez nous, elle contrôle les situations. « Eh bien là votre table est penchée, pis votre lit est trop haut, pis ci pis ça ». T'sais elle me prenait un peu comme un enfant. On vieillit, mais on ne revient pas nécessairement tous en enfance, mais ça s'est réglé. (Charles, 61 ans)

Aussi, sur ce point, Bernard raconte avoir eu l'impression d'être envahi par le personnel du soutien à domicile.

Bien, c'est sûr qu'au début j'étais très mal à l'aise moi-même, parce que moi, je n'avais jamais été malade, je veux dire. Et puis j'avais l'impression d'être un peu envahi là, et puis j'en ai discuté avec l'infirmière, elle a très bien compris comment je me sentais, et puis c'est ça, jour après jour, ça s'est estompé. Et puis je dirais que les plus gros problèmes ont été à l'hôpital, pas avec les employés du CLSC. (Bernard, 64 ans)

Charles rapporte aussi que l'exiguïté de son logement peut rendre la prestation de soins inconfortable : « Ben moi, ça me gêne, ça me rend un petit peu mal à l'aise. Parce que c'est tellement petit nos appartements que tu ne peux pas dire, je m'en vais à l'autre bout de la maison. On est en contact, on se marche sur les pieds ». (Charles, 61 ans)

4.2.5 L'homosexualité perçue ou réelle des intervenants

Sur l'ensemble des participants, c'est seulement Bernard qui soutient de façon explicite que le fait d'avoir eu des intervenants qui soient gais, ou perçus comme tels, ou *gay-friendly*, combiné au fait qu'il soit ouvertement gai lui-même, lui a permis d'avoir une expérience plus positive dans le cadre des services à domicile. Ses propos sont intéressants puisqu'ils soutiennent que certaines affinités entre l'utilisateur et l'intervenant agissent favorablement sur l'expérience de soins.

D'entrée de jeu, il considère avantageux le fait que le personnel soit *gay-friendly* ou gai : « Eh bien peut-être que j'ai été chanceux, je suis tombé sur une infirmière qui était *gay-friendly* et puis j'ai même eu un infirmier qui la remplaçait qui était gai, et puis j'ai eu aussi un auxiliaire (ASSS) à domicile qui était gai aussi. Je n'ai pas eu vraiment à me plaindre de ce côté-là [...] » (Bernard, 64 ans). Plus encore, il exprime que les gens qui sont, selon ses dires, « sympathiques » à la cause des homosexuels, c'est-à-dire ouverts et compréhensifs, font de *petits extras* : « Quelquefois même ça va aider parce que les gens même, des gens sympathiques ils vont, ils vont peut-être en faire un petit peu plus (Rires) ». Ces *petits plus* peuvent prendre plusieurs formes; dans l'extrait suivant, il dit que son infirmière pivot a privilégié un ASSS gai pour lui donner des soins et que ce dernier lui a donné un service remarquable tant sur le plan des soins que sur l'aspect relationnel :

Comment vous sentiez qu'elle a facilité la chose ? Eh bien, elle a, entre autres, envoyé un infirmier qui était gai, quand elle n'était pas disponible. **Vous croyez que c'était son action ?** Oui, oui, elle ne me l'a pas dit, comment je dirais bien ça, clairement... mais elle me l'a fait souvent sentir... J'ai eu à l'occasion de Noël, un intervenant qui était gai aussi, pis vraiment il a mis le paquet. Il m'a fait rire, il m'a vraiment traité aux petits oignons, j'étais vraiment content. Mais malheureusement, il est venu juste une fois. (Bernard, 64 ans)

En fait, Bernard perçoit que son infirmière pivot a fait en sorte qu'il reçoive des soins d'un ASSS gai. Plus tard, il dira donc que c'est plutôt avantageux que les autres intervenants du soutien à domicile soient au courant de son orientation sexuelle : « C'est les intervenants, ben tous ces gens-là se connaissent finalement... **Donc, vous pensez que l'information circule auprès de votre infirmière et puis avec les autres intervenants ?** Ouais, c'est ça. Dans un sens positif, ça paraissait aussi qu'eux étaient plus à l'aise ». L'aisance chez les intervenants rendait Bernard lui-même plus à l'aise ce qui, au bout du compte, facilitait le service d'aide.

Donc, ceux qui étaient gais ou lesbiennes prenaient peut-être plus de temps avec vous comparativement à d'autres intervenants ? Eh bien, ils étaient comme, ils se sentaient plus à l'aise eux autres aussi. C'est ça qui faisait qu'ils étaient plus volubiles, t'sais. **De cette manière-là, ça vous met à l'aise vous-même...** Oui, et puis quand on est malade... au début j'étais très... comment qu'on dit ça... j'étais très prude... [...] Et puis, à ce moment-là, et puis aussi y'en a que c'était évident qu'ils étaient gais aussi, alors ils comprenaient que j'étais gai aussi, alors ça créait, comme je dirais bien ça, une facilité.

4.2.6 Le malaise des intervenants face à l'homosexualité

Bien que Bernard ait vécu une expérience généralement positive en divulguant son orientation, pour lui-même et d'autres participants, certaines expériences se sont révélées plus pénibles. Dans le passage suivant, il met en évidence la nature du malaise chez certains ASSS d'une autre culture, dans ce cas-ci mexicaine.

Je me souviens qu'il y en a deux qui étaient venus, c'était deux Mexicains, puis lui, pas gêné, il disait qu'il était mon ex, et puis qu'on a vécu cinq ans ensemble patati, patata puis eux, ils étaient un peu... **Un peu ?** Réticents... **Ça les a impressionnés ou... ?** Ça les a incommodés, parce que je sais pas si... il paraît qu'au Mexique, c'est moins ouvert qu'ici... je ne sais pas, je n'y suis jamais allé, fait que. **Comment vous vous êtes senti par rapport à ça ?** Eh bien moi, ça m'a fait rire. Ils sont partis, ils riaient eux autres aussi. [...] En tout cas cette fois-là, c'était évident qu'ils n'étaient pas à l'aise... (Bernard, 64 ans)

Charles discute également à ce sujet des expériences qu'il a vécues lorsqu'il habitait en région rurale. Il prétend que certains intervenants se sont sentis mal à l'aise après avoir déduit son orientation sexuelle par les objets ou les affiches dans son domicile. Il évoque dans le premier extrait que ce sont ses relations auprès du personnel qui en ont été affectées. Dans le deuxième extrait, on comprend que ces malaises n'ont toutefois pas influencé la qualité des soins prodigués.

Puis, j'ai déjà eu quelques infirmières que je sentais que... j'avais des photos d'hommes pas nécessairement nus [...] Puis, j'avais beaucoup de drapeaux gais dans la maison, des choses comme ça... Mais à part quelques-unes d'entre elles, qui étaient un peu..., tu sentais qu'elles étaient mal à l'aise. [...] **Donc, c'était plus en région que vous avez vécu des situations vous rendant mal à l'aise ?** Oui, un peu, juste un malaise qui faisait qu'on était moins en relation, je ne sais pas si le mot est bien choisi, intime, personnel. (Charles, 61 ans)

Dans le fond, est-ce que vous pouvez un peu plus décrire ces malaises que vous avez vécus, peut-être plus les mettre en contexte, ou avez-vous des exemples un peu ? Ah mon dieu... On dirait que quand ils voyaient les symboles que j'avais un petit peu partout, ça les gênait. Ce n'est pas qu'ils étaient nécessairement... contre... ça créait une certaine... t'sais des moments silencieux, ce genre de choses, mais ça ne changeait pas mes soins, je pense que j'avais de bons soins. (Charles, 61 ans)

4.2.7 Les effets du VIH/sida sur la relation usager/intervenant

Dans un autre ordre d'idées, François a vécu des expériences négatives à la suite du dévoilement de son homosexualité, mais aussi lorsqu'il a informé le personnel soignant qu'il a côtoyé une personne porteuse du VIH/sida (Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise). Entre autres, il trouve exagérées les mesures de protection du personnel.

Aussitôt que j'ai prononcé ça là, le mot gai, okay là, c'était une inscription particulière parce que là, on va peut-être être obligé de venir vous voir avec des gants et des masques. Parce que je suis gai, okay. Aussi j'ai glissé un mot comme quoi j'avais un ou deux copains qui étaient sidéens. Ah ben là, ça y était, ils m'ont fait des prises de sang pour voir si je n'avais pas le VIH, positif, négatif, quoi que ce soit, j'ai trouvé ça un peu fort. (François, 68 ans)

Dans son discours, le fait qu'il soit gai, d'une part, et qu'il ait fréquenté une personne sidéenne, d'autre part, explique pourquoi le personnel est plus prudent en ce qui a trait à sa propre protection lorsqu'il recevait des soins. Le dévoilement du statut sérologique de son ami

a cependant augmenté les mesures préventives déjà utilisées à la suite du dévoilement de son homosexualité. Ainsi, la répétition des questions au sujet de son ami l'a également irrité.

Oui, parce que j'ai vu l'attitude changer à l'hôpital... les chirurgiens, infirmières et les services au CLSC, changer complètement quand ils ont su que j'étais gai et surtout quand je confirmais comme quoi, parce qu'ils revenaient me demander des questions... « Votre ami qui est sidéen, est-ce que vous couchez avec ? ». Oui. Okay. Et, alors donc, ils voulaient avoir plus de spécifications sur mon comportement sexuel avec le sidéen. Mais ils m'ont bien confirmé que j'étais VIH séronégatif. Alors, j'ai trouvé ça drôle tout de même qu'ils m'harcélaient assez souvent sur ça.

Aussi, dans l'extrait suivant, on remarque que François perçoit chez les intervenants une association entre l'homosexualité et la maladie.

Vis-à-vis moi... ben c'est seulement en dernier que les infirmières, les infirmiers ont su que j'étais gai. Mais j'ai trouvé que l'attitude avait changé. Une fois qu'ils ont su que j'étais gai... ils étaient un peu plus... ils faisaient plus attention aux choses... encore là, c'était comme si j'avais une maladie tout d'un coup qui allait être transmissible. J'étais malade là, pour leur donner une maladie.

En bref, comme nous l'avons vu dans cette partie, les aînés gais nous ont révélé avoir des services plutôt satisfaisants dans l'ensemble, mais parfois moins satisfaisants, relativement aux habiletés relationnelles et professionnelles des intervenants, à l'organisation des services ou au rapport à l'espace. En outre, il peut aussi persister certaines difficultés en lien avec l'orientation sexuelle des usagers lorsqu'ils reçoivent des services à domicile. Rappelons que notre questionnement initial consistait à saisir si ces difficultés viennent influencer la façon dont les aînés divulguent ou dissimulent leur orientation sexuelle aux acteurs du soutien à domicile. Ceci nous permet d'aborder maintenant comment cette caractéristique de leur vie intime est négociée à travers les stratégies identitaires.

4.3.1 Les stratégies identitaires des aînés gais

Dans les entretiens, les participants étaient amenés à discuter de leurs expériences de soins à domicile. Comme mentionné précédemment, bien souvent, ils abordent leurs expériences tant à domicile que dans les milieux institutionnels. Également, ils discutent de situations hypothétiques de dévoilement, c'est-à-dire de la façon dont ils réagiraient s'ils étaient confrontés à différentes situations auprès des intervenants de la santé et des services sociaux dans le cadre des services à domicile ou dans les établissements. Pour ces raisons,

nous examinerons les stratégies identitaires, actives et passives, en les distinguant selon le contexte, à domicile ou en établissement (CLSC et Centre hospitalier). Puis, nous rapporterons également les expériences évoquées de manière hypothétique.

4.3.1.1 Les stratégies actives de divulgation

Au domicile

Les deux tiers (4/6) des participants ont utilisé par moment des stratégies actives de divulgation au domicile lorsqu'ils ont reçu des services sociaux ou de santé. Ils se sont donc impliqués dans ce processus de manière à rendre visible leur orientation sexuelle. Les modalités de divulgation qu'ils ont utilisées les répondants prennent la forme, pour trois d'entre eux, d'auto-désignation comme gai et, pour un seul d'entre eux, celle de la révélation d'une relation antérieure avec un conjoint de même sexe.

Par exemple, François a signalé qu'il était gai en s'auto-désignant comme tel. Le passage suivant montre qu'il s'est révélé auprès du personnel infirmier au cours d'un épisode de soins, alors qu'on lui faisait un changement de pansement pour une plaie : « Ah et bien je me sentais relaxe... je voyais que tout de même on me donnait des services, et puis en passant comme ça, simplement par accident que j'ai sorti ça, un moment donné... » (François, 68 ans). Dans cet extrait, on note la nature spontanée du dévoilement, voire accidentelle, selon les propos de François. Le dévoilement s'est ainsi inséré dans le fil d'une conversation. C'est également dans ce contexte qu'Éric s'est auto-désigné comme gai. En fait, le moment choisi, alors qu'il recevait lui aussi des soins infirmiers, il a glissé dans la conversation qu'il était homosexuel, comme il le souligne dans les échanges suivants.

Mais vous, vous n'avez pas divulgué votre orientation sexuelle comme telle aux personnes qui sont venues à domicile ? Oui, ils le savaient. Je n'ai pas fait cette affaire-là... Hey je suis gai! Mais en parlant, je leur ai dit puis ça pas changé les choses... y'en a une qui m'a dit « ben on est dans le Village », en voulant dire, on s'attend à travailler avec des gais, c'est ce qu'elle m'a répondu, ça été tout. **Comment ça s'est passé quand vous avez divulgué votre orientation sexuelle ?** Je ne le sais pas, mais c'est venu sur la conversation une fois en parlant. Moi, j'ai dit, je suis gai pis... on est dans le Village, c'est ce qu'elle m'a répondu. (Éric, 70 ans)

Pour ces participants, le dévoilement actif s'est donc effectué au cours de l'épisode de soins. L'aîné se sent alors en confiance, ce qui lui permet d'avoir l'aisance pour se dévoiler. Toutefois, dans le cas de Charles, il évoque avoir discuté, lors des premiers services à domicile, pendant qu'il recevait des soins infirmiers, des raisons qui ont motivé son déménagement à Montréal. Rappelons qu'il habitait auparavant en région rurale. Bien qu'il ne se soit pas auto-désigné comme gai à proprement parler, on comprend manifestement qu'il est homosexuel.

Puis aussi au début ce qui les intriguait, les infirmiers, infirmières, même les médecins, « Pourquoi vous êtes déménagé à Montréal ? ». Ben je disais toujours, il y a trois raisons principales [...] La deuxième raison, c'était quoi déjà ? Ah pour vivre mon homosexualité pis enfin me débarrasser de tout ça. (Charles, 61 ans)

Pour Bernard, la divulgation de son orientation sexuelle s'est effectuée lors de la première visite d'une intervenante du CLSC à domicile. Une travailleuse sociale est d'abord venue effectuer l'évaluation de ses besoins d'aide à domicile. Comme en témoigne l'extrait suivant, il convenait à Bernard de révéler qu'il avait déjà eu un conjoint et que celui-ci, toujours présent dans son réseau, pouvait lui fournir de l'aide informelle pour les prochaines semaines à venir.

Ah ben y'en a une qui est venue, d'ailleurs, au début, qui vient faire comme l'évaluation des besoins et puis, je ne me suis pas gêné pour dire, elle me demandait si je pouvais compter sur une personne pour m'aider, j'ai dit mon ex-chum qui va venir pendant tant de semaines, et puis il va rester avec moi pour m'aider. C'était clair là. (Bernard, 64 ans)

Dans les établissements

Dans les milieux institutionnels, les participants ont également utilisé des stratégies actives de divulgation. C'est le cas par exemple d'Éric. Contrairement à certains participants qui ont initié leur dévoilement, lorsque la question sur son orientation sexuelle lui a été très clairement demandée par des professionnels, ce dernier s'est tout de suite auto-désigné comme gai.

Mon médecin qui m'a opéré, j'allais le voir à l'hôpital Notre-Dame, c'était une femme, pis une journée tout d'un coup elle s'est retournée de bord... « Êtes-vous gai ? ». J'ai dit oui pis ? Elle a dit, « rien » (Rires). C'est tout. Je me suis posé, pourquoi elle m'a posé la question, de même t'sais, c'est ça. C'était bizarre... (Éric, 70 ans)

Bon comme ça faut tu fasses avec... faut pas... surtout où ce que je vais, c'est rare qu'on me le demande directement, mais ça m'est arrivé une fois par un médecin, pis j'ai dit oui. Pis je n'ai pas vu changer son attitude. Ça m'est arrivé à l'hôpital St-Luc, St-Luc, c'est pas mal dans le coin [près du Village] par exemple. Mais un médecin me l'a demandé pis j'ai dit oui. [...] (Éric, 70 ans)

Dans le cas de Bernard, tout comme au domicile, il a dévoilé son orientation sexuelle directement au personnel de l'hôpital en signalant qu'il était en couple ou avait été en couple avec un homme. Toutefois, ici, Bernard s'est tout autant auto-désigné comme gai qu'il a révélé être en couple avec un homme à cette époque. Nous devons par ailleurs ajouter que Bernard a révélé son orientation sexuelle dans le contexte d'une hospitalisation prolongée et que son conjoint s'impliquait quotidiennement auprès de lui. Comme en témoignent les deux extraits qui suivent, les motifs de la divulgation consistent notamment à faciliter la circulation de l'information, entre autres médicale, à son conjoint en cas de besoin.

Ben moi, je l'ai dit à l'hôpital, à l'infirmière qui s'occupait spécifiquement de moi de jour, puis je l'ai dit aussi à mon spécialiste [médecin] parce que je trouvais ça important, si j'étais malade, qu'ils partagent facilement les informations avec lui, celui que je considérais comme mon conjoint et puis cela a bien fonctionné. (Bernard, 64 ans)

Donc comment ça s'est passé à l'hôpital, lorsque vous avez dévoilé ou dissimulé, comment est-ce qu'ils ont eu cette information-là ? À l'époque, j'avais un copain qui venait me voir tous les jours, alors c'est devenu connu puis, il était même, j'avais même mis son nom comme conjoint sur les papiers de l'hôpital. Ils l'appelaient quand ils avaient des problèmes [pour lui faire signer des documents]... il a fallu qu'ils m'opèrent d'urgence un moment donné. (Bernard, 64 ans)

4.3.1.2 Les stratégies passives de divulgation

Au domicile

Un autre type de dévoilement présent chez les participants consiste en une stratégie qui permet de révéler son identité homosexuelle en donnant des indices autrement que par la parole. Dans le cas de Bernard, la présence de tableaux (toiles peintes), faisant référence aux représentations de l'homosexualité, pouvait constituer des indices permettant aux intervenants de décoder l'orientation sexuelle de ce dernier. En outre, lors des services, le dernier conjoint de Bernard était parfois présent. Celui-ci affirmait, par ailleurs, formellement avoir été en

couple avec le participant, rendant ainsi visible aux intervenants l'orientation sexuelle de Bernard.

Lorsque les intervenants viennent à votre domicile, est-ce qu'il y a des indices qui leur font dire que vous êtes gai ? Avec quel type d'objets ils pourraient deviner ? Eh bien il y a des peintures, et puis il y a évidemment quand mon ex était là, lui je veux dire, il ne se gênait pas pour le dire... « Ben moi je suis ici, c'est mon ex, je viens l'aider... je suis là pour l'aider et puis je veux savoir qu'est-ce qu'il y a, qu'est-ce que je peux faire pour améliorer sa situation ». Lui, il était très direct. (Bernard, 64 ans)

Pour Charles, les affiches symbolisant la diversité sexuelle étaient apparentes dès l'entrée au domicile, comme il le rapporte dans le passage suivant.

Puis comment vous vous êtes pris quand vous avez reçu des services à domicile, le divulguer ou le dissimuler ? Comment ça s'est passé ? Juste par des petits symboles, comme mon drapeau dans ma porte. (Charles, 61 ans)

4.3.1.3 Les stratégies passives de dissimulation

Au domicile

D'autres participants préfèrent se montrer plutôt discrets. Ils ne souhaitent toutefois pas pour autant vouloir cacher leur identité homosexuelle. À ce sujet, Denis évoqua ceci : « Ben je le dissimule pas dans le sens que pour moi, c'est normal, pis je n'ai pas d'affaire à, je n'ai pas d'affaire à la mettre sur la table... ne pas en parler, je n'en parle pas parce que ce n'est pas nécessaire ». (Denis, 69 ans)

Également, André, le plus âgé du groupe, explique notamment ne pas avoir dévoilé son orientation sexuelle étant donné que personne ne lui a demandé. Ainsi, il dit agir comme « Monsieur tout le monde », c'est-à-dire conformément à ce qu'on s'attend des comportements d'un homme hétérosexuel, sans pourtant dissimuler son orientation sexuelle.

