

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Exploration de l'expérience de la violence homophobe  
chez des hommes homosexuels

Par  
Carol Fluet

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maîtrise ès sciences en sciences infirmières  
option pratique avancée, infirmier clinicien spécialisé

Janvier 2008

© Carol Fluet, 2008



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Exploration de l'expérience de la violence homophobe  
chez des hommes homosexuels

Présenté par :

Carol Fluet

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Noiseux  
Présidente-rapporteur

Louise Gagnon  
Directrice de recherche

Dave Holmes  
Codirecteur de recherche

Meryn Stuart  
Membre du jury

## Sommaire

L'homophobie est une réalité qui, se présentant sous diverses formes, touche une majorité d'homosexuels (Mason, 2002). Malgré les avancées sociales au niveau des droits de ceux-ci, les homosexuels sont encore trop souvent la cible de cette violence, laquelle a des conséquences néfastes chez les personnes qui en font l'expérience. En utilisant l'approche phénoménologique de Giorgi (1997), cette recherche consistait à comprendre la signification de l'expérience de la violence homophobe chez des hommes homosexuels. Trois hommes, âgés de 26 à 34 ans, ont participé à une entrevue, de laquelle nous avons identifié des sous-thèmes puis des thèmes reflétant leur expérience d'homophobie. Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en lumière que la violence homophobe vécue par la personne mobilise des stratégies de protection chez celle-ci, afin de diminuer les souffrances qu'elle engendre, de même que les facteurs contributifs à cette violence.

**MOTS CLÉS :** homophobie, phénoménologie, stigmatisation, stratégies internes et externes de protection, violence.

## Summary

Homophobia is a reality that presents itself in different forms and touches the majority of homosexuals (Mason, 2002). Despite the social advances in homosexual rights, homosexuals are still too often the target of violence, which has consequences that is manifested in those who experience it. Using the phenomenological approach of Giorgi (1997), this study consisted of trying to understand the significance of experiencing homophobic violence amongst homosexual men. Three men, aged 26 to 34, participated in an interview from which we have identified sub-themes and themes reflecting their experiences with homophobia. The results of this study show that homophobic violence experienced by an individual mobilizes protective strategies within the individual in order to diminish his suffering and also diminish the factors that contribute to this violence.

**KEY WORDS :** homophobia, phenomenology, internal and external protective strategies, stigmatization, violence.

Table des matières

Sommaire	p. i
Summary	p. ii
Liste des tableaux	p. iv
Remerciements	p. v
Avant-propos	p. vi
Chapitre 1 – Problème de recherche	p. 1
Chapitre 2 – Recension des écrits	p. 13
Chapitre 3 – Méthodologie de recherche	p. 51
Chapitre 4 – Présentation des résultats	p. 76
Chapitre 5 – Discussion	p. 98
Conclusion	p. 109
Références	p. 112
Appendice A – Guide d’entrevue	p. vii
Appendice B – Questionnaire socio démographique	p. ix
Appendice C – Lettre d’invitation	p. xii
Appendice D – Formulaire de consentement	p. xiv
Appendice E – Lettre de soutien psychologique	p. xxvi

Liste des tableaux

Tableau I – Profil des participants	p. 76
Tableau II – Synthèse de l'analyse	p. 79

## Remerciements

Je tiens d'abord à remercier Louise pour la direction de ce mémoire. Merci pour le temps si précieux que tu as consacré à ce projet ainsi que les nombreux conseils.

Merci Dave, en tant que co directeur, pour tes idées avant-gardistes. Ta contribution a fait de ce mémoire un document unique au sein des sciences infirmières.

Merci infiniment à Dr. Richard Montoro, Dr. Karine Igartua, Philippe Perras et Nadia Zajac, de la Clinique d'Orientation Sexuelle de l'Université McGill, qui m'ont si bien accueilli et qui m'ont aidé dans l'approbation de ce projet ainsi que dans le recrutement de mes participants.

Merci à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec et au Centre Universitaire de Santé McGill pour leur soutien financier.

À tous les membres de ma famille, chacun ayant participé à l'aboutissement de ma maîtrise, je vous suis entièrement reconnaissant. Votre soutien de tous les instants a été des plus précieux. Je vous aime.

Isabelle, Josée et Amélie, votre présence m'a apporté enthousiasme et goût d'apprendre.

Merci d'avoir agrémente les années consacrées à cette recherche.

Finalement, merci aux participants qui ont si généreusement accepté de me rencontrer et de partager leur expérience. L'accomplissement de ce projet n'aurait été possible sans vous.