Est-ce que vous pensez que le fait que vous soyez gai a influencé les services que vous avez reçus ? Aucune, je n'en ai jamais parlé. **Okay, vous n'en avez pas parlé.** Je n'en ai pas parlé... et ensuite je ne suis pas une fofolle [...] Je suis un bon comédien. **Qu'est-ce que vous voulez dire ?** Je veux dire par là... je ne m'annonce pas comme gai... je suis Monsieur tout le monde. **Pourquoi dire ou ne pas dire son orientation sexuelle ?** Honnêtement, ça ne me dérange pas du tout. **Mais, vous avez choisi quand même de ne pas le dire.** La question ne s'est jamais posée. Ils ne m'ont jamais posé la question si je suis gai oui ou non. Ça ne m'a jamais été demandé. (André, 81 ans)

En outre, soulignons dans l'extrait une certaine préoccupation d'André de ne pas être perçu comme une « fofolle », autrement dit, comme un homme gai efféminé, ce qui est négatif à ses yeux. Mentionnons toutefois que pour lui, « faire le comédien » ne signifie pas qu'il veuille se faire passer pour une autre personne et donc qu'il mentirait sur son identité. C'est plutôt qu'il évite de se dévoiler. Dans le passage suivant, nous pouvons percevoir qu'il est tout de même prudent vis-à-vis des employées de la résidence dans laquelle il vit puisqu'elles sont d'une autre origine ethnoculturelle que la sienne.

Je ne crois pas... que les personnes qui travaillent ici... comment je dirais ça... je ne crois pas qu'ils diraient que je suis gai. Mais si... je crois que... je n'ai pas besoin de prouver que je suis gai ou non. **Okay, je comprends.** Les relations que j'ai avec le personnel, ici, la majorité, c'est des femmes d'ailleurs, alors on joue le rôle. (André, 81 ans)

Nous pouvons donc en déduire que les personnes d'une autre culture lui semblent moins ouvertes à la diversité sexuelle. Ceci contraste avec ses propos précédents. Rappelons qu'il évoque que le fait de dire ou ne pas dire son orientation sexuelle n'a pas d'importance pour lui, « ne le dérange pas », pour utiliser ses termes. Ainsi, les stratégies qu'il utilise diffèrent d'un interlocuteur à un autre.

Un dernier passage d'André sur ses stratégies passives met véritablement de l'avant une volonté non pas de se cacher, mais plutôt d'être discret.

Je vais te dire quelque chose... si un intervenant vient ici ou est venu auparavant, dans ma vie avant, ces choses-là... les photos de nus, ces choses-là, il n'en avait pas. La seule chose que j'avais, c'est le David de Michel-Ange, mais tout le monde en a. Alors j'ai jamais eu de drapeau ou de photos ou quoi que ce soit exposé dans ma maison. Okay [...] Je pourrais en mettre de ça, si j'en aurais, mais j'en mettrais pas... je ne suis pas démonstratif. **Pensez-vous qu'en mettant ce genre d'objet là, ça pourrait influencer comment les intervenants agiraient avec vous ?** Aucune idée. Aucune idée. Parce que tu es le premier intervenant qui vient me poser des questions sur ce sujet-là... et puis j'ai des amis qui sont venus, qui viennent, tu sais, et puis y en a un qui m'a posé une question... je lui ai dit, ce n'est pas de tes affaires... parle-moi pas de ça... Parce que y'en a d'autres gais ici, mais personne ne s'affiche... excepté qu'il y en a un qui est fofolle un peu. À part de ça, les autres sont comme moi, sont discrets là-dessus.

Dans les établissements

Dans le cas de Charles, alors qu'il habitait en milieu rural, la dissimulation passive constituait une stratégie afin d'obtenir des services de qualité par des professionnels perçus comme homophobes.

Pourquoi dire ou ne pas dire son orientation sexuelle ? Je dirais que si c'est un service exclusif, que tu ne peux pas avoir ailleurs ou que t'as pas le choix, y'a une seule infirmière dans tout ton village, je prends un exemple comme ça, ou un seul médecin et que tu sais qu'il n'est pas à l'aise ou homophobe à différents degrés, ben là je pourrais [avoir] tendance à... puis je l'ai déjà fait, parce que tu dis, je ne peux pas aller à la porte voisine... c'est lui qui... je veux avoir le meilleur service de santé disons, fait que ben je ferme ma gueule et puis tu te fais traiter pis c'est tout. Mais, autrement non. **Donc, ça serait pour quelles raisons que vous dissimuleriez votre orientation sexuelle ?** Par crainte que les services ne soient pas aussi bons, qu'ils ne soient pas de qualité. (Charles, 61 ans)

4.3.1.4 Les stratégies actives de dissimulation

Nous avons identifié un seul participant, François, ayant utilisé la stratégie de dissimulation active à domicile. Rappelons que sa propension à dissimuler son orientation sexuelle s'est introduite à la suite des expériences négatives qu'il a vécues antérieurement, comme nous l'avons expliqué plus haut. Toutefois, notons que François a, dans le passé, déjà utilisé des stratégies actives de divulgation. Actuellement, il ne souhaite plus se révéler aux intervenants.

Ah, je ne sais pas là. Non, je ne crois pas. Non, je ne croirais pas, je ne suis pas démonstratif à des gens que je ne connais pas nécessairement là... mon orientation sexuelle, c'est ma vie privée. Donc, les gens qui rentrent ici, ne savent pas que je suis gai, je ne crois pas. Les photos que j'ai de mes chums, de moi avec eux, je les ai cachées en arrière, je fais semblant d'être une personne straight là. (Rires). Ça l'air de marcher mieux quand t'es straight. (François, 68 ans)

4.3.2 Les stratégies identitaires hypothétiques

Les aînés de l'étude ont aussi parlé de situations hypothétiques, sans les avoir vécues réellement, dans lesquelles ils utiliseraient certaines stratégies plutôt que d'autres. Ceci a permis aux participants de rendre compte d'exceptions quant à leurs stratégies habituelles. Dans certains cas, ils nous présentent des situations hypothétiques singulières dont ils tirent parti dans le cadre de l'entretien pour nuancer leurs propos ou les appuyer avec plus de poids.

Les stratégies actives de divulgation

Nous avons donc retenu les stratégies hypothétiques de divulgation d'André. Soulignons que, lors de situations fictives de dévoilement de son orientation sexuelle, c'est l'intervenant qui doit d'abord initier dans la conversation le sujet de la sexualité de l'aîné et, plus spécifiquement, son orientation sexuelle pour qu'il se dévoile. Il dit notamment que « si la personne, si l'intervenant me pose la question "êtes-vous gai ou non" ?, moi, je lui dirais, je ne m'en cacherais pas » (André, 81 ans).

Les stratégies passives de divulgation

Il est également pertinent de mettre en relief le discours d'André sur les stratégies fictives passives qu'il adopterait s'il devait dévoiler son orientation sexuelle. En premier lieu, il précise qu'il pourrait utiliser différentes stratégies en fonction de la situation.

Donc ce n'est pas comme ça que vous vous y prendriez ? Je ne sais pas, je ne peux pas te dire de quelle façon je m'y prendrais, mais je le ferais sortir. **Pardon ?** Je ne lui donnerais pas une ouverture... hey dis-moi si tu es gai ou non, autrement dit, je ne lui ouvrirais pas la porte, je laisserais aller les choses par elles-mêmes. **Comment vous pensez que ça pourrait venir ?** Aucune idée. Je jugerais du moment. [...] Ça dépend de la situation. De le dire ou de le faire voir ou de l'admettre... Ça dépend de la situation que tu te retrouves, au moment prévu. (André, 81 ans)

En deuxième lieu, il évoque qu'il utiliserait des stratégies indirectes, particulièrement s'il perçoit que l'intervenant est d'orientation homosexuelle.

Si l'infirmière, on le sait que la personne est gai, on s'en aperçoit, si par exemple le bonhomme est gai, je peux envoyer une farce ou quelque chose qui va faire que moi aussi je suis gai. Si on dit « moi, je suis gai »... pas besoin de le dire, juste par envoyer une drôlerie ou quelque chose, la personne s'en occuperait. (André, 81 ans)

Les stratégies passives de dissimulation

Sur le plan des stratégies hypothétiques, Denis tient le même discours que cité plus haut, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de se révéler. Signalons toutefois que selon lui, il n'est pas problématique que l'intervenant le devine. Autrement dit, en situation fictive, il réaffirme ses comportements de dissimulation passive.

Ben moi, je ne dirais pas que je suis gai, comme je t'ai dit tantôt, si elle devine, okay, pis elle m'en parlera pas... c'est pas son affaire de m'en parler... à moins que j'aie un traitement spécifique à l'homosexualité... mais autrement moi je n'ai pas de comportements spécifiques pis elle, a peut ben deviner ce qu'elle veut, mais elle ne me le dira pas, elle ne m'en parlera pas si je n'en parle pas, pis j'ai pas besoin d'y en parler, je n'ai pas d'affaire à y en parler. **Okay, donc pourquoi le dire, pourquoi ne pas le dire ?** Ben sans le cacher, je n'ai pas besoin de dire ça. (Denis, 69 ans)

Les stratégies actives de dissimulation

Afin d'appuyer ses propos, François aborde avec plus de précision les stratégies de dissimulation actives qui sont toutefois hypothétiques, mais qui présentent bien son idée.

Je pense que... à refaire, à ravoir des situations dans lesquelles j'ai besoin de services, je vais hésiter de leur divulguer mon orientation sexuelle. **Dans quels contextes ?** Dans n'importe quel contexte, j'ai besoin de services subséquents dans le futur, j'ai 68 ans pis je ne recule pas en âge. Alors je me vois, avoir subi les deux dernières années, s'il m'arrive d'autres situations particulières au niveau de ma santé, je trouve ça grave parce que là je ne sais pas ce que je vais faire, parce que là je vais essayer de cacher mon orientation sexuelle, ça, c'est le numéro un, et je ne divulguerais jamais que j'ai eu des personnes autour de moi qui sont VIH... je n'ai pas besoin de leur dire là et je vais faire artificiellement comme quoi... au lieu de dire que mon conjoint est décédé il y a quelques années, c'était ma conjointe. Je vais sortir de l'appartement... je vais mettre des photos, comme ça là [se lève et cache des photos de son conjoint et lui posées sur sa bibliothèque] mon ancienne conjointe, bon ça c'est à notre graduation... (François 68 ans)

4.3.3 Synthèse des stratégies identitaires : proposition d'une typologie

À la lumière de notre présentation de l'utilisation variée des stratégies identitaires, nous avons été tentés de faire des rapprochements entre certains participants. Nous proposons donc ici une typologie de l'utilisation des stratégies identitaires, dans laquelle nous retrouvons trois types ou styles d'utilisation des stratégies, telle que présentée dans le tableau II suivant, à la page 93.

Tableau II : Typologie des stratégies identitaires des participants

Type	Ouvert	Discret	Modulé
Participants	Bernard Éric	André Denis	Charles François

Dans un premier groupe, que nous qualifions d'*ouvert*, nous retrouvons les personnes qui ont une aisance à dévoiler leur orientation sexuelle et dont les stratégies actives de divulgation sont généralement constantes. Nous retrouvons des exemples de ces stratégies dans le tableau III, à la page 94. Il s'agit ici de Bernard et d'Éric. Les caractéristiques qui les distinguent sont les suivantes :

- Ouverture à se dévoiler auprès de leur famille et dans leur sphère professionnelle à l'âge adulte
- Volonté d'être authentique
- Utilisation de stratégies de divulgation actives et passives tant en milieu institutionnel qu'à domicile
- Dévoilement spontané

Tableau III : Exemples de stratégies identitaires du groupe « ouvert »

Participant	Divulgation active	Divulgation passive
Bernard	« ... elle me demandait si je pouvais compter sur une personne pour m'aider, j'ai dit mon ex-chum qui va venir pendant tant de semaines. » (domicile)	Tableaux d'art faisant référence à l'homosexualité (domicile)
Éric	« Je ne le sais pas, mais c'est venu sur la conversation une fois en parlant. Moi j'ai dit je suis gai pis... on est dans le Village, c'est ce qu'elle m'a répondu. » (domicile)	<i>Aucun exemple</i>

Dans un deuxième groupe, que nous qualifions de *discret*, nous retrouvons les personnes qui ne dévoilent que très rarement leur orientation sexuelle. André et Denis composent ce groupe. Le tableau IV, à la page 95, présente des exemples de ces stratégies. Les caractéristiques qui les distinguent sont les suivantes :

- Discrétion quant à leur sexualité dans leur vie tant personnelle que professionnelle à l'âge adulte
- Orientation sexuelle relevant de leur vie privée
- Utilisation de stratégies passives de dissimulation

Tableau IV : Exemples de stratégies identitaires du groupe « discret »

Participant/Stratégie	Dissimulation passive
André	<p>« La question ne s'est jamais posée. Ils ne m'ont jamais posé la question si je suis gai oui ou non. Ça ne m'a jamais été demandé. » (domicile)</p> <p>« ... je ne m'annonce pas comme gai... je suis Monsieur tout le monde. » (domicile)</p>
Denis	<p>« Ben je le dissimule pas dans le sens que pour moi c'est normal pis je n'ai pas d'affaire à, je n'ai pas d'affaire à la mettre sur la table... ne pas en parler je n'en parle pas parce que ce n'est pas nécessaire. » (domicile)</p>

Dans un troisième groupe, que nous qualifions de *modulé*, les stratégies identitaires sont plutôt variables; elles changent en fonction du contexte social et des relations des aînés avec les intervenants. Il s'agit de Charles et François. Ce qu'ils ont en commun, ce sont les ruptures dans l'utilisation de leurs stratégies dans le contexte des services sociaux et de santé, en incluant tant le contexte du domicile que celui institutionnel. Le tableau V suivant, à la page 96, tente de présenter des exemples de stratégies avant et après un événement causant une rupture dans leurs stratégies. Dans le cas de Charles, il s'agit d'un déménagement d'un milieu rural à urbain. Pour François, cela concerne des expériences vécues négativement à domicile.

Tableau V : Exemples de stratégies identitaires du groupe « modulé »

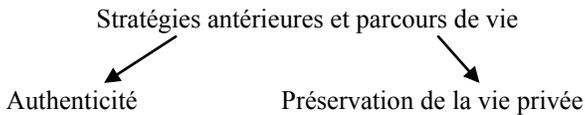
Participant/Stratégie		Divulgestion	Dissimulation
Charles	Avant	<i>Passive</i> : photos d'hommes nus sur les murs (domicile)	« ... y a une seule infirmière dans tout ton village, [...] ou un seul médecin et que tu sais qu'il n'est pas à l'aise ou homophobe à différents degrés, [...] je ferme ma gueule et puis tu te fais traiter pis c'est tout. » (milieu institutionnel)
	Après	<i>Active</i> : « Ben je disais toujours, il y a trois raisons principales [...] La deuxième raison, c'était quoi déjà ? Ah pour vivre mon homosexualité pis enfin me débarrasser de tout ça » (domicile) <i>Passive</i> : Drapeau gai sur sa porte d'entrée. (domicile)	<i>Aucun exemple</i>
François	Avant	« Ah et bien je me sentais relaxe... je voyais que tout de même on me donnait des services, et puis en passant comme ça, simplement par accident que j'ai sorti ça un moment donné... » (domicile)	<i>Aucun exemple</i>
	Après	<i>Aucun exemple</i>	« Les photos que j'ai de mes chums, de moi avec eux, je les ai cachées en arrière, je fais semblant d'être une personne straight là. (Rires). Ça l'air de marcher mieux quand t'es straight... » (domicile)

En bref, la typologie proposée permet de montrer trois tendances chez les participants. Toutefois, il est à noter que nous n'avons pas suffisamment d'exemples pour distinguer les différentes modalités de divulgation ou de dissimulation et les divers contextes. Il n'en demeure pas moins que ces types suggèrent une complexité en ce qui a trait aux motifs d'utilisation des stratégies chez les participants que nous décrirons plus en détail dans la section qui suit.

4.4 Les facteurs qui influencent les stratégies identitaires

Comme leur discours le laisse entrevoir, les stratégies des aînés gais sont influencées par différents facteurs qui agissent sur leur propension à divulguer ou dissimuler leur orientation sexuelle. Rappelons toutefois, selon la recension des écrits, que les facteurs associés aux stratégies identitaires sont complexes et s'entrecroisent. Afin de faciliter la lecture, nous avons choisi de diviser la présentation des résultats d'après les facteurs relevant des caractéristiques personnelles de l'aîné gai, des interactions avec les intervenants et des éléments du contexte. Le tableau VI suivant, à la page 97, permet de visualiser les facteurs de divulgation et de dissimulation que nous détaillerons plus bas.

Tableau VI : Les facteurs qui influencent la divulgation et la dissimulation des aînés gais

		Facteurs de divulgation	Facteurs de dissimulation	
Les caractéristiques personnelles des aînés gais		Stratégies antérieures et parcours de vie 		
Les interactions		Une relation ambiguë à éviter Perception de l'homosexualité de l'intervenant ou d'ouverture relativement à l'homosexualité	La perception d'un malaise possible dans la relation	
Le contexte	Le type de service d'aide à domicile	Avantages appréhendés	Dévoilement non nécessaire	
	Le temps	Le bon moment Disponibilité	<i>Aucun</i>	
	Le lieu		Domicile	<i>Aucun</i>
		Le contexte social immédiat	Contexte urbain	Contexte rural

4.4.1 Les caractéristiques personnelles des aînés gais

Les stratégies identitaires antérieures et le parcours de vie

Les récits des participants ont révélé des facteurs qui peuvent expliquer le recours à certaines stratégies identitaires plutôt qu'à d'autres. D'après les propos des aînés, un thème émergeant est celui des stratégies identitaires antérieures et du parcours de vie de ces derniers. Dans nos entretiens, l'ensemble des participants a discuté de leurs stratégies antérieures afin de mettre en contexte leurs expériences auprès des intervenants. Que les participants révèlent avoir été ouverts ou discrets quant au dévoilement de leur orientation sexuelle à l'âge adulte, dans différentes sphères de leur vie, cela n'explique toutefois qu'en partie la tendance à utiliser ces mêmes stratégies identitaires auprès des professionnels de la santé et des services sociaux à l'âge adulte avancé.

Nous pouvons toutefois constater que pour un seul aîné, Bernard, l'évidence de l'utilisation de stratégies identitaires similaires au cours de la vie et auprès des intervenants. L'ouverture à dévoiler son orientation dans l'ensemble des sphères de sa vie a été pour ce dernier une tendance qui se dégage de son discours.

Moi, j'ai toujours dit, abordé mon homosexualité en disant que ce n'était pas mon problème, c'était le problème des autres. Moi, j'essayais de le vivre positivement. Puis les autres qu'ils ne veulent pas, c'étaient à eux autres de travailler... **Donc ça se reflète avec les comportements que vous avez eus avec les personnes, avec les intervenants à domicile ?** Oui, c'est ça... parce que ç'a toujours été comme ça, avec mes parents, avec ma famille. C'était clair. Moi, je n'avais pas de problème avec ça... Et puis [...] On peut en parler, mais ce n'est pas mon problème. (Bernard, 64 ans)

Néanmoins, on ne doit pas conclure que Bernard dévoile son orientation sexuelle de façon automatique à tous les intervenants. Par exemple, comme nous le verrons dans la section sur les interactions, il rapporte être discret à cet égard lorsqu'il perçoit qu'un intervenant ne semble pas être ouvert à l'homosexualité.

Les propos d'Éric font aussi écho à ceux de Bernard. D'après ce qui précède, ce dernier utilise des stratégies actives de dévoilement auprès des employés du CLSC à son domicile. Nous pouvons mettre en relief un passage qui présente les stratégies antérieures d'Éric à l'âge adulte, après son divorce avec sa femme et à la suite de son *coming out*.

Est-ce que le fait que vous soyez gai a influencé les services que vous avez reçus ?

Non. Non. Moi, je ne trouve pas du tout. V'là des années, ça l'aurait peut-être... je me suis toujours assumé... puis moi, j'ai été marié puis après ça j'ai divorcé, là je m'en suis venu dans le milieu gai. Puis à partir de ce moment-là, j'ai dit que je l'étais... ceux qui sont contents, sont contents, ceux qui n'étaient pas contents je passais à côté et puis ça finissait là. (Éric, 70 ans)

En dépit du fait qu'Éric serait à l'aise de se dévoiler au personnel du CLSC, il ne faut pas, pour lui non plus, en déduire qu'il le fait en toute circonstance. Comme nous le verrons plus bas, il s'abstient de le faire lorsqu'il n'en voit pas l'importance lors d'un simple soin infirmier ou que cela ne serait pas convenu dans le fil d'une conversation.

Dans le cas d'André, comme rapporté précédemment, il a tendance à utiliser des stratégies de dévoilement et de dissimulation passive auprès des intervenants. Il utilisait néanmoins des stratégies actives de dissimulation à l'âge adulte.

Comment vous vous êtes pris un peu pour faire le comédien ? C'est venu naturel. Vu que j'ai déjà été marié... je vivais une double vie lorsque j'étais avec ma femme. J'avais des relations surtout avec une personne avec qui j'étais en train de tomber en amour par-dessus la tête. J'ai arrêté tout ça par rapport que j'avais des enfants et une femme. Alors pendant un bon bout de temps. Et puis même dans ma famille, ils s'en sont doutés... ça viendra plus tard. **Vous pouvez y aller...** Après que j'ai divorcé, j'ai demeuré avec un gai et j'ai vécu 23 ans avec, avant qu'il meure. Ça fait que, je n'ai jamais été le bonhomme à m'exposer. Okay [...], ma famille s'en doutait, mais ils ne m'ont jamais posé la question... si je suis... comme dans le temps qui disait... une tapette. Ils ne m'ont jamais posé la question. Je n'ai jamais... on n'a jamais discuté de ça. (André, 81 ans)

François, nous l'avons vu plus haut, a révélé son orientation sexuelle aux intervenants à domicile, mais en raison des difficultés qu'il a vécues, il souhaite plutôt à présent utiliser des stratégies de dissimulation actives : « [...] c'est pour ça que dorénavant je vais maintenir, sachant que je suis séronégatif... j'ai deux enfants puis sont morts et puis ma conjointe est décédée et puis je vais jouer le jeu que je faisais auparavant là, faire accroire que je suis hétérosexuel pour avoir les meilleurs services possibles » (François, 68 ans). Le jeu, qu'il jouait auparavant, est en fait l'utilisation de stratégies de dissimulation, notamment dans la sphère professionnelle.

Je ne le faisais pas au niveau professionnel parce que premièrement, je n'avais pas d'affaire à le dire... j'étais un patron, j'avais une juridiction sur jusque 3600 employés.

Alors je ne jouais pas, qu'est-ce que ça à faire qu'ils le sachent ou non qu'est-ce qui se passe chez moi, chez moi, c'est chez moi là, j'ai ma vie privée... je respectais la leur, qu'ils respectent la mienne. (François, 68 ans)

Pour Charles, il nous a semblé évident qu'il est en rupture avec ses stratégies identitaires antérieures et celles qu'il utilise actuellement.

Est-ce que le fait d'être dans votre domicile, ça rend la divulgation ou la dissimulation de votre orientation sexuelle plus importante ? Pas moi, pas maintenant. Je ne te dis pas si j'avais 40 ou 30, mais à 61 bientôt 62, je n'ai pas, j'ai plus de crainte de personne. La raison [pour laquelle] je suis déménagé à Montréal, justement pour enfin me libérer de l'esprit de campagne pis des homophobes là. (Charles, 61 ans)

Pour expliquer son changement de stratégies identitaires, Charles évoque deux éléments de son parcours de vie qui sont étroitement imbriqués l'un à l'autre : son âge, car il laisse entendre que le fait de vieillir aurait diminué ses craintes, et sa décision de déménager à Montréal, motivée entre autres par le désir de vivre dans un environnement qu'il juge moins étouffant. Ce parcours l'amène à vivre dans un environnement où d'autres options identitaires sont envisageables. Cela dit, il n'est pas suffisant pour expliquer sa décision de dévoiler son orientation sexuelle aux intervenants du soutien à domicile lorsqu'il le juge nécessaire. D'autres éléments interviennent, tels que le contexte géographique spécifique dans lequel il se retrouve à Montréal, soit le quartier où il habite.

L'authenticité

À travers le grand thème des stratégies identitaires antérieures et du parcours de vie, des aspects plus spécifiques émergent des propos de certains aînés. D'après ce qui précède, Bernard et Éric rapportent un certain détachement au fait d'être appréciés par tout le monde. Ils préfèrent être eux-mêmes que de plaire à tous. En effet, si les personnes ne les acceptent pas comme ils le sont, c'est-à-dire en tant qu'homosexuels, ils ont tendance à ne pas se remettre en question. Pour eux, ce sont les comportements ou les attitudes de leur interlocuteur qui sont problématiques. Par exemple, à propos de leur homosexualité, Bernard a dit que « ce n'était pas mon problème, c'était le problème des autres », alors qu'Éric mentionne « ceux qui sont contents, sont contents, ceux qui n'étaient pas contents, je passais à côté et puis ça finissait là ». Cette manière de penser et d'interagir dans leur vie adulte vient teinter

également, dans un certain sens, leurs stratégies identitaires auprès des professionnels de la santé et des services sociaux.

La préservation de la vie privée

À l'opposé des dires de Bernard et Éric, Denis évoque plutôt une inclinaison à la discrétion. En fait, le passage suivant montre qu'il ne disait pas ouvertement son orientation sexuelle ni dans sa vie privée, ni dans sa vie professionnelle. Ces stratégies, selon ce qui précède, il les utilise également dans le cadre des services sociaux et de santé.

J'ai vécu toute ma vie comme ça, j'ai fait toute ma vie sans le dire ouvertement. J'ai fait ma vie... ceux qui le savaient, ceux qui l'ont deviné, ceux qui l'ont dit ou ceux qui... ils finissent, ça fini toujours par se savoir dans le milieu dans lequel tu travailles, dans le milieu dans lequel tu vis, mais je n'ai jamais dit que j'étais gai, que j'étais homosexuel et puis ce n'était pas pour moi un besoin de le dire. Y'en a d'autres qui le disent, y'en a d'autres qui ont besoin de le dire. C'était ma vie privée, je ne leur demandais pas eux autres leur orientation sexuelle pis je pense ce n'était pas pertinent. (Denis, 69 ans)

Néanmoins, bien que dans les propos de Denis, il ressort une tendance à la discrétion, il dira plus loin que, selon la situation, il pourrait dévoiler son orientation sexuelle. Sur ce point, il dit que s'il avait des problèmes en lien avec les ITSS ou de la détresse psychologique relativement à l'homosexualité, il serait enclin à révéler son orientation sexuelle aux professionnels de la santé.

Dans l'ensemble des propos, les raisons qui justifient le dévoilement de l'orientation sexuelle apparaissent différentes pour ces trois participants. Denis met ici de l'avant des motivations faisant appel à un désir d'avoir des services appropriés à ses besoins tandis que pour Bernard et Éric, on peut concevoir que c'est plutôt dans une optique d'authenticité et de bien-être. Toutefois, selon le contexte, les raisons du dévoilement de Bernard et d'Éric peuvent aussi être de l'ordre des avantages appréhendés par rapport à des services adaptés à leurs besoins.

Tout compte fait, dans la grande catégorie des facteurs reliés aux caractéristiques personnelles, les stratégies identitaires antérieures et le parcours de vie, l'authenticité et la préservation de la vie privée sont des motifs importants à considérer pour comprendre le choix des aînés quant au dévoilement ou la dissimulation de leur orientation sexuelle. Cependant, dans certaines

situations, d'autres raisons impliquant des facteurs relationnels et contextuels s'ajoutent afin de mieux appréhender les stratégies des aînés uniquement que par des facteurs d'ordre personnel. Prenons l'exemple de Denis qui, bien qu'habituellement discret quant à son orientation sexuelle, n'hésite pas à se révéler pour des problèmes de santé physique (comme les ITSS) ou psychologique. En outre, comme nous avons pu l'observer, il peut sembler qu'à première vue les stratégies antérieures des aînés ou leur parcours de vie influencent à elles seules leurs stratégies actuelles, toutefois, la réalité est beaucoup plus nuancée et complexe.

4.4.2 Les interactions

Comme nous l'avons montré dans la partie sur les expériences des aînés, plusieurs de leurs expériences de soins rendent compte de la façon dont les aînés envisagent leur relation auprès des intervenants et des effets de la fréquence et de la durée des services sur la qualité de leur relation. Dans certaines situations, ces éléments influencent les stratégies identitaires des aînés.

Une relation ambiguë à éviter

Lorsqu'ils reçoivent des services d'un nouvel intervenant, afin d'écartier le doute quant à leur orientation sexuelle, certains n'hésitent pas à dévoiler promptement leur identité homosexuelle. Certains participants utilisent par ailleurs la métaphore du nuage obstruant les rayons du soleil pour exprimer leurs propos.

C'est quand tu as l'air de cacher quelque chose que la personne on dirait... elle te pose plus de questions... quel genre de gars c'est, quel genre de fille que c'est. Y'est bizarre me semble, on dirait qu'il y a quelque chose... on dirait qu'il se promène en arrière d'un nuage t'sais. Y'a quelque chose que des fois le monde... tu... sans savoir quoi, tu trouves que la personne n'est pas ouverte [...] C'est quand quelqu'un est capable de s'assumer et de dire, des fois c'est toi, quand ça arrive... mets les points sur les I, ça va être fini là, ça va arrêter là. Si la personne ne t'aime pas pis elle n'aime pas les gais, tu vas le savoir tout de suite, au moins tu le sais tout de suite, t'sais. C'est mon point de vue (Rires). (Éric, 70 ans)

Dans cet extrait, Éric se dévoile, peu importe les réactions ou les attitudes des intervenants.

Moi, je trouve, dans les gens de mon âge qui ont vécu la grande noirceur, tout ça, on est beaucoup plus insécure, moi, je pense, on a toujours une crainte d'être mis à jour complètement, fait que ça *claire* les airs, ça *claire* le temps quand les personnes qui nous visitent savent à quoi s'attendre. **Ça claire ?** *Clairer* le temps, *clairer* les airs...

Qu'est-ce que ça veut dire ? C'est que les nuages s'en vont... c'est une expression [...].
Ah okay. Oui. (Charles, 61 ans)

De la même manière, afin d'éviter un inconfort relié à des incertitudes présumées de la part des intervenants quant à son orientation sexuelle, Charles réagit rapidement en utilisant des stratégies actives de dévoilement.

La perception d'un malaise possible dans la relation si l'orientation sexuelle est divulguée

Par contraste avec les propos d'Éric et Charles, certains ne souhaitent pas se révéler puisqu'ils craignent de rendre mal à l'aise les intervenants, croyant que ce sujet serait perçu comme déplacé.

Par rapport à votre homosexualité, comment croyez-vous que les usagers comme vous devraient se comporter ? Ben comme je te disais tantôt... moi, je n'ai pas besoin de dire que je suis gai. Si je le faisais, je pense que j'embêterais la personne qui pourrait à ce moment-là devenir discriminée des clients, des clientèles... ce n'est pas nécessaire.
Qu'est-ce que vous voulez dire par discriminé ? Ben c'est-à-dire discriminé, pas discriminé, y'a des personnes qui pourraient être mal à l'aise avec une clientèle si tu dis que tu es gai et puis bon... Moi, je ne demande pas à l'infirmière si est mariée, accotée si... je ne vais pas lui parler de sa sexualité... ce n'est pas, ce n'est pas un sujet que j'aborderais avec eux autres. (Denis, 69 ans)

La perception de l'homosexualité de l'intervenant ou de son ouverture relativement à l'homosexualité

Les aînés rencontrés seraient plus susceptibles de dévoiler leur orientation sexuelle lorsqu'ils perçoivent que l'intervenant est gai ou ouvert à la diversité sexuelle. L'extrait suivant montre bien ce constat.

Est-ce que le fait d'être chez vous ça rendrait la divulgation ou la dissimulation de votre orientation plus importante ? Ah mon dieu! Moi, je n'ai jamais vraiment eu de problème avec ça alors, ce n'est pas quelque chose, ce n'est pas une hantise, comment je te dirais bien ça, ça se passe assez facilement. Quand les gens sont sympathiques, je n'ai aucune crainte de m'ouvrir à eux autres, quand que je vois que c'est plus... là je suis plus réservé. (Bernard, 64 ans)

Par ailleurs, pour Éric, qu'il soit à domicile ou dans un établissement de santé, ce n'est pas le lieu qui crée une différence dans son aisance à se dévoiler, mais bien l'ouverture de la personne qui le rencontre.

Donc, est-ce que vous pensez qu'il y a une différence entre divulguer ou dissimuler son orientation sexuelle dans les services institutionnels versus les services à domicile ? Pensez-vous qu'il y a une différence ? Non, je ne trouve pas. Le fait d'être à domicile... Y'a une différence, ça dépend de la personne que tu tombes. Je parle en général là... il peut arriver qu'une garde-malade n'importe où qui accepte pas... l'homophobie, y'en a partout. Si elle n'accepte pas, naturellement elle va changer peut-être d'attitude. (Éric, 70 ans)

Dans une situation hypothétique, Denis serait plus enclin à se révéler à un homme.

À quel type d'intervenant ça serait plus pertinent de le dire selon vous ? Je dirais un gars, mais enfin les femmes, les personnes présentement, les infirmières, sont plutôt âgées, pas nécessairement québécoises ou d'autres pays. Mais si c'était un gars, ça serait peut-être plus facile. **De le dévoiler ?** De le dire sans qu'il est de... oui. **Comment vous y parviendrez à lui dire, comment vous feriez ça si jamais ça devait être pertinent ?** Ça dépendrait du gars, ça dépendrait de la situation, je ne sais pas. (Denis, 69 ans)

Dans cette partie, nous avons vu que les interactions entre un usager et un acteur du soutien à domicile sont complexes puisque deux personnes, ayant des perceptions différentes de la situation d'interaction, tentent de se mettre au même diapason lors d'un service à domicile. Nous verrons, dans la section qui suit, que les éléments du contexte ont également un effet sur les perceptions de chacun et ajoutent à la compréhension des stratégies identitaires.

4.4.3 Le contexte

Nous verrons plus bas que le contexte prend en compte des aspects tant organisationnels, temporels que spatiaux, apportant ainsi des nuances aux motifs d'utilisation des stratégies identitaires.

Le type de service d'aide à domicile

Les avantages appréhendés

Certains participants ont rapporté avoir dévoilé ou seraient susceptibles de dévoiler leur orientation sexuelle lorsqu'ils en perçoivent des avantages. Nous avons fait le constat que ces avantages sont relatifs à la qualité des services qu'ils ont reçus ou pourraient recevoir. Par exemple, François dit avoir dévoilé son orientation sexuelle lorsqu'il recevait des services psychologiques : « Bon, premièrement tout ce qui avait lieu au niveau de traitements pour ma

dépression... au niveau psychiatrique... oui, c'était nécessaire qu'ils le sachent. Parce que là, il fallait qu'ils aient connaissance de moi » (François, 68 ans). Remarquons-le, dans ce passage, François a révélé son orientation sexuelle alors qu'il était hospitalisé. Étant donné les difficultés survenues à domicile, ses propos nous font dire qu'il hésiterait maintenant à se révéler même s'il peut y voir des avantages.

De son côté, Charles voit l'importance de dévoiler son orientation sexuelle afin de recevoir des services spécifiques.

À quel type d'intervenant et dans quel contexte ou par rapport à quelles difficultés ça serait pertinent de dire son homosexualité, de dire qu'on est homosexuel ? Ça serait plus par les personnes qui s'occupent... social... comme les différents services disponibles. Je ne sais pas, j'ai eu besoin d'informations sur les AA [Alcooliques anonymes] par exemple. [...] T'sais, différentes choses comme ça. Ça, je trouve que je n'ai pas eu assez là. [...] Mais ça serait important que le CLSC, si y'avait des gais qui s'occuperaient de nos cas... l'adaptation sociale puis aussi l'adaptation... le changement de vie là. (Charles, 61 ans)

On retrouve la même idée dans les propos de Denis.

Okay, donc pourquoi le dire, pourquoi ne pas le dire ? Ben sans le cacher, je n'ai pas besoin de dire ça. **Vous ne trouvez pas que c'est important de divulguer son orientation sexuelle aux intervenants ?** Non. Okay. Non, à moins que ce soit un traitement spécifique. Ce n'est pas parce qu'on habite ce quartier ici qu'on est automatiquement gai, y'a ben des *straights* qui habitent partout alentour. **Vous dites un traitement spécifique, qu'est-ce que ça pourrait être ?** Ben ça pourrait être le sida, ou ça pourrait être d'autres choses. Des maladies reliées aux infections... **À ce moment-là ça serait plus pertinent de dire qu'on est gai ?** Ben peut-être, oui, pour... peut-être oui. Je ne peux pas te dire exactement, mais qu'ils le sachent, mais autrement je ne vois pas la question de le dire. (Denis, 69 ans)

Soulignons toutefois, qu'il s'agit de situations mentionnées de manière hypothétique et que Denis est très discret à l'égard de son orientation sexuelle, prétextant qu'elle relève de sa vie privée.

Okay. Si un intervenant qui vient chez vous, est-ce qu'il aurait des indices qui pourraient lui faire dire que vous êtes gai ? Non, pas à ma connaissance. Je n'ai pas de comportements trop visibles, je pense, t'sais s'il devine... ben moi, je ne dirai pas de toute façon. Si elle devine, okay... mais autrement c'est personnel, ça reste ma vie privée, ça reste... (Denis, 69 ans)

Le dévoilement non nécessaire lors du service

Nous avons vu plus haut que, bien souvent, les participants ne jugent pas important et n'y voient pas d'avantages à dévoiler leur orientation sexuelle, notamment lorsqu'ils reçoivent des soins infirmiers. Éric et Denis expriment bien cette idée.

D'une manière ou d'une autre, moi, quand y'a quelqu'un qui vient ici dans l'après-midi, je ne raconte pas à tout le monde ce que j'ai mangé à midi. Je ne sais pas pourquoi on raconterait... côté sexuel c'est bien beau, mais... peut-être que... je pourrais avoir le sida. Là peut-être je dirais, écoutez faites attention... quelque chose qui s'attrape que je peux donner à quelqu'un... si un intervenant qui vient, là ça se peut que je le fasse. Mais entretemps, si ça ne vient pas sur la conversation, je ne vois pas plus importantes que d'autres choses. Dans quelles circonstances, ben je viens de le dire dans quelles circonstances. Je n'en vois pas du tout la nécessité, l'urgence qu'il faut le dire (Éric, 70 ans)

Oui. Pas juste de l'infirmière [...] elle fait juste son travail pis elle n'a pas d'affaire à embarquer dans la vie privée de la personne parce que là elle ne s'en sortira plus... elle va... elle peut rester longtemps à discuter... Si elle fait un travail, son travail médical, elle fait son travail puis que le gars soit gai ou pas... je pense que ça ne change rien dans son travail à elle. (Denis, 69 ans)

Le temps

Le bon moment

Comme l'a soulevé au passage Denis précédemment, certains aînés nous parlent d'une opportunité relationnelle. Voici comment s'exprime André à ce sujet :

Donc ce n'est pas comme ça que vous vous y prendriez. Je ne sais pas, je ne peux pas te dire de quelle façon je m'y prendrais, mais je le ferais sortir. **Pardon ?** Je ne lui donnerais pas une ouverture... hey dis-moi si tu es gai ou non, autrement dit je ne lui ouvrirais pas la porte, je laisserais aller les choses par elles-mêmes. **Comment vous pensez que ça pourrait venir ?** Aucune idée. Je jugerais du moment. [...] Ça dépend de la situation. De le dire ou de le faire voir ou de l'admettre... Ça dépend de la situation que tu te retrouves, au moment prévu. **Est-ce que la situation, ça dépend de la personne ?** De la personne, d'une ou plusieurs personnes en cause dans le moment prévu. Il me semble que ce serait de cette façon que je procéderais. Ça va dépendre du contexte, de la situation. C'est ça. (André, 81 ans)

La disponibilité des intervenants

François rapporte qu'il ne se sent pas à l'aise de dévoiler son orientation sexuelle lorsqu'il perçoit que la personne n'est pas disponible par manque de temps ou tout simplement lorsque l'entretien est directif et ne laisse pas d'ouverture quant au sujet de la sexualité. Les deux extraits suivants témoignent de ces éléments.

Ben ça dépend de l'attitude de la personne, y'a des personnes qui sont très gentilles là vraiment... je ne sais pas... c'est leurs comportements, c'est leur personnalité individuelle alors que des personnes qui sont plus... Bon alors faisons ça, et puis là j'ai un autre client dans dix minutes... je ne vais pas commencer à m'ouvrir devant des personnes qui sont plus encadrées dans leurs histoires. Alors que ceux qui sont plus gentilles, qui vont parler un peu etc., j'étais plus ouvert à ce moment-là. (François, 68 ans)

Oui, la manière qu'on m'approchait... l'entrevue que j'ai passée au CLSC pour avoir tous mes antécédents, la personne, je m'en rappelle c'était une dame là, c'était tellement strict, etc., je ne voulais pas divulguer à ce moment-là, alors elle ne l'a pas inscrit en tant que tel. C'est les personnes que j'ai rencontrées subséquemment, parce qu'après les services à domicile, ça continué pendant un mois ou deux, mais au CLSC [...]
(François, 68 ans)

On comprend donc que François cherche lui aussi une opportunité relationnelle et que le fait qu'il soit soumis à un cadre rigide ne lui permet pas de se révéler.

Le lieu

Le domicile

Hormis Bernard, les aînés n'ont pas indiqué que le fait de recevoir des services à domicile a influencé le dévoilement de leur orientation sexuelle. Toutefois, rappelons que les aînés ont apprécié la convivialité de leur domicile lorsqu'il recevait des services. Ainsi, Bernard rapporte que le fait d'être dans son domicile a facilité le dévoilement de son orientation sexuelle.

Est-ce que ce serait plus facile de dévoiler son orientation sexuelle lorsqu'on reçoit des services à domicile ou lorsqu'on reçoit des services au CLSC, dans l'établissement, selon vous ? Avec le CLSC, je ne suis pas allé souvent sur place, mais ici c'était plus facile pour moi en tout cas. **Comment vous expliquez ça ?** Ben

j'étais dans mon environnement, puis, je ne sais pas, on aurait dit que la communication non verbale se faisait, puis c'était plus facile. (Bernard, 64 ans)

Le contexte social immédiat

Les discours des participants montrent que le lieu géographique du domicile pouvait lui aussi influencer leurs stratégies identitaires. Pour Charles, qui a reçu des services à domicile tant dans un contexte rural que dans le contexte urbain de Montréal, le contexte social a influencé sa décision à dévoiler son orientation sexuelle. Envisageant que le personnel d'un CLSC à Montréal serait plus ouvert à l'homosexualité, il est donc plus enclin à se dévoiler.

Est-ce que le fait d'être dans votre domicile, ça rend la divulgation ou la dissimulation de votre orientation sexuelle plus importante ? Pas moi, pas maintenant. Je ne te dis pas si j'avais 40 ou 30, mais à 61 bientôt 62, je n'ai pas, j'ai plus de crainte de personne. La raison, je suis déménagé à Montréal, justement pour enfin me libérer de l'esprit de campagne pis des homophobes là. (Charles, 61 ans)

Par contraste avec ce qu'il évoque dans l'extrait précédent, Charles, par crainte que les services soient de moins bonne qualité, rapporte avoir dissimulé son orientation sexuelle lorsqu'il recevait des services en région rurale.

Pourquoi dire ou ne pas dire son orientation sexuelle ? Je dirais que si c'est un service exclusif, que tu ne peux pas avoir ailleurs ou que t'as pas le choix, y'a une seule infirmière dans tout ton village, je prends un exemple comme ça, ou un seul médecin et que tu sais qu'il n'est pas à l'aise ou homophobe à différents degrés, ben là je pourrais tendance à... puis je l'ai déjà fait, parce que tu dis je ne peux pas aller à la porte voisine... c'est lui qui... je veux avoir le meilleur service de santé disons, fait que ben je ferme ma gueule et puis tu te fais traiter pis c'est tout. Mais, autrement non. **Donc, ça serait pour quelles raisons que vous dissimuleriez votre orientation sexuelle ?** Par crainte que les services ne soient pas aussi bons, qu'ils ne soient pas de qualité. (Charles, 61 ans)

Dans un autre ordre d'idées, certains participants tiennent pour acquis que, puisqu'ils habitent dans le quartier gai, les intervenants vont les considérer comme étant gais. Ainsi, ils n'ont pas besoin de dévoiler leur orientation sexuelle. Deux extraits du récit d'Éric présentent cette particularité.

Oui. Eux autres, le CLSC, ils ne me l'ont jamais demandé. Je ne pense pas, je ne m'en rappelle pas en tout cas. Sont accoutumés probablement, les personnes viennent du Village. Je prévois qu'il y en a peut-être les trois quarts qui sont gais qui vont là. C'est peut-être le contraire, mais en-tout-cas. Ça doit être le contraire dans un autre CLSC,

un gai sur 5, là c'est peut-être le contraire. Ça veut dire ceux qui sont *straights*, ils le prennent tous pour des gais (Rires). (Éric, 70 ans)

D'ailleurs, les intervenants ou les infirmiers tout ça, sur le territoire du CLSC, ils savent avant de partir que dans le Village, tu dois savoir avec qui tu as affaire. C'est ça je me dis au moins. S'ils ne le savent pas après 3-4 visites, ils vont le savoir (Rires). (Éric, 70 ans)

Dans cette section, nous avons vu les divers aspects relativement au contexte qui influence les stratégies identitaires. D'abord, les aînés se dévoilent lorsqu'ils le jugent pertinent, en fonction du type de services reçus. Ils sont également plus enclins à divulguer leur orientation sexuelle lorsqu'ils ressentent que cela est opportun dans la relation avec leur intervenant ou lorsque celui-ci est disponible. Enfin, Bernard se sentait plus à l'aise se divulguer son orientation sexuelle dans le contexte du domicile que dans celui des établissements. En outre, le contexte social immédiat a aussi un effet sur les stratégies identitaires, que l'on habite en région rurale ou urbaine, notamment dans le quartier gai de Montréal.

4.5 Les besoins spécifiques des aînés et l'amélioration des pratiques sociales

Lors de nos entrevues, nous avons demandé aux aînés s'ils estimaient avoir des besoins spécifiques et s'ils croyaient nécessaire d'effectuer des changements sur le plan des services à domicile.

Sur ce point, ce qui ressort de leur discours, c'est une volonté d'être traité de façon identique, qu'on soit hétérosexuel ou homosexuel. Une approche différente peut être perçue comme discriminatoire, surtout si elle semble injustifiée, comme en témoigne François.

Les gens, d'abord, spécifiques... que les gens donnent des services aux hétérosexuels comme aux homosexuels sans avoir à se soucier de l'orientation sexuelle. Ce n'est pas nécessaire que les gens aient une différente approche parce que tu es homosexuel. Surtout aussitôt qu'ils le savent que t'es séronégatif, je comprends qu'ils peuvent avoir de petites craintes parce qu'ils sont mal informés, même dans les services de santé... Aussitôt que j'ai déjà été avec des personnes sidéennes, avec mon chum, au CLSC et puis tout de suite, voulez-vous vous asseoir dans le secteur où c'est écrit avec masque là, pour les personnes qui t'arrivent avec des bronchopneumonies, assoyez-vous dans cette affaire-là... une ségrégation... (François, 68 ans)

Ici, on remarque que François croit que les intervenants pourraient associer l'homosexualité à une maladie infectieuse, notamment, et selon lui, l'approche ne devrait pas être différente relativement à l'orientation sexuelle. Cette relation entre l'homosexualité et la maladie est également évoquée par André : « Je veux dire, pour répondre à ta question. Je ne peux pas voir pourquoi les gens... une drôle d'approche par rapport à ce que tu sois gai ou non. On n'a pas la peste. On n'est pas contagieux ». Néanmoins, à la différence de François, André considère que les intervenants sont plus ouverts maintenant à l'homosexualité et donc que les services sont de la même qualité, indépendamment de l'orientation sexuelle.

Je ne crois pas qu'il y ait une différence. Parce qu'aujourd'hui les gens sont plus ouverts, dans les intervenants, il y en a beaucoup qui sont gais. Alors ceux qui sont *straights*, des intervenants *straights* qui travaillent avec des intervenants gais, je suis certain, je sais pas, je n'ai jamais travaillé avec, comme ça. Mais même avant que ça soit connu comme tel, comme on dit, je ne vois pas de différences qui peuvent y avoir. (André, 81 ans)

Le thème du droit des usagers est aussi soulevé et, plus particulièrement, un désir de les revendiquer s'ils sont brimés.

Comme je te dis, si y'a des personnes qui ne sont pas à l'aise avec ça, ben qu'ils le disent à leur patron... moi, je ne vais pas là... là ils vont te demander pour quelles raisons, ils ne veulent pas le dire parce que le gars est gai. Là, c'est l'infirmière qui va avoir des problèmes, ce n'est pas moi. Si moi, j'ai des problèmes avec elle, si elle me cause des problèmes... j'vais appeler quelqu'un, je vais appeler son patron. Je ne me gênerai pas de dire, ben écoute. Ou à l'extrême c'est... ou à l'extrême si elle n'accepte pas l'homosexualité, mais ça ne devrait pas intervenir dans une relation entre un client pis le patient. (Denis, 69 ans)

Dans le même ordre d'idées, André exprime une confiance d'être traité comme n'importe quel usager, indépendamment de son orientation sexuelle.

Si j'ai besoin de soins, que je sois gai ou non, ils vont... si j'ai besoin d'aller à l'hôpital, pour faire une opération, ils vont m'aider pareil, que je sois gai ou non, la vie d'une personne, que tu sois gai ou non, c'est important, ils ne feront pas mourir quelqu'un parce qu'il est gai. (André, 81 ans)

Mentionnons en outre que certains aînés ne veulent pas être considérés comme des usagers exigeants. Par exemple, André raconte, en parlant de sa travailleuse sociale, « [...] j'ai jamais

pensé l'appeler pour une niaiserie ou quelque chose » et « Je ne suis pas un type exigeant. ». Bernard tient des propos dans le même sens.

Et puis vous, vous n'est pas quelqu'un type, qu'est-ce que ça veut dire ça ? Ben moi, j'étais un patient... ils m'aimaient beaucoup comme patient parce que moi, je ne suis pas un chialeux, je sonnais parce que j'avais vraiment besoin de quelque chose. Je ne demandais pas pour rien, je ne demandais pas des choses pour rien, je ne me plaignais pas, à tout bout de champ, j'essayais d'en faire le plus possible par moi-même et puis quand je n'étais pas capable, là je demandais de l'aide (Bernard, 64 ans)

Certains participants souhaitent que les intervenants agissent de façon à faciliter le dévoilement de l'orientation sexuelle. Les propos d'Éric et Charles convergent dans cette volonté, tout en se contrastant quant à la manière d'y parvenir. Pour Éric, l'intervenant devrait subtilement discuter de cet aspect.

[...] le mieux, ce n'est pas de poser la question directement, peut-être qu'elle va venir, a va venir, la réponse va venir, l'intervenant, s'il pose la question, peut-être qu'il va rendre la personne mal à l'aise, c'est à partir de ce moment-là que la personne... **Peut peut-être se fermer...** Oui, justement, elle va se fermer, ça me surprendrait pas qu'elle irait jusqu'à demander à changer de personne... y'en a qu'ils ne veulent pas le dire du tout. Y'en a ici, je le sais, j'en connais. (Éric, 70 ans)

Pour Charles, les milieux de santé devraient adopter une approche plus directe, notamment dans le quartier gai de Montréal.

Moi, je pense que, surtout ici, dans le quartier où on est, on est rendu au point où ça devrait être une question aussi simple que c'est un homme, c'est une femme, y'é gai, y'é hétéro, y'a mal dans une patte, ça devrait être automatique. Autant qu'au niveau policier, je pense qu'il y a eu une certaine, en tout cas qu'ils ont engagé des policiers carrément gais ou *gay-friendly*, je dirais en anglais. Donc ça devrait se faire. Dans le milieu médical, je trouve qu'il est encore *straight* pis hétéro t'sais.

De plus, pour Charles, ce qui est important est « définitivement l'approche pis les discussions informelles, ça serait plus facile pour le patient de savoir qu'il parle avec quelqu'un de son monde ». Charles réfère ici à un intervenant gai qui, selon lui, pourrait mieux le comprendre. Pour Denis, l'intervenant idéal serait plutôt une personne qui connaît les réalités homosexuelles et apte à référer à des services spécifiques.

Si j'avais besoin de services spécialisés, j'aimerais ça que quelqu'un qui soit au courant pis qui soit capable de répondre à ces besoins spécifiques là. **Okay, quelqu'un qui soit au courant de quoi exactement ?** Ben du milieu homosexuel... ou des gens qui connaissent le milieu homosexuel... Si y'a des gens qui ont besoin de besoins

spécifiques... je pense au suicide, Gai Écoute, dans le genre là... un psychologue. Ce sont déjà des services que le CLSC donne, je pense... travailleur social, mais moi je n'ai pas eu besoin de ça, je n'ai pas demandé ça. (Denis, 69 ans)

Charles va également en ce sens.

Ben moi, je suis certain que si j'avais eu un travailleur social gai, y'aurait définitivement pu me sauver un paquet de recherches sur internet... peut-être même carrément en me donnant une liste des services proches du CLSC pis dans ma région ici proche, je vais te donner un exemple, les Alcooliques Anonymes ou autres choses, t'sais, que ça soit plus facile. **Vous mettre en contact avec des ressources.** Exactement, bon c'est ça.

Ainsi, dans tous les cas, les aînés souhaitent que les intervenants aient des compétences spécifiques afin de pouvoir comprendre leurs réalités, répondre à leurs besoins ou les référer vers une ressource appropriée.

Sur le plan des soins physiques, Bernard et Charles ont préféré avoir les services d'un homme, et particulièrement d'un homme gai. Par exemple, Bernard dit ne pas s'être senti à l'aise avec une femme : « Mais quand c'est jamais le même monde, mais là on sait pas, on est, comme je dis, je n'avais jamais été malade, me faire laver par une femme... j'ai trouvé ça un peu délicat t'sais », comparativement à un intervenant gai : « Ben pour parler des intervenants gais, ben avec eux quand ils venaient et puis que j'étais à l'aise avec eux autres, j'en profitais pour prendre une douche aussi... ».

Charles va également dans ce sens lorsqu'on l'interroge, à savoir s'il est plus facile d'avoir un homme gai lors des services d'aide : « Ben je pense qu'en étant sur la même longueur d'onde à ce niveau-là. Lui, il peut mieux comprendre comment un homme se ressent, qu'est-ce qu'un homme, son hygiène personnelle. Moi, avec une femme, ça me gêne ». Il précise son idée dans l'extrait suivant.

Moi, je préférerais qu'on ait des infirmiers, infirmières gais, surtout des infirmiers... mais ça serait un monde idéal là. Mais, dans le Village, on devrait peut-être, pour que les patients aient la possibilité de demander que ce soit un gai qui te dessert [...] fait que y pourrait y avoir une spécialisation, un infirmier, infirmière pis un préposé aux soins gai pourraient s'occuper des patients qui veulent avoir... Moi, ça me rendrait plus à l'aise. Je suis certain qu'on aurait une meilleure relation patient-infirmier là, ça serait plus plaisant pour tout le monde. **Parce que vous dites que c'est moins plaisant pour**

les intervenants aussi ? Ben y'en a qui peuvent être mal à l'aise ou peuvent, t'sais, il y a encore la vieille mentalité, un homosexuel, y va tu ben me faire des passes, aussi ben m'attaquer (rires). Faut dire que j'ne suis pas ben dur à mettre à terre.

Mises à part les habiletés relationnelles et les préférences pour les hommes quant aux soins physiques, notamment ceux qui sont homosexuels, d'autres participants ont mentionné des besoins spécifiques en matière de loisirs ou d'hébergement. Par exemple, André, bien qu'il mette de l'avant des traitements identiques, qu'on l'on soit hétérosexuel ou homosexuel, pour tous, il finira par dire qu'il aimerait avoir des discussions avec des hommes gais.

Des gens de mon groupe communautaire sont venus me voir, comme Arthur, ça fait plaisir à rencontrer, mais je ne vais pas dire en avant « Hey mes amis gais sont icitte ». Ce n'est pas de leurs affaires, c'est des choses personnelles ça. S'ils me posent la question, c'est des amis point. Ça finit là. J'irai pas plus loin s'il faut répondre, ce sont mes amis, point. Ça ne vous regarde pas. **Donc pour vous c'est important d'être avec des personnes gaies.** Bien sûr. C'est important, oui c'est important. Parce qu'on peut discuter des choses, on peut avoir une conversation qui nous concerne, de nos besoins, de nos besoins affectifs, on a tous besoin de ça. **Okay.** Tout le monde a besoin de ça. Même les prêtres ont besoin de ça, ont des besoins affectifs. [...] **Est-ce que vous, vous parleriez de vos besoins affectifs avec des personnes *straights* ?** Peut-être que oui... je parlerais surtout de la même façon qu'eux... je n'irai pas expliquer « Aye! Moi, je suis gai! » On parlerait de choses, on parle de la pluie et du beau temps avec des gens *straights*, puis moi, je suis gai, je ne suis pas obligé... Moi, je suis gai [de révéler mon homosexualité]. Non, non, je parle de la pluie et du beau temps.

On note ainsi qu'il ne se sent pas à l'aise de parler de sa vie affective et de ses expériences passées avec des personnes hétérosexuelles.

En résumé, les participants de l'étude veulent être traités de façon identique, que l'on soit hétérosexuel ou homosexuel, et respectueuse par les acteurs du soutien à domicile. Ils ont soulevé relativement peu de besoins spécifiques, si ce n'est qu'une approche et des habiletés relationnelles spécifiques auprès des minorités sexuelles, une préférence pour un intervenant gai ou ouvert à l'homosexualité et des besoins de socialisation et résidentiels. Ceci conclut donc le présent chapitre. La partie suivante mettra en lumière notre discussion et interprétation des résultats.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les résultats présentés précédemment, autrement dit, les ressemblances et les divergences des propos des aînés gais que nous avons rencontrés, seront interprétés à la lumière de notre cadre conceptuel et théorique ainsi que de notre recension des écrits. Plus spécifiquement, le chapitre examinera comment les résultats obtenus permettent de répondre aux deux grands objectifs et aux sous-objectifs de cette recherche. En premier lieu, nous discuterons des expériences des aînés gais recevant des services à domicile de façon générale et, plus particulièrement, de celles qui comportent des enjeux entourant leur orientation sexuelle. En deuxième lieu, nous aborderons l'interprétation des résultats concernant les stratégies identitaires. Puis, en troisième lieu, les facteurs qui influencent ces stratégies ainsi que des liens entre la stigmatisation sexuelle possible et les stratégies identitaires identifiées. Enfin, nous nous attarderons sur les besoins spécifiques des aînés et nous discuterons de pistes pour enrichir les pratiques sociales auprès des aînés gais recevant des services à domicile.

5.1 Les expériences de services à domicile des aînés

Notre premier objectif ciblait plus particulièrement le vécu des aînés recevant des services à domicile, en tant que minorité sexuelle. À cet égard, il a été surprenant de constater que plusieurs autres aspects de leur expérience, comme nous l'avons démontré au chapitre précédent, ont pris une importance significative dans leur discours. Ce faisant, la présente section discutera des résultats associés aux thèmes des relations usager-intervenant, de l'organisation et de la gestion des services, de même que des particularités de l'intervention à domicile. Enfin, nous aborderons les propos des participants entourant la sensibilité des intervenants, dans leurs pratiques, à l'égard de l'homosexualité.

5.1.1 Les compétences relationnelles

L'exploration du vécu des aînés nous a permis de mettre en relief différents aspects de leur satisfaction et, par conséquent, de leur insatisfaction relativement aux services qui leur ont

été dispensés à domicile. Il s'agissait d'abord de tracer le contour des divers éléments du contexte interactionnel dans lequel les aînés sont appelés à utiliser des stratégies identitaires. Parmi ceux-ci, le discours des participants rend compte des compétences relationnelles des intervenants. Bien plus qu'un simple rapport professionnel, l'intervention à domicile est révélatrice de la qualité d'un lien entre usager et intervenant, un thème qui domine dans les propos des participants de notre recherche.

Dans leurs termes, les aînés témoignent de la gentillesse, de l'accueil et du dévouement des intervenants. Ces résultats s'accordent avec les propos de Falardeau et Paquet (2012) qui désignent ces attitudes sous le thème plus large du *respect*. Ces auteurs pointent certaines caractéristiques du respect véhiculées par les intervenants comme étant fondamentales à la création des liens de proximité. Ils soulignent notamment les thèmes de la jovialité et du dévouement des intervenants du soutien à domicile, énoncés par plusieurs de nos répondants. En fait, les aînés rencontrés ont apprécié chez les intervenants leur approche chaleureuse et leur facilité à créer un lien.

Toutefois, Paquet et Falardeau (2012c) soulèvent l'existence d'un rapport entre les modalités de gestion des services sociaux et de la santé, et la nature des liens de proximité. À la lumière de nos résultats, bien que les intervenants possèdent des compétences relationnelles, d'autres facteurs facilitent ou contraignent leur capacité à établir un lien de proximité auprès des usagers. Ces facteurs modulent la perception des aînés gais à l'égard de la nature de leur relation auprès des intervenants. Par exemple, Denis semble bien conscient de l'impact de la bureaucratisation sur les services dispensés, notamment sur les limites de temps dont sont contraints les intervenants en présence de l'usager à domicile et, par conséquent, sur la qualité de la relation entre usager et professionnel. En outre, les difficultés d'accès aux services à domicile ont également été soulignées par François. Rappelons que ce dernier n'a pas eu de soins infirmiers après sa première sortie de l'hôpital. Selon ses dires, son état de santé s'est alors détérioré et il a dû se rendre de nouveau à l'hôpital, une semaine et demie après son retour à la maison. Aussi, il rapporte que le personnel du CLSC n'était pas disponible pour répondre, par téléphone, à ses questions à l'égard de sa condition médicale. À ce propos, dans

sa thèse sur les services à domicile en contexte pluriethnique, Laquerre (2013) fait état du manque de ressources humaines, limitant ainsi les interventions auprès des usagers qui attendent des services dont ils ne peuvent se prévaloir. En ce sens, l'auteure soulève également les impacts négatifs directs sur les personnes âgées, notamment quant aux aspects relationnels dans le cadre des interventions à domicile.

Dans le même ordre d'idées, en raison des contraintes de temps, quelques participants ont interprété les actions des intervenants qui se précipitaient, par exemple, pour leur rendre un soin infirmier, comme un manque de considération quant à leur personne. Certains se sont alors sentis, en leurs termes, comme des numéros. Nous avons donc constaté que des intervenants paraissaient surtout axés sur la tâche alors que d'autres l'étaient à la fois sur la tâche et la relation auprès de l'utilisateur. Les usagers apprécient davantage leur expérience lorsque les intervenants parviennent à démontrer un intérêt quant à leur bien-être et à leur santé tout en effectuant le soin requis.

Certains participants ont développé un lien plus significatif avec les intervenants qui étaient en leur présence plus régulièrement. La stabilité du personnel est donc considérée comme un aspect positif des services reçus à domicile. Toutefois, remarquons qu'un lien significatif entre un usager et un intervenant n'incite pas nécessairement au dévoilement de l'orientation sexuelle, comme nous le verrons plus loin.

5.1.2 Le domicile : entre intimité et malaise

D'après ce qui précède dans notre présentation des résultats, certains participants voient un avantage dans le caractère intimiste du domicile lorsqu'ils reçoivent des services, comparativement aux services dispensés dans les établissements. À ce sujet, Morin *et al.* (2009) relèvent ce même constat en observant, d'après leur analyse thématique, qu'« il apparaît que le caractère convivial et chaleureux offert par le chez-soi permet une plus grande proximité relationnelle entre l'utilisateur et l'intervenant » (p. 119). Souvenons-nous des propos de Bernard et d'Éric qui considèrent les intervenants en quelque sorte comme des proches leur rendant visite. À ce sujet, plusieurs études ont montré les liens de familiarité se développant

entre les acteurs du soutien à domicile et les usagers et traité des enjeux qui en découlent (Piercy et Woolley, 2008; Djaoui, 2008; Laquerre, 2013).

Cependant, les difficultés liées à l'aspect intrusif des interventions à domicile ont également été présentes dans le discours des répondants. Ainsi, Bernard s'est senti envahi lorsqu'il a reçu des services à domicile pour les premières fois. Il raconte qu'il a eu besoin de quelque temps afin de pouvoir s'adapter à cette nouvelle réalité. En outre, certains participants n'ont pas apprécié les recommandations des intervenants en ce qui a trait à leur sécurité à domicile. Par exemple, Charles avait l'impression qu'on voulait en quelque sorte prendre des décisions à sa place en ce qui concerne son milieu de vie. Ces difficultés sont aussi identifiées par Morin *et al.* (2009) sous l'aspect de l'institutionnalisation du domicile. Les auteurs affirment en ce sens que l'intensité des services à domicile, c'est-à-dire la fréquence et le nombre de services reçus, ferait perdre le caractère de « refuge » du domicile. À ce sujet, les propos des participants de notre recherche soulignent un risque de perte de pouvoir en ce qui a trait aux décisions prises à l'égard de leur domicile. En effet, les règles soumises par le CLSC lors des services, visant tant la sécurité des usagers que celle des intervenants, peuvent sembler contraignantes. Ces dernières peuvent être perçues négativement par les usagers; ceux-ci sont donc susceptibles de manifester de la méfiance dans la relation auprès de leur intervenant.

5.1.3 La sensibilité des intervenants à l'homosexualité

Dans le chapitre précédent, Bernard, a dit recevoir des services de meilleure qualité parce que les intervenants étaient *gay-friendly* ou bien gais. Ceci vient corroborer les constats de l'étude de Paquet et Falardeau (2012a) dont les participants ayant des affinités avec certains intervenants, avaient tendance à créer un lien de proximité plus important.

Plusieurs participants ont fait mention que le lien de proximité s'opérait dans la relation comme un phénomène d'alchimie difficilement explicable. « Ça clique ou ça ne clique pas ». Si ça clique, c'est qu'à priori, il y a une « chimie » qui passe et des « atomes crochus » qui se révèlent rapidement à travers le lien. Ces atomes crochus peuvent se concevoir sur des intérêts communs, des caractéristiques semblables ou des expériences partagées (p. 26).

Parmi ces affinités, nous pouvons donc ajouter l'orientation sexuelle réelle ou perçue de même que l'ouverture à la diversité sexuelle. Ainsi, Bernard, percevant des affinités basées sur une ouverture à l'homosexualité, leur attribue certaines interventions plus adaptées à ses besoins d'aîné gai. Par exemple, le fait que son infirmière pivot ait distribué son dossier à un infirmier auxiliaire gai ou d'autres *petits extras* lors des services d'intervenants perçus comme étant gais. En fait, Bernard a interprété les actions de son infirmière pivot comme si elle avait effectivement pris en compte son orientation sexuelle puis favorisé un jumelage avec un infirmier auxiliaire gai en excluant d'autres possibilités comme la disponibilité des intervenants⁵. À ce propos, Laquerre (2013, p. 281) parle d'un *pairage de personnalité* qui permet aux gestionnaires de cas de cibler, sur la base des affinités personnelles, un intervenant plutôt qu'un autre pour un service à domicile et ainsi faciliter l'établissement d'un lien de confiance et d'une relation personnalisée. Toutefois, bien qu'il soit possible que l'infirmière pivot soit intervenue dans cette direction, il se pourrait que le sens donné par Bernard à ces actions ne soit pas le même que celui de l'infirmière pivot. On voit donc l'importance de la création de sens et de significations par les acteurs dans une situation d'interaction, si l'on fait référence à notre cadre théorique, l'interactionnisme symbolique. Ceci met de l'avant la nature symbolique des interactions (Charon, 2004), qui a un effet sur la perception de la qualité des relations et des services. Rappelons que l'interprétation d'une situation d'interaction sociale est un processus subjectif impliquant divers aspects, dont la biographie de la personne ou ses attentes par rapport à son interlocuteur. Soulignons une fois de plus que ces éléments sont construits socialement. À cet effet, « le monde est toujours le fait d'une interprétation d'un acteur puisant dans la boîte à outils de ses références sociales et culturelles », soutient Le Breton (2008, p. 49).

Dans un autre ordre d'idées, Bernard a également apprécié la circulation de ses informations personnelles, plus particulièrement de son orientation sexuelle, entre les différents intervenants du CLSC. Ce n'est pas toujours le cas selon Wilton (2000) : il peut être stressant de ne pas

⁵ Au programme de services à domicile d'un CLSC, les infirmiers(ères) sont généralement jumelés à un ou une infirmier(ière) auxiliaire. Toutefois, les activités déléguées aux infirmiers(ères) auxiliaires peuvent être confiées à l'ensemble des infirmiers(ères) auxiliaires de l'équipe en fonction de leurs disponibilités. La décision finale revient à l'ICASI (Infirmier(ère) clinicien(ne) assistant(e) au supérieur immédiat), la personne responsable d'attribuer les différents dossiers aux membres de l'équipe des soins infirmiers.

pouvoir prédire comment l'information relative à l'orientation sexuelle sera partagée entre les intervenants et surtout comment ceux-ci vont réagir à cette particularité de la sexualité d'un usager.

5.1.4 Les difficultés reliées à l'homosexualité

Comme nous l'avons vu au chapitre 2, certaines études américaines documentent l'existence d'une discrimination à l'égard des aînés gais en raison de leur orientation sexuelle dans les services sociaux et de santé. Or, nos résultats se rapprochent davantage de ceux de Brotman, Ryan et Meyer (2007) qui font le constat que relativement peu d'aînés de leur recherche ont subi de mauvais traitements et qu'une faible proportion a témoigné des craintes d'être discriminé.

Néanmoins, certaines expériences moins positives méritent d'être relevées. Lorsqu'il recevait des services à domicile en région, Charles évoque avoir ressenti un malaise s'installer dans sa relation avec les intervenants après que ceux-ci aient pris conscience de son homosexualité en raison des objets à connotation homosexuelle dans son domicile. Aussi, Bernard rapporte avoir ressenti un malaise prenant de plus en plus de place dans sa relation avec les intervenants d'une culture différente à la sienne en évoquant la possibilité d'un manque d'ouverture.

Le seul cas de discrimination perçue est celui de François dont, les expériences négatives ont suscité beaucoup plus de souffrance psychologique. À la suite du dévoilement de son orientation sexuelle, ce dernier a indiqué que les intervenants prenaient beaucoup plus de précautions sur le plan des mesures de prévention des infections. Bien qu'à son dossier, il soit noté qu'il a déjà été en couple avec une personne porteuse du VIH/sida et qu'il ait été aussi l'aidant d'une personne sidéenne, François ne fait pas de distinction entre ces mesures de protection liées à la possibilité d'un statut séropositif et son homosexualité. Sur ce point, remarquons qu'il interprète les actions des infirmières comme étant discriminatoires, puisqu'elles lui semblent injustifiées. Nous pouvons soulever en outre comment de telles

mesures viennent affecter l'expérience de soins de François notamment sur le plan de la proximité relationnelle.

De surcroît, il est important ici de rappeler l'implication des notes inscrites au dossier de François et la manière dont celles-ci le suivent tout au long des différents épisodes de soins. Bien que sa séronégativité ait été établie, des mesures de prévention sont toujours de mise, ce qui, au bout du compte, est interprété par lui comme un manque de confiance de la part des intervenants.

5.2 Les stratégies identitaires des aînés gais

À l'intérieur de notre premier objectif, nous voulions documenter les stratégies identitaires des aînés gais recevant des services à domicile. Les résultats de notre recherche nous permettent de faire le constat d'une utilisation variée des quatre stratégies identitaires, d'après le modèle d'Eliason et Schope (2001). L'utilisation des stratégies chez nos six répondants se présente comme suit : stratégies actives de divulgation 4/6, stratégies passives de divulgation 2/6, stratégies passives de dissimulation 3/6 et stratégies actives de dissimulation 1/6. Étant donné notre échantillon limité, nous ne pouvons identifier de tendances fortes. Toutefois, nous pouvons constater que les stratégies les plus utilisées sont les stratégies actives de divulgation et les stratégies passives de dissimulation. Enfin, celle la moins utilisée est la stratégie active de dissimulation.

Il ressort de notre revue de la littérature que les stratégies les plus souvent observées, auprès des aînés GL ayant reçu des services, à domicile et en établissement, ou ayant assumé un rôle d'aidant, sont passives. Or, la stratégie la plus répandue dans notre étude est la divulgation active, suivie de très près par la dissimulation passive. Comme mentionné dans le chapitre sur la méthodologie, les aînés gais que nous avons rencontrés étaient intégrés socialement dans des réseaux d'amis gais ou par le biais d'un organisme communautaire pour aînés GL. Ainsi, les participants étaient relativement à l'aise de révéler leur identité homosexuelle puisqu'ils ont souhaité en discuter lors de nos entretiens. Ceci pourrait ainsi expliquer pourquoi ils sont plusieurs à prendre l'initiative de se dévoiler alors que, dans un échantillon plus diversifié, les

aînés gais pourraient avoir tendance à demeurer plus passifs quant à leur dévoilement. Nous pouvons également ajouter que les deux études québécoises (Brotman, Ryan et Meyer, 2007 et Brotman *et al.*, 2007) se rapprochant le plus de notre problématique de recherche datent de quelques années et que le contexte social a évolué depuis ce temps à l'égard de la tolérance sociale des minorités sexuelles.

Il faut reconnaître, néanmoins, que les aînés gais de notre étude n'utilisent pas une seule stratégie de manière exclusive; ils les combinent, recourant à l'une ou l'autre selon les circonstances, comme il a été également démontré dans l'étude de Price (2010). Par exemple, Éric a divulgué directement son orientation sexuelle lorsqu'on le lui a demandé à l'hôpital. Par contre, lorsqu'il recevait des services à domicile, sans toutefois cacher son orientation sexuelle, il préférait ne pas la dévoiler puisqu'il n'en voyait pas la pertinence lors d'un soin pour une plaie notamment. Aussi, nous pouvons faire remarquer que certains participants, dont Charles et François, ont eu recours à des stratégies différentes à certains moments de leur vie. Par exemple, François a déjà fait l'utilisation de stratégies actives de divulgation, alors qu'à la suite d'une succession d'expériences de soins vécues négativement, il n'hésiterait pas, maintenant, à employer des stratégies actives de dissimulation.

Nous avons également remarqué que diverses stratégies identitaires pouvaient être utilisées presque simultanément. En effet, à son logement, Charles mentionne la présence d'affiches et d'objets reliés à la communauté gaie (stratégie de divulgation passive) par exemple, alors qu'il dévoila directement de façon verbale son orientation sexuelle aux intervenants à domicile.

En outre, nous avons été étonnés que seulement deux des six répondants aient utilisé des stratégies passives de divulgation sous forme de non-dits. En fait, cette stratégie concerne notamment les objets ou les affiches compris comme des symboles ou des indices à l'égard de l'homosexualité.

Afin de comprendre les motifs de l'utilisation des différentes stratégies, nous procéderons à une analyse plus fine des facteurs influençant les stratégies identitaires dans la section qui suit.

5.3 Les facteurs influençant les stratégies identitaires et les liens entre la stigmatisation sexuelle et les stratégies identitaires

5.3.1 Les facteurs

Rappelons qu'un de nos sous-objectifs visait à comprendre quels facteurs agissent sur les stratégies identitaires des aînés. Nous avons donc identifié dans les résultats des composantes personnelles, interactionnelles et contextuelles, qui nous le verrons plus bas, sont également présentes dans notre cadre théorique et dans la littérature à ce sujet.

5.3.1.1 Les caractéristiques personnelles des aînés gais

D'abord, il convient de discuter des caractéristiques sociodémographiques pouvant expliquer l'utilisation de certaines stratégies identitaires plutôt que d'autres chez les aînés. En premier lieu, les participants de notre recherche, étant tous des hommes, nous ne pouvons apporter un éclairage sur des différences entre les genres. Néanmoins, certaines hypothèses tirées de la recherche d'Eliaison et Schope (2001) nous amènent à réfléchir sur le genre des participants et les stratégies identitaires de protection. Bien que le terrain de leur recherche ait été les établissements de santé, ces auteurs affirment que les femmes ont plus tendance à se dévoiler que les hommes, mais seraient toutefois moins à l'aise dans les établissements de santé. Nous avons vu dans notre recension des écrits que la socialisation des femmes les incite à plus de vigilance dans les espaces publics en raison du double risque de sexisme et d'hétérosexisme. À l'opposé, les hommes ont tendance à être socialisés de façon à s'attendre à des traitements justes des autres et, bien que certains aient vécu des expériences négatives, ils demeurent à l'aise dans les établissements de santé. En élargissant cette hypothèse au contexte de soins à domicile, certains aînés ont mentionné qu'ils devaient recevoir des soins identiques aux personnes hétérosexuelles, faisant ainsi référence à leurs droits en tant qu'usagers. En ce sens, Denis a mentionné qu'il n'hésiterait pas à se plaindre s'il se sentait discriminé à l'égard de son orientation sexuelle par un employé du CLSC. Autrement, les propos des participants évoquent rarement un sentiment d'insécurité, c'est-à-dire une crainte d'être discriminé ou de recevoir de mauvais traitements, en présence des intervenants sociaux ou de la santé dans le

cadre des services à domicile. Il serait donc approprié de faire une comparaison avec des femmes lesbiennes âgées qui ont reçu des services à domicile dans une recherche ultérieure.

En deuxième lieu, nous pouvons aussi attirer l'attention sur l'âge des participants. Notons que le plus jeune âgé rencontré avait 61 ans et le plus âgé 81 ans et que, parmi ceux-ci, cinq des six âgés ont moins de 70 ans. Notre échantillon restreint ne nous permet donc pas de relever des différences significatives entre les plus jeunes et les plus âgés. D'ailleurs, Bernard (64 ans) et Charles (61 ans) utilisent tout autant des stratégies actives de divulgation qu'Éric (70 ans). De même que Denis (69 ans) et André (81 ans) utilisent tous deux des stratégies passives de dissimulation.

Outre les caractéristiques sociodémographiques, l'anxiété et la crainte de subir de mauvais traitements, à la suite du dévoilement de son identité homosexuelle, sont des thèmes souvent abordés dans la littérature sur les minorités sexuelles âgées (Brotman, Ryan et Meyer, 2007). Dans notre mémoire, un seul participant, François, a tenu comme discours avoir des craintes d'être discriminé s'il se dévoilait. Dans une moindre mesure, Bernard a rapporté certaines réserves à se dévoiler lorsque l'intervenant ne semblait pas ouvert à la diversité sexuelle ou lorsque ce dernier provenait d'un pays où l'homosexualité est moins bien acceptée qu'au Canada. Pour les autres âgés, certains d'entre eux ont mis de l'avant devoir réfléchir quant au « bon moment » pour dévoiler leur orientation sexuelle. Ceci suggère que cette décision n'est donc pas sans importance, bien que leurs propos ne témoignent pas d'anxiété ou de craintes explicites.

De plus, les thèmes des expériences antérieures relativement aux stratégies identitaires et au parcours de vie ont également émergé du discours des participants. Dans nos résultats, certains participants ont utilisé les mêmes stratégies identitaires au cours de leur vie que celles utilisées lors des services à domicile alors que pour d'autres, le lien n'est pas aussi évident. D'ailleurs, les expériences négatives antérieures de François, lorsqu'il a reçu des services à domicile, font en sorte qu'il a hésité à adopter des stratégies de divulgation, optant même, selon ses dires, pour des stratégies de dissimulation actives. Il a également été documenté dans l'étude de

Price (2010) que les comportements hétérosexistes ou homophobes des intervenants faisaient en sorte que les aidants d'aînés gais, lorsqu'ils souhaitaient se dévoiler, anticipaient négativement les réactions possibles de leurs interlocuteurs. Certains hésitaient donc à rendre visible leur orientation sexuelle.

Enfin, les liens entre le rapport à la vie intime des aînés durant le parcours de vie et les stratégies identitaires se sont révélés être un aspect important de leur discours. À cet égard, sur le plan des facteurs reliés à la divulgation, les aînés à l'aise avec leur sexualité, notons Bernard, Éric et Charles, étaient plus enclins à dévoiler leur orientation sexuelle auprès des intervenants. Ces résultats sont appuyés par ceux d'Eliaison et Schope (2001) qui ont décelé que le niveau de confort avec sa propre sexualité était l'un des facteurs les plus importants pouvant être reliés au fait de se dévoiler. Toutefois, bien qu'André et Denis utilisent principalement des stratégies de dissimulation passive, nous ne pouvons pas affirmer qu'ils sont mal à l'aise avec leur sexualité. Notons qu'André a été en couple avec un homme et qu'il s'est révélé à sa famille; tous deux ont des relations amicales avec des hommes gais au sein d'un organisme communautaire.

Sur le plan des facteurs reliés à la dissimulation, Denis et André ont affirmé que pour eux, la sexualité relevait du domaine privé et qu'ils n'avaient pas à divulguer leur préférence. Denis rapporte cependant, selon ce qui précède, qu'il pourrait se dévoiler s'il en concevait l'importance, notamment s'il recevait des services sociaux. Cette idée de préservation de la vie privée se retrouve également dans un texte de Hughes (2008) chez une minorité de participants de son étude australienne sur les expériences et les attentes des services de santé pour aînés gais. L'auteur suggère que ce point de vue serait représentatif des cohortes des aînés les plus vieux qui ont vécu des années de victimisation, telle que rapportée dans l'étude de D'Augelli et Grossman (2001), et qui continuent de passer pour des hétérosexuels en guise de stratégie de protection. Toutefois, bien qu'André soit âgé de 81 ans, Denis n'a que 69 ans et donc n'appartient pas à cette cohorte des plus vieux. Nous pouvons remarquer tout de même que tous deux utilisent des stratégies de dissimulation passive. En ce qui concerne notre recherche, l'hypothèse des expériences de victimisation passées n'est donc pas suffisante pour rendre compte de la complexité des stratégies identitaires.

5.3.1.2 *Les interactions*

Une relation ambiguë à éviter

Parmi les motifs de divulgation, certains participants rapportent préférer se dévoiler afin d'éviter tout doute chez l'autre en ce qui concerne leur orientation sexuelle. En fait, ce qu'ils souhaitent éviter, c'est d'être assigné à une identité sociale qui ne leur corresponde pas. En reprenant les concepts de Goffman, ils désirent réduire l'écart entre leur *identité sociale virtuelle* et leur *identité sociale réelle*. Rappelons que l'*identité sociale virtuelle* consiste en une identité dont les caractéristiques sont imposées par la société, par exemple, l'hétérosexualité. L'*identité sociale réelle* est plutôt un ensemble d'attributs dont la personne pourrait prouver qu'elle les possède, mais qui ne sont pas nécessairement apparents. Ainsi, lorsqu'il y a divergence entre une *identité sociale virtuelle* et une *identité sociale réelle*, la personne se voit infériorisée et sort de son statut de personne que l'on pourrait qualifier de « normale » pour entrer dans la catégorie des personnes stigmatisées (Goffman, 1975). Les propos des participants suggèrent qu'il leur semble préférable d'afficher leur *identité sociale réelle* dès le commencement d'une relation. L'incertitude quant aux réactions des intervenants face à des aspects de leur vie qui pourraient fournir des indices sur leur orientation sexuelle, est difficile à soutenir et apparaît être anxiogène. De cette façon, lorsqu'ils affirment leur homosexualité, les aînés viennent signifier à leur interlocuteur qu'ils sont « normaux » et donc qu'il n'y a pas de raisons de s'en cacher. Les propos de Charles viennent appuyer cette idée.

Moi, je trouve, dans les gens de mon âge qui ont vécu la grande noirceur, tout ça, on est beaucoup plus insécure, moi, je pense, on a toujours une crainte d'être mis à jour complètement, fait que ça *claire* les airs, ça *claire* le temps quand les personnes qui nous visitent savent à quoi s'attendre. (Charles, 61 ans)

La perception d'un malaise possible dans la relation si l'orientation sexuelle est divulguée

Par contre, certains participants estiment que le dévoilement de leur orientation sexuelle va plutôt créer un malaise dans la relation. D'un point de vue interactionniste, les aînés adaptent leurs stratégies identitaires en fonction de l'interprétation de la situation (Hewitt, 2003). Ici, certains participants craignent que le dévoilement de leur orientation sexuelle soit mal vu compte tenu du contexte d'intervention. En fait, certains participants

recevaient des soins infirmiers, souvent par une personne qu'ils rencontraient pour la première fois, et ils ne voyaient donc pas l'intérêt de se révéler. En plus, ils perçoivent que la divulgation de leur orientation sexuelle pourrait créer un malaise, mais surtout chez l'intervenant. Ainsi, certains aînés, dont Denis et Éric, adoptent une identité situationnelle, c'est-à-dire qu'ils soutiennent des comportements d'utilisateurs auxquels l'intervenant peut s'attendre (Vryan, Adler et Adler, 2003) en fonction du contexte et du type de service ou de soin. Si toutefois il se produit un décalage relativement aux comportements attendus d'un utilisateur vis-à-vis d'un intervenant, et vice et versa, il peut se produire une perte des repères habituels chez chacun, ce qui vient modifier les attentes et les interprétations d'une situation d'interaction (Vryan, Adler et Adler, 2003). C'est dans ce contexte que des malaises peuvent survenir. Certains aînés utilisent donc des stratégies identitaires afin d'éviter les répercussions émotionnelles liées à des réactions négatives des intervenants ou, selon les dires de Charles, de s'exposer à recevoir des services de moindre qualité.

Sur ce point, il convient de souligner l'aspect des coûts et des bénéfices d'un dévoilement de son orientation sexuelle, tel qu'abordé par Cain (1991, p. 71). En fait, comme nous le verrons plus loin dans les facteurs contextuels, plusieurs aînés ne se dévoileront pas, car ils ne voient pas d'avantage à le faire ou estiment que les coûts, comme l'anxiété ou les craintes, sont plus grands que les bénéfices.

Perception de l'homosexualité de l'intervenant ou d'une ouverture relativement à l'homosexualité

Nous avons observé que la perception de l'homosexualité ou d'une ouverture relativement à l'homosexualité vient faciliter le dévoilement de l'orientation sexuelle des participants. Ce que l'on doit comprendre, c'est que les références sociales des comportements ou attitudes (gestuel, sujets abordés) des hommes homosexuels sont interprétées par les aînés comme des symboles partagés qui, comme l'évoque Le Breton (2008), sont construits socialement. Néanmoins, rappelons que ces symboles doivent être significatifs pour les deux interlocuteurs (Charon, 2004), sinon il y a risque de mésinterprétation et de rupture dans l'interaction. Dans notre recherche, les aînés se sentent mieux compris et plus en confiance de

se dévoiler auprès d'intervenants homosexuels ou perçus comme ouverts à l'homosexualité. Dans une moindre mesure, le sexe de l'intervenant peut également être pris en compte comme facteur disposant à dévoiler son orientation sexuelle.

À quel type d'intervenant ça serait plus pertinent de le dire selon vous ? Je dirais un gars, mais enfin les femmes, les personnes présentement, les infirmières, sont plutôt âgées, pas nécessairement québécoises ou d'autres pays. Mais si c'était un gars, ça serait peut-être plus facile. **De le dévoiler ?** De le dire sans qu'il est de... oui. **Comment vous y parviendrez à lui dire, comment vous feriez ça ? Si jamais ça devait être pertinent ?** Ça dépendrait du gars, ça dépendrait de la situation, je ne sais pas. (Denis, 69 ans)

5.3.1.3 Le contexte

5.3.1.3.1 Le type de service d'aide à domicile

Bien que nous ayons documenté dans notre recension des écrits l'importance du dévoilement de l'orientation sexuelle afin de bénéficier de services adaptés à ses besoins de santé, à l'exception de Bernard, les aînés ne se sont pas révélés pour ces motifs. En fait, ils ne voyaient pas l'importance d'affirmer qu'ils étaient gais pour un simple soin infirmier sans lien avec leurs pratiques sexuelles. Toutefois, Bernard a cru bon d'informer qu'il avait un ex-conjoint sur qui il pouvait compter pour l'aider à domicile pendant sa convalescence.

Des participants ont rapporté qu'ils pourraient dévoiler leur orientation sexuelle à un intervenant dans un contexte thérapeutique, notamment lors d'une consultation pour un problème d'ordre psychologique. En outre, les participants seraient susceptibles de révéler leur orientation sexuelle à un intervenant afin que celui-ci puisse le référer à des ressources spécifiquement pour hommes gais.

Ainsi, dans la majorité de nos entretiens, les aînés ont indiqué qu'ils divulguaient ou divulgueraient leur orientation sexuelle s'ils en voyaient la pertinence ou s'ils pouvaient en appréhender les avantages relativement aux services de santé dont ils pourraient bénéficier. Si ce n'est pas le cas, ils sont discrets quant à celle-ci sans toutefois, sauf dans de rares cas, la dissimuler activement. Ces résultats rejoignent donc ceux de Brotman, Ryan et Meyer (2007).

5.3.1.3.2 Le temps

Nous avons déjà discuté de la disponibilité des intervenants et de la fréquence des services comme des aspects positifs de l'expérience des aînés, particulièrement sur le plan de la création de la proximité relationnelle avec les intervenants. Dans le même sens, les aînés ont témoigné d'une plus grande propension à se révéler s'ils sentaient une ouverture possible pour le faire. Ainsi, Bernard a dévoilé son orientation sexuelle lors d'une évaluation initiale de ses besoins d'aide à domicile, tandis que François, lors d'une cueillette d'informations sur ses antécédents médicaux, s'est senti inconfortable de le faire puisque l'intervenante posait des questions fermées qui laissaient peu de place à un tel dévoilement.

D'autres participants ont rapporté que s'ils devaient se révéler, ils saisiraient le bon moment pour le faire. Ce thème est quelque peu flou dans leur discours. Il réfère à plusieurs dimensions reliées au contexte d'interaction, notamment à la disponibilité des intervenants, à la pertinence de le faire et l'ouverture de l'intervenant à la diversité sexuelle. À défaut d'avoir pu rendre compte des expériences de soins des aînés sur une longue période, nous pouvons toutefois présumer que les stratégies identitaires évoluent dans le temps, c'est-à-dire qu'elles sont dynamiques plutôt que statiques, et cela en fonction de différents facteurs, notamment la nature et la qualité des rapports avec les intervenants.

5.3.1.3.3 Le lieu

Le domicile

En ce qui concerne le contexte d'intervention, il est convenu d'aborder certaines réflexions concernant les différences entre les services prodigués en établissement et les services à domicile. Au chapitre précédent, l'homosexualité de certains participants s'imposait assez clairement et même de façon inévitable aux intervenants du soutien à domicile. En effet, pour Bernard, la présence de son ex-conjoint lors des services à son domicile rendait manifeste son orientation sexuelle pour les intervenants. Dans sa recherche auprès des aidants GL, Price (2010) a observé que, de par la nature de leur relation d'aidant auprès de la personne atteinte d'une démence, il devenait évident pour les intervenants que les deux personnes formaient un couple de même sexe. Price (2010) nomme cette situation particulière de divulgation sous le

terme *outed by dementia*, faisant ainsi référence à la démence de l'aîné dont l'aidant prend soin. Dans ces cas, la préservation du caractère privé de l'orientation sexuelle est rendue impossible par la visibilité de la relation aidant-aidé. Dans la même direction, dans une recherche portant sur les expériences de 19 personnes GL de 50 ans et plus, en tant qu'aidant auprès de leur partenaire de même sexe ayant une maladie chronique, Hash (2001) rapporte que les participants évoquent aussi l'évidence de leur orientation sexuelle en raison de la nature de leur relation d'aidant. Ainsi, ils n'ont donc pas besoin de dévoiler leur orientation sexuelle puisqu'on présume que le professionnel de la santé s'en doute.

En revanche, nous avons vu plus haut que les aînés peuvent avoir du contrôle sur leur environnement en choisissant quels objets ou quelles affiches ils souhaitent montrer dans leur domicile lors de la visite des intervenants. En ce sens, il a été documenté que les couples gais peuvent également utiliser des stratégies de dissimulation de l'orientation sexuelle visant justement à signifier qu'ils ne forment pas un couple (Gorman-Murray, 2006). Toutefois, il est à noter que les aînés recevant des services à domicile peuvent être limités sur le plan de la santé physique, ce qui pourrait constituer un frein quant au contrôle de ce qu'ils souhaitent rendre visible ou non à l'intérieur de leur domicile.

Le contexte social immédiat

Dans un autre ordre d'idées, nous avons inclus, dans la catégorie des caractéristiques du milieu de soins, le contexte urbain et rural comme facteur influençant le dévoilement. Nous avons évoqué, dans la partie sur les résultats, les attitudes négatives des intervenants perçues par Charles lorsqu'il habitait en région non métropolitaine. Malgré que les comportements homophobes ne soient pas exclusifs au milieu rural, ce phénomène a été un incitatif au déménagement de celui-ci au centre-ville Montréal. Plus précisément, sachant qu'il devait recevoir des soins de santé, considérant sa condition médicale précaire, il explique avoir voulu en quelque sorte se libérer des difficultés l'empêchant d'être qui il est auprès des intervenants de la santé. Par exemple, il dira qu'il ne pouvait avoir le choix de son médecin de famille en région rurale et que ce dernier était mal à l'aise avec l'homosexualité. Ce faisant, il était donc contraint de dissimuler son orientation sexuelle. Donc, en étant à Montréal, il espérait avoir un

plus grand choix de professionnels et que ceux-ci seraient plus ouverts à l'homosexualité. En outre, son dévoilement à Montréal n'entraînerait pas la même visibilité qu'auprès de la petite communauté dans laquelle il habitait. Dans leur étude sur les stratégies identitaires des personnes GL vivant en région, Chamberland et Paquin (2007) témoignent de la personnalisation des liens sociaux en raison de la faible densité démographique qui limite les choix d'aménagement de l'identité sociale en tant qu'homosexuel. Comme le raconte Charles, le choix de se dévoiler ou non et les conséquences de ces choix peuvent représenter un fardeau à l'âge adulte avancé, notamment lorsqu'on reçoit des services de santé plus régulièrement et au domicile.

En outre, il est intéressant de faire remarquer comment Charles anticipait que les intervenants, dispensant des soins dans le Village gai, étaient habitués de travailler avec les minorités sexuelles et donc qu'il recevrait des services adaptés à ses besoins. De cette façon, il n'a pas hésité à utiliser des stratégies de divulgation actives et passives. Soulignons aussi que les représentations du rôle des intervenants, entendues comme un ensemble de normes régissant les relations entre les individus selon la perspective goffmanienne, ont entraîné des attentes positives chez Charles et influencé ses stratégies identitaires. En terminant ce point, mentionnons au passage la recherche de Dumas (2013) sur l'adaptation des services sociaux et de santé des minorités sexuelles sur le territoire du CSSS (Centre de santé et de services sociaux) Jeanne-Mance, où se retrouve le quartier gai. Celui-ci a fait le constat que les intervenants utilisent des pratiques spécifiques notamment sur le plan de l'accueil, de l'identification des besoins et du développement d'un lien de confiance. Ces résultats s'accordent donc avec la plupart des propos des participants de notre étude à l'égard de leur relation avec les intervenants.

5.3.2 Les liens entre la stigmatisation sexuelle et les stratégies identitaires

Le deuxième sous-objectif de notre mémoire était de comprendre comment la stigmatisation sexuelle possible dans le contexte des services sociaux et de santé à domicile pouvait influencer les stratégies identitaires des aînés gais. Selon nos conclusions précédentes, les aînés ne se sont sentis stigmatisés que dans de rares moments et nous ont rapporté avoir

plutôt vécu certaines situations les rendant mal à l'aise. Parmi les moments difficiles, relevons, évidemment, le récit de François, pour qui le dévoilement de son homosexualité pouvait être associé à la divulgation d'un statut séropositif; il craignait en ce sens d'être embarrassé par le surcroît de précautions des intervenants lui prodiguant des soins de santé. Ce faisant, il utilisait des stratégies actives de dissimulation à son domicile, comme cacher la photo de couple de lui et de son conjoint décédé. Dans une moindre mesure, Bernard a affirmé qu'il restait plutôt passif quant à son dévoilement s'il ressentait que les intervenants du CLSC semblaient mal à l'aise face à l'homosexualité. Son homosexualité était divulguée dans son cas par la présence de son ex-conjoint ou rendue visible par des objets ou des affiches. Ces deux exemples nous permettent de mettre en relief une tension entre la crainte d'être discriminé, ou même d'être embarrassé ou de mettre mal à l'aise les autres, et le désir d'authenticité. En effet, dans leurs discours, les deux participants témoignent de l'importance d'être eux-mêmes, autant pour être authentiques que par souci de recevoir des services adaptés à leurs besoins. Toutefois, à la suite d'une analyse « des coûts et des bénéfices », c'est-à-dire après avoir considéré les avantages et les désavantages, ils modulent leurs stratégies identitaires en fonction de divers facteurs, tels qu'observés à travers le modèle d'Eliaison et Schope (2001). Parmi ces facteurs, le domicile est à prendre en compte, mais n'a pas été aussi significatif que nous l'avions envisagé.

Nous avons comme hypothèse que, compte tenu de la plus grande visibilité de leur orientation sexuelle à domicile, notamment par des affiches ou par la présence du conjoint, les aînés seraient entraînés à faire des choix quant au dévoilement ou à la dissimulation de leur orientation sexuelle en fonction de la stigmatisation perçue, lorsqu'ils recevaient des services à domicile. Or, d'après l'analyse de nos résultats, c'est seulement dans une faible proportion que les aînés vont rendre visible leur orientation sexuelle dans leur domicile et tous sont célibataires, bien que l'un d'entre eux avait son ex-conjoint dans son entourage. Il est toutefois à noter que quatre des six aînés rencontrés habitaient dans le Village gai, ce qui, pour eux, constitue en soi un indice quant à leur orientation sexuelle. Ainsi, les données extérieures (la scène domestique) dans le contexte du domicile, si l'on reprend les propos de Djaoui (2008), sont importantes à prendre en compte, mais s'avèrent plutôt modestes quant aux données

intérieures (pensées, sentiments nommés, souvenirs du passé) auxquelles nous pouvons avoir accès en dialoguant.

Dans un autre ordre d'idées, bien que la stigmatisation sexuelle ait été faiblement soulevée dans les récits des participants lorsqu'ils recevaient des services à domicile, certains de leurs propos mettent de l'avant l'impact négatif du contexte organisationnel actuel des services à domicile et leurs réticences à divulguer leur orientation sexuelle aux intervenants. En effet, la rapidité d'exécution des services ou des soins, et donc la diminution du temps en présence de l'utilisateur, a contraint certains répondants à ne pas se dévoiler. Dans ces cas, la dimension psychosociale a été négligée et a eu un impact négatif sur la création du lien de confiance, et a constitué, au bout du compte, une barrière à la facilitation de l'expression de l'identité homosexuelle chez les aînés.

De surcroît, ces éléments du contexte interrogent le travail des intervenants quant à la flexibilité que nécessite l'adaptation des pratiques auprès des minorités sexuelles. Des pratiques adaptées aux usagers ayant des besoins particuliers, comme les aînés gais, requièrent du temps pour établir un lien de confiance, notamment en raison des craintes associées à la discrimination. Il y a donc un danger de pratiques hétérosexistes qui négligeraient la prise en compte de la sexualité dans les interventions. Ce faisant, les aînés pourraient se sentir discriminés et ainsi utiliser des stratégies de dissimulation de leur orientation sexuelle.

5.4 Les besoins spécifiques des aînés et l'amélioration des pratiques sociales à domicile

Notre deuxième objectif visait à retenir les propos des aînés quant à leurs besoins spécifiques et ainsi proposer des recommandations pour la pratique du travail social. Ce qui ressort de leur discours est l'importance de recevoir des services identiques, que l'on soit hétérosexuel ou homosexuel, et non discriminatoires. Certains disent vouloir être « traité comme tout le monde ». Comme nous l'avons mentionné dans notre recension des écrits, selon Wilson (2000), il est important de faire la différence entre *treating everyone the same* (donner des services de façon équitable) et *treating everyone as if they were the same* (ignorer les

besoins spécifiques, donc ne pas donner des services de façon *appropriée*). Même si les aînés ont spontanément affirmé l'importance de services identiques pour tous, leurs propos témoignent cependant de besoins spécifiques.

5.4.1 Les connaissances

Les répondants de notre recherche ont affirmé que la compréhension des particularités des aînés gais par les intervenants sociaux et de la santé était primordiale. En effet, Éric avançait qu'il se sentirait mieux compris s'il pouvait discuter avec un intervenant gai qui serait en mesure de saisir ce qu'il vit. Denis évoqua, en ce sens, l'importance pour les intervenants de connaître les réalités des aînés gais. Par exemple, celui-ci a rapporté que certains aînés gais pourraient requérir des services de soutien psychologique en raison de difficultés comme l'alcoolisme qui, selon lui, sont inhérentes au fait d'être homosexuel. Cet aspect a également été soulevé dans la recherche de Johnston (2008) dont les participants souhaitaient des services sociaux en raison de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie reliées, selon eux, au processus de stigmatisation vécu sur une longue période de temps. Quant à Charles, il a dit souhaiter un contact auprès d'un intervenant gai afin qu'il le réfère vers des ressources de la communauté pour les aînés gais.

Ces considérations nous permettent donc d'insister sur le besoin de connaissances des spécificités des minorités sexuelles âgées pour l'intervention, comme mentionné par Valenti et Katz (2014) dans notre recension des écrits. Toutefois, d'après Fredriksen-Goldsen, Hoy-Ellis, Goldsen, Emler, et Hooyman (2014), bien que les minorités sexuelles partagent une histoire commune de marginalisation et de victimisation, il ne faut pas négliger l'existence de sous-groupes, comme les aînés, ni les différences identitaires selon le sexe, la culture ou l'état de santé. Dans cette perspective, il n'est pas inutile non plus de rappeler l'hétérogénéité du groupe des minorités sexuelles âgées (Pugh, 2002).

Les compétences des intervenants

Sur le plan des habiletés à prôner, certains aînés mentionnent l'importance que les intervenants abordent la question de l'orientation sexuelle, de façon subtile en ce qui concerne

André, alors que pour Charles, cette question devrait être directement abordée, tel un questionnaire administré. Toutefois, parmi les pratiques à éviter dans une relation thérapeutique auprès des minorités sexuelles, Burckell et Goldfied (2006) insistent sur le fait que demander l'orientation sexuelle d'un client pourrait être vu comme offensant ou perçu comme préjudiciable. En effet, comme stipulé dans la Charte de la bienveillance envers les personnes âgées homosexuelles de la Fondation Émergence, il importe de « respecter le choix d'une personne âgée de dévoiler ou non son orientation sexuelle ou sa transsexualité » (Fondation Émergence, 2012). À cet égard, Healy (2002) suggère que les intervenants ne doivent pas présumer de l'orientation sexuelle de leurs clients. Ainsi, elle propose d'utiliser des pronoms neutres lorsque nous les questionnons à propos des personnes significatives dans leur vie. Cela évite donc d'imposer une vision hétérosexiste de la sexualité des personnes aidées et leur laisse la possibilité de se dévoiler à leur aise s'ils le souhaitent. Dans cette perspective, la sexualité des aînés ne doit pas être négligée lors des évaluations des intervenants, notamment lors de l'évaluation biopsychosociale initiale des besoins à domicile. Comme l'a témoigné François, il est nécessaire de laisser aux aînés l'ouverture pour le faire.

Bref, que ce soit en matière de connaissances des réalités des aînés gais ou de compétences d'intervention, il importe que les intervenants soient bien formés quant à l'adaptation de leurs pratiques auprès de cette population. Fredriksen-Goldsen, Hoy-Ellis, Goldsen, Emler, et Hooymann (2014) soutiennent que les étudiants et les praticiens en travail social manquent souvent de connaissances et d'habiletés adéquates pour mettre en œuvre des pratiques compétentes auprès des populations LGBT. Ils retiennent les propos de Van Den Bergh et Crisp (2004) suggérant que les trois composantes centrales d'une pratique sensible aux besoins spécifiques des populations sont la connaissance, les habiletés et les attitudes. Pour ces auteurs, ces éléments sont fondamentaux afin d'éliminer les barrières d'accès à des services de qualité et assurer une main-d'œuvre qualifiée dans le champ de la santé et des services sociaux. Cette idée a également été soulevée dans l'étude de Brotman *et al.* (2007). Les aidants interviewés mettent de l'avant l'importance de l'éducation et de la formation auprès des professionnels de la santé et des services sociaux. Ils souhaitent ainsi favoriser l'acceptation de l'homosexualité, remettre en question les présomptions hétérosexistes et ainsi

faire face à l'homophobie. De cette façon, les intervenants seront plus habilités à identifier les indices les plus subtils de réticence des individus dans le but d'agir de façon proactive sur les problèmes potentiels, les préoccupations ou les besoins des aînés.

5.4.2 Le développement de ressources spécifiques

Dans le contexte des services à domicile, mis à part les besoins de connaissances et de compétences des intervenants sociaux et de la santé, certains ont soulevé quelques préférences à l'égard du programme de soutien à domicile, mais aussi dans une perspective plus large de l'offre de services aux aînés. Dans le cas de Charles, celui-ci a mentionné que, dans un monde idéal, il serait nécessaire d'avoir accès à des intervenants gais. Également, Charles et Bernard, auraient apprécié avoir des hommes gais lors des services d'hygiène personnelle, se sentant plus à l'aise ainsi lorsqu'il s'agit de soins intimes. Remarquons que les participants n'ont pas indiqué le besoin d'organismes offrant des services à domicile spécifiquement pour la clientèle gaie, mais bien des personnes homosexuelles ou ayant des compétences adaptées à leurs besoins à l'intérieur des services pour tous.

Par ailleurs, André met de l'avant l'importance de loisirs, spécifiquement pour aînés gais, afin de pouvoir échanger sur des réalités propres à ce groupe. À ce propos, deVries et Herdt (2012), soutiennent que les aînés LGBT ont besoin d'entretenir des relations d'intimité et d'amour, qu'ils vivent dans la communauté ou dans des centres de soins de longue durée. Il est donc essentiel de créer ou de soutenir les groupes de socialisation et de loisirs pour les aînés gais en perte d'autonomie et de mettre en place, par exemple, des services d'accompagnement pour les personnes à mobilité réduite ou des services de bénévoles se déplaçant à domicile.

Dans un autre ordre d'idées, des participants ont aussi rapporté leurs appréhensions de se retrouver dans un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Ils craignent d'être contraints de vivre dans un milieu de vie institutionnel et de cohabiter avec des résidents possiblement homophobes ou de subir de mauvais traitements du personnel soignant. Ces inquiétudes reflètent bien les propos recueillis dans l'étude de Stein, Beckerman et Sherman (2010) sur la perception des aînés GL quant aux soins de longue durée. Les aînés que nous

avons rencontrés craignent l'homophobie en milieu institutionnel plutôt que dans les services à domicile. Certains ont parlé en ce sens de la nécessité de créer des ressources résidentielles spécifiquement pour les minorités sexuelles. Cette idée a également été mentionnée par les répondants de l'étude de Brotman *et al.* (2007), mais incluait tant les ressources résidentielles spécifiques pour aînés LGBT que les services à domicile et le bénévolat.

Néanmoins, nous devons préciser que les aînés rencontrés ne sont pas totalement dépendants des services du CLSC ou des services d'une ressource résidentielle. Cela pose donc moins d'enjeux s'ils doivent exprimer leurs insatisfactions par rapport aux services que s'ils devaient le faire dans un milieu de vie où ils reçoivent des soins constants par le même personnel. Remarquons qu'ils font confiance au système de santé quant au respect de leurs droits d'usagers et, notamment, s'ils sont victimes de discrimination à l'égard de leur orientation sexuelle.

5.4.3 L'organisation des services de soutien à domicile

Nous ne pouvons passer sous silence l'influence de l'organisation des services sur l'adaptation des pratiques auprès des aînés gais. En fait, certains aînés ont parlé des contraintes de temps pouvant miner leur relation auprès des intervenants. À cet égard, Bourque (2009, p. 13) nous rappelle la tension entre la logique gestionnaire qui donne une grande importance à l'atteinte des résultats, et donc à la performance des intervenants, alors que la logique d'intervention sociale priorise les processus.

La logique d'intervention sociale quant à elle accorde une importance principale au processus et à la relation entre intervenants et usagers (individu, groupe ou collectivité). La qualité de ce processus et de cette relation est perçue comme garante de meilleurs résultats parce que les objectifs de changement sont déterminés conjointement entre l'intervenant et l'utilisateur, ainsi que les moyens à mettre en action pour y arriver (p. 13).

Ainsi, dans un contexte d'optimisation des services, où l'importance est donnée au nombre d'usagers rencontrés dans une journée par exemple, il y a donc un risque que la logique d'intervention sociale soit compromise, ce qui peut occasionner des effets négatifs sur le plan de la proximité relationnelle avec les personnes aidées.

En outre, d'autres participants n'ont pas eu la possibilité, lors de leur rencontre avec un travailleur social, de dévoiler leur orientation sexuelle en raison d'une évaluation de leur autonomie à partir d'une grille trop directive. Certains enjeux doivent être soulevés à l'égard de l'*outil multicientèle*, une évaluation fonctionnelle de l'autonomie qui constitue généralement la porte d'entrée des services de soutien à domicile. À ce sujet, Bergeron (2011) soutient que l'utilisation de cet outil négligerait la prise en compte des conditions environnementales, et donc sociales, tout en amenant à trop se focaliser sur la personne. Dans cette perspective, il est important de rappeler le danger que la composante psychosociale de la réalité d'un individu soit reléguée au second rang. De cette façon, les interventions viseront d'abord des problématiques en lien avec incapacités physiques plutôt que le vécu émotif ou les problèmes relationnels.

5.4.4 Le rôle du travailleur social au programme de soutien à domicile

Les propos des répondants de l'étude, à l'égard de la stigmatisation sexuelle possible de la part des intervenants, nous ont permis de réfléchir quant au rôle du travailleur social auprès des minorités sexuelles âgées. À ce sujet, certains participants ont mentionné avoir la possibilité de faire respecter leurs droits d'usager en faisant une plainte contre la personne concernée. Toutefois, comme l'évoquent Brotman, Ryan et Meyer (2007), en tant que cohorte, les aînés sont peu portés à se plaindre, craignant que les services leur soient retirés. Nous pouvons également ajouter que, par l'intensité des services à domicile et la récurrence du personnel, les aînés pourraient hésiter à se plaindre par crainte de représailles, comme recevoir des services de moindre qualité, ou en raison du malaise qui pourrait survenir avec l'intervenant après la plainte. Enfin, il n'en demeure pas moins que les aînés recevant des services à domicile peuvent être vulnérables en raison de leurs incapacités fonctionnelles liées à des problèmes de santé physique ou à des troubles cognitifs. Ce faisant, nous soupçonnons que certains aînés n'ont pas l'énergie ou les capacités physiques ou psychiques, en raison de troubles cognitifs altérant la mémoire et le jugement notamment, pour formuler une plainte. Dans cette direction, il est donc important que les travailleurs sociaux soient vigilants par rapport aux indices d'abus ou de mauvais traitements à caractère homophobe ou hétérosexiste. Si toutefois des difficultés devaient se produire, il est nécessaire que le travailleur social puisse assurer le soutien de l'aîné dans l'expression de son malaise et dans sa recherche de solutions.

Il pourra donc faciliter la communication entre les personnes, mettre de l'avant le point de vue de l'aîné, et cela dans son intérêt, et de l'accompagner dans des démarches visant à faire respecter ses droits et sa dignité, allant, au besoin, jusqu'à la formulation d'une plainte. En outre, en étant au sein d'une équipe interdisciplinaire, dont font partie des infirmières, des ASSS, des ergothérapeutes, des médecins, le travailleur social a l'opportunité de sensibiliser ses collègues aux réalités psychosociales des minorités sexuelles âgées tout en promouvant des pratiques sociales adaptées à leurs besoins.

Conclusion

Ce mémoire a débuté par une réflexion sur les pratiques sociales auprès des aînés dans le cadre du programme de soutien à domicile d'un CLSC. Dès le début de notre carrière en travail social, nous nous sommes intéressés aux problématiques des aînés, mais plus particulièrement à celles des aînés GL en perte d'autonomie. Ce faisant, nous avons des interrogations sur la manière dont les aînés gais divulguaient ou dissimulaient aux intervenants leur orientation sexuelle dans le contexte des services à domicile. En fait, nous avons comme hypothèse de départ que la visibilité de l'homosexualité des aînés dans leur chez-soi, se manifestant par la présence d'un conjoint, d'affiches ou d'objets faisant référence à la culture gaie, pouvait affecter leurs relations avec différentes personnes leur prodiguant des soins et services à leur résidence.

Dans cette perspective, cette étude visait l'exploration du vécu d'aînés gais recevant ou ayant reçu des services à domicile. Plus spécifiquement, nous voulions identifier quelles étaient les stratégies identitaires des aînés et comprendre les facteurs qui les influencent. Aussi, nous avons en tête de saisir si la stigmatisation sexuelle possible pouvait avoir un lien avec les stratégies identitaires. Enfin, il était aussi question de décrire les besoins spécifiques des aînés gais en vue de l'adaptation des services à domicile.

Les propos de six aînés gais, âgés de 61 à 81 ans, ont donc été recueillis dans la ville de Montréal par entrevues semi-dirigées. Nous avons utilisé une méthode d'*échantillonnage en boule de neige*. Également, nous avons privilégié une démarche d'analyse qualitative. Plus spécifiquement, l'analyse de nos données a été effectuée par la technique de l'analyse de contenu. En nous inscrivant dans le courant de l'interactionnisme symbolique, nous avons pu prendre en compte la nature des interactions sociales et les dynamiques sociales entre les acteurs (Charon, 2004). Une attention particulière a été donnée à l'interprétation que font les répondants des différentes situations sociales afin de comprendre le sens de leurs comportements, et dans ce cas, le sens de leurs stratégies identitaires. En outre, la perspective

d'Erving Goffman nous a permis de lire la réalité des minorités sexuelles âgées notamment en utilisant les concepts de stigmaté et de rôle. C'est cependant une adaptation du modèle du dévoilement de l'identité homosexuelle d'Eliaison et Schope (2001) qui a permis de mieux repérer les diverses stratégies identitaires des aînés et les facteurs qui les influencent.

Les résultats montrent donc que les expériences des aînés recevant des services à domicile sont généralement satisfaisantes; parmi eux, certains ne se sont sentis stigmatisés que dans de rares moments et nous ont rapporté avoir plutôt vécu des situations les rendant mal à l'aise. À ce sujet, les thèmes qui ont émergé de leur discours concernaient tant leurs relations auprès des intervenants, l'organisation des services que les enjeux reliés au fait de recevoir des services à leur résidence. De plus, l'homosexualité perçue ou réelle des intervenants a été considérée comme un aspect favorisant la proximité relationnelle entre usager et intervenant. Par contraste, un répondant a rendu compte de son expérience négative à l'égard des effets du VIH/sida sur la relation usager/intervenant.

D'après une adaptation du modèle d'Eliaison et Schope (2001), l'utilisation des stratégies chez nos six répondants se présente comme suit : stratégies actives de divulgation 4/6, stratégies passives de divulgation 2/6, stratégies passives de dissimulation 3/6 et stratégies actives de dissimulation 1/6. Étant donné notre échantillon limité, nous n'avons pu identifier de tendances fortes. Toutefois, nous avons constaté que les stratégies les plus utilisées sont les stratégies actives de divulgation et les stratégies passives de dissimulation. Enfin, celle la moins utilisée est la stratégie active de dissimulation. Mentionnons en outre que les aînés gais n'utilisaient pas qu'une seule stratégie de façon exclusive, mais plutôt des combinaisons de stratégies, tant passives qu'actives, et parfois de façon simultanée.

En ce qui a trait aux facteurs influençant les stratégies identitaires, des facteurs individuels (l'authenticité versus la préservation de la vie privée) et interactionnels (une relation ambiguë à éviter, la perception de l'homosexualité de l'intervenant ou d'une ouverture relativement à l'homosexualité versus la perception d'un malaise possible dans la relation) ont influencé les

stratégies des aînés. Ce sont cependant des facteurs contextuels (les avantages appréhendés versus le dévoilement non nécessaire, le bon moment, la disponibilité, le domicile, le contexte urbain versus le contexte rural) qui ont pris une importance significative.

Les conclusions de ce mémoire mettent de l'avant diverses pistes d'action à explorer pour l'adaptation des pratiques sociales auprès de cette population. Il s'agit notamment de la mise sur pied de formations portant sur les réalités des minorités sexuelles âgées s'adressant aux intervenants sociaux et de la santé afin d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences relationnelles lors d'interactions avec cette population, de l'amélioration de l'organisation des services à domicile visant, entre autres, une stabilité du personnel et l'utilisation d'outils souples, du développement de ressources spécifiques (communautaires et résidentielles) et, enfin, de faire valoir la contribution du travailleur social auprès de cette population vulnérable à risque d'être discriminée.

Enfin, il persiste des questionnements laissés en suspens particulièrement en raison des limites méthodologiques dues à notre échantillon. Comme présenté dans le chapitre sur la méthodologie, les participants de cette étude étaient tous des hommes ayant des caractéristiques similaires; ils sont tous blancs, possèdent généralement le même statut économique et vivent en région urbaine. Dans d'éventuelles recherches, il serait pertinent de diversifier les caractéristiques des participants en recrutant d'abord des femmes lesbiennes âgées. Aussi, une variété ethnoculturelle, géographique et socio-économique chez les participants serait nécessaire afin de rejoindre des groupes d'aînés GL pouvant subir différentes formes d'oppressions liées au genre ou à la communauté culturelle d'appartenance ou en situation d'isolement. En terminant, le point de vue des intervenants travaillant auprès des minorités sexuelles âgées mériterait d'être également exploré afin de comparer leur discours avec celui des aînés GL.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2010, juillet). L'infection à VIH et le sida chez les personnes âgées au Canada, *Actualités en épidémiologie du VIH/sida*, 1-7. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/6-fra.php>
- Allan, K. (2011). *Contemporary social and sociological theory : visualizing Social Worlds* (2e éd.). Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Appelbaum, J. S. (2008). Late adulthood and aging : clinical approaches. Dans H. J. Makadan, K. H. Mayer, J. Potter et H. Goldhammer (dir.), *Fenway Guide to Lesbians, Gay, Bisexual and Transgender Health* (p. 135-156). American college of physician.
- Balsam, K. F. et Mohr, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma : A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 306-319.
- Barranti, C. C. R. et Cohen, H. L. (2000). Lesbian and gay elders: An invisible minority. Dans R. Schneider., N. Kropt et A. Kisor (dir.), *Gerontological social work: Knowledge, service settings and special populations* (2e éd.) (p. 343-367). Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning.
- Baron, A. et Cramer, D. W. (2000). Potential counseling concerns of aging lesbian, gay, and bisexual clients. Dans R. M., Perez, K. A., DeBord, et K. J., Bieschke (dir.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients* (p. 207-223). Washington, D.C., American Psychological Association.
- Beauchamp, J. (2013). Réalités et besoins des aînés gais et lesbiennes : des pistes d'action pour une approche adaptée. *Pluriâges*, 4(1), 19-22.

- Beehler, G. P. (2001). Confronting the culture of medicine: Gay men's experiences with primary care physicians. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5, 135-141.
- Beeler, J. A., Rawls, T., Gerdt, G. et Cohler B. J. (1999). The needs of older lesbians and gay men in Chicago. *Journal of Gay and Lesbians Social Services*, 9(1), 31-49.
- Berger, R. M. (1992). Passing and social support among gay men. *Journal of Homosexuality*, 23, 85-97.
- Berger, R. M., et Mallon, D. (1993). Social support networks of gay men. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 20(1), 155-174.
- Bergeron, D. (2011). *Personne en situation d'handicap, soutien à domicile et intervention psychosociale dans le cadre du programme déficience physique à l'intérieur de deux centres de santé et de services sociaux du Québec*. (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke.
- Borrillo, D. (2000). *L'homophobie*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec : communication dans le cadre du colloque européen CEFUTS) Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires* (Université de Toulouse 2, 2 et 3 juillet 2009), Centre de recherche du Canada en organisation communautaire. Repéré à <http://www4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/Cahier0907Final.pdf>

- Brotman, S., Ryan, B. et Cormier, R. (2003). The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *The Gerontologist*, 42(2), 192-202.
- Brotman, S., Ryan, B., Meyer, E., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Peterkin, A. et Richard, B. (2006). *Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada, rapport de synthèse*, École de service social de l'Université McGill. Repéré à http://www.mcgill.ca/files/interaction/Rapport_Synthese_Aines_Gais_Lesbiennes.pdf
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D, Meyer, E., Peterkin, A. et Richard, B. (2007). Coming out to care: caregivers of gay and lesbian seniors in Canada. *The Gerontologist*, 47, 490-503.
- Brotman, S., Ryan, B. et Meyer, E. (2007). Les particularités des aînés gais et lesbiennes de Montréal : Histoires de dignité et d'espoir en des temps de changement. Dans D. Julien et J. J. Lévy (dir.), *Homosexualités : Variations régionales* (p. 95-114). Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Burckell, L. A., et Goldfried, M. R. (2006). Therapist qualities preferred by sexual-minority individuals. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 32-49.
- Butler, S. S. (2004). Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender (GLBT) elders : The challenge and resilience of this marginalized group. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 9(4), 25-44.
- Cain, R. (1991). Stigma management and gay identity development. *Social Work*, 36, 67-73.
- Cahill, S., South, K. et Spade, J. (2000). *Outing age: Public policy issues affecting gay, lesbians, bisexual and transgenders elders*. Washington, DC, Policy Institute, National Gay and Lesbians Task Force.

- Camirand, J. et Fournier, C. (2012, février). *Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2011 : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Zoom Santé 34, Institut de la statistique du Québec.
- Chamberland, L. et Paquin, J. (2004). Vieillir en étant soi-même : le défi de l'adaptation des services résidentiels aux besoins des lesbiennes âgées, rapport de recherche, Alliance de recherche IREF/Relais-femmes, UQAM. Repéré à <http://homosexualiteetravail.uqam.ca/RapportFinalRLQ.pdf>
- Chamberland, L. et Paquin, J. (2007). Les stratégies identitaires des lesbiennes et des gais vivant dans des régions non métropolitaines du Québec. Dans D. Julien et J. J. Lévy (dir.), *Homosexualités : variations régionales* (p. 13-38). Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Chappel, N. L. et Funk L. M. (2011). Social support, caregiving, and aging. *Canadian Journal on Aging /La Revue canadienne du vieillissement*, 30(3), 355– 370.
- Charon, J. M. (2004). *Symbolic interactionism : An introduction, An interpretation, An integration* (8e éd.). Upper Saddle River, Pearson Prentice Hall.
- Clair, I. (2010). « Rôle ». Dans S. Paugam (dir.), *Les 100 mots de la sociologie* (p. 95). Paris, Presses universitaires de France.
- Clover, D. (2006). Overcoming barriers for older gay men in the use of health services: A qualitative study of growing older, sexuality, and health. *Health Education Journal*, 65(1), 41–52.
- Commission des droits de la personne (2007). *De l'égalité juridique à l'égalité social : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*. Québec, Commission des droits de la personne.

- D'Augelli, A. R. et Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1008-1027.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *La recherche qualitative : guide pratique*. Montréal, McGraw-Hill.
- de Vries, B. et Herdt, G. (2012). Aging in the Gay Community. Dans T. M. Witten et A. E. Eyller (dir.) *Gay, Lesbians, Bisexual & Transgender Aging. Challenges in Research, Practice & Policy* (p. 84-129). Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- de Vries, B. et Croghan, C.F. (2014) LGBT Aging: The contributions of community-based research. *Journal of Homosexuality*, 61(1), 1-20.
- Djaoui, E. (2008). *Intervenir à domicile*. Rennes Cedex, Presses de l'École des Hautes Études en santé publique.
- Dortier, J.-F. (dir.) (2008). *Le dictionnaire des sciences humaines*. France, Sciences Humaines Éditions.
- Dorvil, H., et Mayer, R. (2001). Les approches théoriques. Dans H. Dorvil et R. Mayer (dir.), *Problèmes sociaux, Tome 1 : Théories et méthodologies* (p. 15-25). Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Dubé, G. (2013, décembre). Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés. Dans *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes de 65 ans et plus* (p.129-136). Institut de la statistique du Québec.
- Dumas, J. (2013). L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance. *Service social*, 59(1), 53-80.

- Eliason M. J. (1996). *Who cares ? Institutional barriers to health care for lesbian, gay, and bisexual persons*. New York, National League for Nursing Press.
- Eliason, M. J. et Schope, R. (2001). Does “Don’t Ask Don’t Tell” Apply to Health Care ? Lesbian, Gay, and Bisexual People’s Disclosure to Health Care Providers. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5(4), 125-134.
- Émond, G. et Bastien, J. (2008). *Rapport de recherche : L'homophobie pas dans ma cour!*. Montréal, GRIS-Montréal.
- Evans, D. (2001). The stigma of ‘sexuality’: concealability and course, Dans T. Mason (dir.). *Stigma and Social Exclusion in Health care (p.104-116)*. London, Routledge.
- Fondation Émergence (2012). Pour que vieillir soit gai : un programme innovateur. Repéré à <http://www.fondationemergence.org/default.aspx?scheme=4148#objectifs>
- Forte, J. A. (2001). *Theories for Practice: Symbolic Interactionist Translations*. Lanham, Maryland, University press of America.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, Chenelière éducation.
- Fournier, A. (2011). *"Se sentir vivant" : Le regard d'aînés et d'auxiliaires familiaux et sociaux sur le soutien à domicile en contexte d'inégalités sociales*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., et Muraco, A. (2010). Sexual orientation and aging: A 25 year review of the literature. *Research on Aging*, 32(3), 372–413.

- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emlet, C. A., Kim, H.-J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J., et Hoy-Ellis, C. P. (2012). The physical and mental health of lesbian, gay male and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53(4), 664-675.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., Emlet, C. A., Hooyman, N. R. (2014). Creating a vision for the future: Key competencies and strategies for culturally competent practice with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) older adults in the health and human services. *Journal of Gerontological Social Work*, 57, 80-107.
- Goffman, E. (1968). *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, Les Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne, I. La présentation de soi*. Paris, Les Éditions de minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmaté : les usages sociaux des handicaps*. Paris, Les Éditions de Minuit.
- Gorman-Murray, A. (2006). Gay and lesbian couples at home: identity work in domestic place. *Home Cultures*, 3(2), 45-168.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. et Hershberger, S. L. (2000). Social Support Networks of Lesbian, Gay, and Bisexual Adults 60 Years of Age and Older. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B(3), 171-79.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R. et Dragowski, E. A. (2007). Caregiving and Care Receiving Among Older Lesbian, Gay, and Bisexual Adults. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 18(3/4), 15-38.
- Guba, E. G. (dir). (1990). *The Paradigm Dialog*. London, Sage Publications.

- Hash, K. (2001). Preliminary study of caregiving and post-caregiving experiences of older gay men and lesbians. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(4), 87–94.
- Healy, T. (2002). Culturally competent practice with elderly lesbians. *Geriatric Care Management Journal*, 12(3), 9-13.
- Hewitt, J. P. (2003). Symbols, Objects, and Meanings. Dans L. T. Reynolds et N. J. Herman-Kinney (dir.). *Handbook of symbolic interactionism* (p. 307-325). Walnut Creek, AltaMira press.
- Herek, G. M. (2004). Beyond “Homophobia”: Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Journal of Sexual Research and Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Hitchcock, J. E. (1989). Personal risking: the decision-making process of lesbians regarding self-disclosure of sexual orientation to health providers. (Thèse de doctorat). Université de Californie.
- Hitchcock, J. E. et Wilson, H. S. (1992). Personal risking: Lesbian self-disclosure of sexual orientation to professional health care providers. *Nursing Research*, 41(3), 178–183.
- Hicks, C. (2008). Aspects of homophobia and heterosexuality in later life : personnel, cultural, structural » Dans A. Fannin (dir.). *Social Work Practice with Older Lesbians and Gay Men* (p. 23-36). Glasgow : Learning Matters Ltd.
- Hoover, M. et Rotermann, M. (2012, décembre). Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009, *Rapports sur la santé* 23(4), Ottawa, Statistique Canada, n.82-003-X au catalogue.

- Hughes, M. (2008). Imagined Futures and Communities: Older Lesbian and Gay People's Narratives on Health and Aged Care. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1-2), 167-186.
- Hunter, S. (2005). *Midlife and Older LGBT Adults. Knowledge and Affirmative Practice for the Social Services*. Binghamton, The Haworth Press.
- Johnston, A. (2008). *Exploring the health needs of older lesbians and gay men in metro Vancouver*. (Mémoire de maîtrise). Université Simon Fraser.
- Kirby, S. et Hay, I. (1997). (Hetero)sexing Space: Gay Men and 'Straight' Space in Adelaide, South Australia. *Professional Geographer*, 49(3), 295–305.
- Klitzman, R. et Greenberg, J. D. (2002). Patterns of Communication Between Gay and Lesbian Patients and Their Health Care Providers. *Journal of Homosexuality*, 42(4), 65-75.
- Laquerre, M.-E. (2013). L'interaction professionnelle en soutien à domicile dans un contexte pluriethnique : quand faire, c'est être : une étude exploratoire en milieu montréalais. (Thèse de Doctorat). Université du Québec à Montréal
- Lavin, N. (2008). Care settings and the home. Dans A. Fannin (dir.), *Social Work Practice with Older Lesbians and Gay Men* (p. 51-65). Glasgow : Learning Matters Ltd.
- Le Breton, D. (2008). *L'interactionnisme symbolique* (2^e éd.). Paris, Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2012). *L'interactionnisme symbolique* (2^e éd. corrigée). Paris, Presses Universitaires de France.

- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. Québec, Les Presses de l'Université du Québec.
- Lefrançois, R. (1992). *Stratégies de recherche en sciences sociales : Applications à la gérontologie*. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.
- Locher, J. L, Bronstein, J., Robinson, C. O., Williams, C. et Ritchie C. S. (2006). Ethical Issues Involving Research Conducted With Homebound Older Adults. *The Gerontologist*, 46(2), 160-164.
- Lymbery, M. (2005). *Social work with older people : context, policy and practice*. London, SAGE publications Ltd.
- Malett, S. (2004). Understanding home: a critical review of the literature. *The Sociological Review*, 52(1), 62-89.
- Martin, J. I. et Knox, J. (2000). Methodological and ethical issues in research on lesbians and gay men, *Social Work Research*, 24(1), 51-59.
- Martin, J. I. et Meezan, W. (2009). Applying Ethical Standards to Research and Evaluations Involving Lesbians, Gay, Bisexual, and Transgender Populations. Dans *Handbook of Research with Lesbian, Gay, Bisexual and transgender populations* (p.19-39). New York, Routledge.
- Masini, B. E., et Barrett, H. A. (2008). Social support as a predictor of psychological and physical well being and lifestyle in lesbian, gay, and bisexual adults aged 50 and over. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1/2), 91–110.
- Mayer, R. et Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellette, M.-C. Saint-Jacques et D. Turcotte (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 115-133). Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.

- Mayer, R. et Deslauriers, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative : l'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. Dans R. Mayer, F. Ouellette, M.-C. Saint-Jacques et D. Turcotte (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 159-189). Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2003). *Chez-soi : le premier choix. La Politique de soutien à domicile*, Gouvernement du Québec.
- Morin, P., Crevier, M., Couturier, Y., Dallaire, N., Dorvil, H. et Johnson-Lafleur, J. (2009). *Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale*, Université de Sherbrooke et CSSS- IUGS, Sherbrooke. Repéré à http://www.csss-iugs.ca/images/from_fckeditor/fichiers/Signification_du_chez-soi_corr2011.pdf
- Morissette, J., Guignon, S. et Demazière, D. (2011). De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche. *Recherches qualitatives*, 30(1), 1-9. Repéré à <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Muraco, A. et Fredriksen-Goldsen, K. A. (2011). "That's what friends do": Informal caregiving for chronically ill midlife and older lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(8), 1073–1092.
- Musolf, C. R. (2003). The Chicago School. Dans L. T. Reynolds et N. J. Herman-Kinney (dir.), *Handbook of symbolic interactionism* (p. 91-117). Walnut Creek, AltaMira press.
- Nations Unies (2004). Études d'évaluation thématique : approche qualitative de la collecte de données, Module 6 du référentiel.
- Nizet, J. et Rigaux, N. (2005). *La sociologie d'Erving Goffman*. Paris, Éditions la Découverte.

- Orel, N. A. (2004). Gay, Lesbian, and Bisexual Elders. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2-3), 57-77.
- Ouellet, F. et Saint-Jacques, M.-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans R. Mayer, F. Ouellette, M.-C. Saint-Jacques et D. Turcotte (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 71-90). Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative : Une méthodologie de la proximité. Dans H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux, Tome III : Théories et méthodologies de la recherche* (p. 409-443). Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Paquet, M. (2012). Les liens de proximité en soutien à domicile dans la région de Lanaudière- Construisons-les ensembles!, Recueil de textes, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation. Repéré à <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA>
- Paquet, M. et Falardeau M. (2012a). Le respect dans la relation de soins à domicile. Dans M. Paquet (dir.), *Les liens de proximité en soutien à domicile dans la région de Lanaudière-Construisons-les ensembles!*, Recueil de textes, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation. Repéré à <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA>
- Paquet, M. et Falardeau M. (2012 b). Comment émergent et se maintiennent les liens de proximité en soutien à domicile ? Dans M. Paquet (dir.), *Les liens de proximité en soutien à domicile dans la région de Lanaudière-Construisons-les ensembles!*, Recueil de textes, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation. Repéré à <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA>

- Paquet, M. et Falardeau M. (2012c). Influence de la gestion des services sur la création et le maintien des liens de proximité en soutien à domicile. Dans M. Paquet (dir.), *Les liens de proximité en soutien à domicile dans la région de Lanaudière-Construisons-les ensembles!*, Recueil de textes, Joliette : Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation. Repéré à <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA>
- Piercy, K. W. et Woolley, D. N. (2000). Negotiating Worker-Client Relationships: A Necessary Step to Providing Quality Home Health Care. *Home Health Care Services Quarterly*, 18(1), 1-24.
- Pires, A. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*. Repéré à http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/echantillonnage.html
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes de recherche qualitative, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 198-237). Montréal, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.
- Price, E. (2005). All but invisible: older gay men and lesbians. *Nursing Older People*, 17(4), 16-18.
- Price, E. (2010). Coming out to care : gay and lesbian carers' experiences of dementia services. *Health and Social Care in the Community*, 18(2), 160-168.
- Pugh, S. (2002). The forgotten : a community without a generation- older lesbians and gay men. Dans D. Richardson et S. Seidman (dir.), *Handbook of lesbians and gay studies* (p. 162-181). London, Sage Publications.

- Rosenfeld, D. (1999). Identity work among lesbians and gay elderly. *Journal of Aging Studies*, 13(2), 121-144.
- Rostaing, C. (2010), « Carrière ». Dans S. Paugam (dir.), *Les 100 mots de la sociologie* (p. 95). Paris, Presses Universitaires de France.
- Silverschanz, P. (2009). What's "Queer" Got To Do With It ? Enlightening Mainstream Research. Dans W. Meezan et J. I. Martin (dir.). *Handbook of research with lesbian, gay, bisexual, and transgender populations* (p. 3-16). New York, Routledge.
- Shippy, R. A., Cantor, M. H., et Brennan, M. (2004). Social networks of aging gay men. *Journal of Men's Studies*, 13(1), 107–120.
- Statistiques Canada (2004, juin). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, *Le Quotidien*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/040615/dq040615b-fra.htm>
- Stein, G. L., Beckerman, N. L. et P. A. Sherman (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 421-435.
- Steinke, E. E. (2004). Research ethics, informed consent, and participant recruitment. *Clinical nurse specialist*, 18, 88-95.
- Stevens, P. E. (1994). Protective strategies of lesbian clients in health care environments. *Research in Nursing and Health*, 17, 217–229.
- St. Pierre, M. (2012). Under What Conditions do Lesbians Disclose Their Sexual Orientation to Primary Healthcare Providers ? A Review of the Literature. *Journal of Lesbian Studies*, 16(2), 199-279.

- Tang, H., Greenwood, G. L., Cowling, D. W., Lloyd, J. C., Roeseler, A. G., et Bal, D. G, (2004). Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: How serious a problem ? (United States). *Cancer Causes and Control*, 15(8), 797-803.
- Thibault, N., Létourneau, E. et Girard, C. (2004). *Si la tendance se maintient... Perspectives démographiques : Québec et régions, 2001-2051*, Québec, Institut de la statistique du Québec, collection Démographie.
- Truchon, M. (2009). *Étude exploratoire du soutien social dans le processus menant à l'hébergement des aînés en perte d'autonomie*. (Thèse de doctorat), Université de Montréal.
- Van Den Bergh, N. et Crisp, C. (2004). Defining Culturally Competent Practice with Sexual Minorities: Implications for Social Work Education and Practice. *Journal of Social Work Education*, 40(2), 221-238.
- Valenti, K. et Katz, A. (2014). Needs and Perceptions of LGBTQ Caregivers: The Challenges of Services and Support. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 26(1), 70-90.
- Vryan, K. D., Adler, P. et Adler, P. (2003). « Identity ». Dans L. T. Reynolds et N. J. Herman-Kinney (dir.), *Handbook of symbolic interactionism* (p. 367-390). Walnut Creek, AltaMira press.
- Wallach, I., Ducandas, X., Martel, M., Trottier, B. et Thomas, R. (2013). Le VIH et le vieillissement au Québec. Une recherche qualitative sur les expériences, les difficultés et les besoins des personnes vivant avec le VIH de 50 ans et plus. Rapport de recherche, Montréal, Ministère de la Famille et des Aînés. Repéré à <http://iref.uqam.ca/archives-actualites/758-notre-membre-isabelle-wallach-professeure-au-departement-de-sexologie-est-lune-des-auteurs-de-rapport-de-recherche-l-le-vih-et-le-vieillissement-au-quebec-r.html>

Ward, J. et Winstanley, D. (2005). Coming out at work : performativity and the recognition and renegotiation of Identity. *The Editorial Board of The Sociological Review*, 447-475.

Wilton, T. (2000). *Sexualities in the health and social care: a textbook*. Buckingham, Open University Press.

Zizzi, P. (2004). *Sexuality among Older Adults: A taboo subject in CLSC?* (Mémoire de maîtrise). Université McGill.

Annexe 1 : Affiche de recrutement

Participez à une recherche sur les aîné-es gais et lesbiennes

Bonjour,

Je suis un étudiant à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal. Je fais une recherche sur l'adaptation des services sociaux et de santé aux besoins des aînés-es gais et lesbiennes, plus particulièrement aux services reçus à domicile.

J'aimerais connaître le point de vue d'aînés-es gais ou lesbiennes sur les services qu'ils ont reçus. Entre autres, est-ce qu'ils ou elles ont cru bon de divulguer ou dissimuler leur orientation sexuelle ? Est-ce qu'ils ou elles pensent que leur orientation sexuelle a eu un effet sur les services reçus ?

Les résultats de la recherche serviront à améliorer les services à domicile auprès des aînés-es gais et lesbiennes.

J'aimerais donc rencontrer des hommes gais et des femmes lesbiennes de 65 ans et plus qui reçoivent ou qui ont reçu des services à domicile. N'hésitez pas à en parler à vos amis ou votre famille s'ils ou elles appartiennent à ce groupe de personnes.

La participation à la recherche implique une rencontre durant entre 1h et 1h30. La confidentialité est assurée.

Si vous êtes intéressé à participer à la recherche ou pour plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter, par téléphone ou par courriel. En tout temps, vous demeurez libre de participer ou non à la recherche, ou de mettre fin à votre participation.

Samuel Auger

Annexe 2 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : *Les pratiques sociales à domicile auprès des aînés gais et lesbiennes : entre divulgation et dissimulation de l'identité sexuelle*

Chercheur : Samuel Auger, étudiant, maîtrise en service social, Université de Montréal.

Directeur de recherche : Oscar E. Firbank, professeur agrégé, École de service social, Université de Montréal.

Codirectrice : Line Chamberland, professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche.

Ce projet de recherche vise à explorer les expériences d'hommes gais et de femmes lesbiennes âgés de 65 ans et plus relativement aux services sociaux et de santé qu'ils et elles ont reçus à domicile. Nous nous attarderons à leur point de vue vis-à-vis des services rendus par divers dispensateurs de services (travailleur social, infirmière, médecin, ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue, auxiliaire). Le but étant donc de mieux comprendre comment adapter les pratiques des intervenants à domicile face aux réalités particulières des hommes gais et des femmes lesbiennes.

2. Participation à la recherche

Votre participation à cette recherche consiste à m'accorder un entretien d'une durée d'une heure (1 h) à une heure trente (1 h 30). Nous aborderons vos expériences auprès des fournisseurs de services sociaux et de santé reçus tant dans les milieux institutionnels (CLSC,

hôpitaux) que dans les services à domicile. Notre discussion fera l'objet d'un enregistrement audio et je prendrai également des notes manuscrites.

3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. De plus, soyez assuré qu'aucun intervenant, quel que soit le milieu, n'aura d'informations sur votre opinion concernant les services qu'il vous a offerts. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un pseudonyme et le chercheur principal sera le seul à avoir la liste des participants et des pseudonymes qui leur auront été attribués. De plus, les enregistrements audio et les verbatim des entretiens seront gardés sur une clé USB protégée. Les copies papier des verbatim seront gardées dans un classeur gardé sous clé et dans un bureau fermé. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Ces renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette date.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur l'adaptation des services à domicile auprès des aînés gais et lesbiennes et à l'amélioration de ces services. Votre participation à la recherche pourra également vous donner l'occasion de mieux vous connaître.

Par contre, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec Samuel Auger, étudiant-chercheur. S'il y a lieu, celui-ci pourra vous référer à une personne-ressource.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone

indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. **(L'ombudsman accepte les appels à frais virés).**

Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis au participant

Annexe 3 : Guide d'entretien

Mise en contexte

Je m'intéresse au vieillissement chez les aînés gais et lesbiennes. Je suis travailleur social et j'interviens depuis quelques années auprès des aînés, soit dans les CHSLD soit au programme de soutien à domicile. Je me suis intéressé à la question des rapports intimes des aînés lorsque je me suis rendu compte que c'était un sujet souvent peu abordé dans mes milieux de travail. Pour moi, il est important de prendre en compte les situations personnelles afin de pouvoir vous donner des services qui répondent à vos besoins. Ainsi, la relation que vous avez avec une personne qui intervient avec vous est importante et peut influencer la confiance que vous avez en elle, notamment pour lui dire que vous êtes gai ou lesbienne. Je veux donc comprendre comment se sont déroulés les services que vous avez reçus dans le contexte de votre domicile.

1. *Vécu des aînés gais et lesbiennes face aux services sociaux et de santé à domicile*

- Quels types d'intervenants (médecin, infirmière, travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute, auxiliaire familial et social) vous ont fourni des services à domicile ?

- Pouvez-vous décrire quels ont été les comportements et attitudes de ces intervenants ?

- Parmi ces intervenants, est-ce vous avez développé un rapport plus significatif avec certains d'entre eux plus qu'avec d'autres ?

- Pouvez-vous décrire ces rapports qui vous semblent plus importants ?

- Pensez-vous que le fait que vous soyez gai ou lesbienne a influencé les services que vous avez reçus ?

- Si un intervenant entre chez vous, est-ce qu'il aurait des indices qui pourraient lui faire deviner que vous êtes gai ?

— Est-ce que vous pensez que le fait que les intervenants se rendent à votre domicile change quelque chose en ce qui concerne le rapport que vous avez avec eux ?

— Croyez-vous qu'il y a une différence par rapport au fait de divulguer ou dissimuler son orientation sexuelle entre dans le contexte institutionnel (comme un hôpital ou un CLSC) et le contexte des services reçus à domicile ? Quelles sont ces différences ?

— Est-ce que le fait d'être chez vous rend la divulgation/dissimulation de votre orientation sexuelle plus importante ?

— Avez-vous divulgué ou dissimulé votre orientation sexuelle auprès de ces fournisseurs de services ? Pourquoi dire ou ne pas dire votre orientation sexuelle ?

— Comment vous vous y êtes pris pour dissimuler ou divulguer votre orientation sexuelle ?

— Avec quel type d'intervenant et dans quel contexte ou par rapport à quelles difficultés serait-il pertinent de dire son orientation sexuelle ?

— Qu'est-ce que ça veut dire pour vous d'être discriminé relativement à son orientation sexuelle ?

— Est-ce qu'à certains moments, lorsque vous avez reçu des services à domicile, vous vous êtes senti discriminé à l'égard de votre orientation sexuelle ?

— Pouvez-vous décrire ces expériences dans lesquelles vous vous êtes sentis brimés ?

— Advenant que les intervenants prennent connaissance de votre orientation, est-ce que cela devrait jouer un rôle dans la façon dont ils agissent ?

2. Besoins et amélioration des services à domicile

— Quels sont vos besoins en matière de services à domicile ?

— Lorsque vous avez reçu des services sociaux et de santé à domicile, est-ce que vous avez été satisfait des services rendus ? Quels changements souhaitez-vous ?

— Par rapport à votre homosexualité, comment croyez-vous que les usagers comme vous devraient se comporter ?