## Avant-propos

Les personnes homosexuelles, hommes ou femmes, peuvent se considérer choyées de vivre dans la société québécoise où le travail de démystification de l'homosexualité et de défense des droits des celles-ci est assuré par divers organismes communautaires ou gouvernementaux. Bien qu'elle soit de moins en moins tolérée, l'homophobie est toujours présente dans le quotidien de la majorité des homosexuels. En étant de plus stigmatisé par l'entourage, l'homosexuel risque de se sentir anormal et, par le fait même, rejeté. Qu'elle se présente sous forme verbale, physique, psychologique ou sexuelle, cette violence homophobe touche entre autres les hommes homosexuels qui sont nombreux à en souffrir silencieusement, et dans le pire des cas, à se suicider à force de la subir. Effectivement, la détresse psychologique et le haut taux de suicide chez les jeunes hommes serait fortement relié à l'homophobie vécue. Toutefois, les institutions étatiques tardent à reconnaître l'homophobie comme inhérente à cette problématique. De plus, peu d'études en sciences infirmières se sont intéressées à ce phénomène. Cette recherche se penche ainsi sur l'homophobie en explorant sa signification auprès d'hommes homosexuels qui en ont fait l'expérience. Les résultats de cette étude permettront de mieux comprendre comment elle est vécue et de développer des stratégies d'intervention infirmière adaptées à la clientèle en ayant fait l'expérience.

## Chapitre 1

### Problème de recherche

Historiquement, on reconnaît que l'avilissement de l'homosexualité fait écho à l'ascension de la popularité de la tradition judéo-chrétienne (Borillo, 2001). Bien que le christianisme, religion la plus répandue à l'échelle planétaire, ait été à l'origine du rejet de l'homosexualité, d'autres institutions, telles que les écoles, la médecine et les médias, ont contribué à « pathologiser » cette orientation sexuelle et à accroître la violence faite envers les homosexuels. Les gouvernements ont notamment entretenu un discours répressif en condamnant l'homosexualité par l'entremise du système judiciaire qui, encore de nos jours, fait emprisonner les homosexuels dans certains pays (Afrique du Sud, Égypte, États-Unis, Kenya, pays arabes du Proche-Orient et Zimbabwe) (Tin, 2003). Certains membres de la société ont exacerbé cette coercition en associant, entre autres, l'homosexualité à la pédophilie.

Les professionnels de la santé ont de leur côté participé à la pathologisation de l'homosexualité. Plus précisément, la psychiatrie a, à une certaine époque, catégorisé l'homosexualité comme un comportement anormal en mettant l'accent sur son caractère déviant et en lui attribuant des signes et symptômes spécifiques considérés comme non adéquats par rapport à la norme sociale établie (Hocquenghem, 2000 ; Foucault, 2002). En effet, qu'elle ait été décrite comme une attitude narcissique ou un complexe d'Oedipe non résolu, l'homosexualité a longtemps été vue comme une maladie mentale. Ce n'est d'ailleurs qu'à partir de 1974 qu'elle a été retirée du *Diagnostic and Statistical Manual : Mental Diseases* (DSM) (Gross, 2003). Il ne faut donc pas s'étonner que beaucoup d'homosexuels se considèrent eux-mêmes, encore aujourd'hui, comme des

personnes anormales en s'identifiant à ces caricatures médicales. Ainsi, différentes institutions étatiques promulguent et entretiennent des propos dégradants à l'égard des homosexuels, propos qui sont exacerbés par les clichés reliés au genre, à la race ou à la culture (Borillo, 2001 ; Mason 2002).

En effet, il est connu que les sociétés occidentales prônent une conception hétérosexiste des rôles sociaux (Borillo, 2001). Les attributs reliés au genre, à la race et à l'orientation sexuelle sont réprimés s'ils diffèrent de ceux socialement valorisés, en l'occurrence les attributs masculins hétérosexuels présents chez les Blancs, entraînant la stigmatisation des personnes homosexuelles, leur rejet et, par le fait même, leur isolement social (Goffman, 2001). Ainsi, les valeurs hétérosexistes se cristallisent dans le sexisme, le racisme et l'homophobie au détriment des groupes minoritaires dont font partie les homosexuels (Borillo, 2001). Ce faisant, il n'est pas étonnant que les personnes homosexuelles qui viennent chercher de l'aide au sein du système de santé doivent encore surmonter les nombreux préjugés qui circulent au sein de la société (Bakker & Cavender, 2003). Le système de santé se veut en fait un microcosme de la société en général. Puisqu'il est une représentation de celle-ci, les attitudes homophobes y sont aussi présentes (Wells, 1997).

Les parents homosexuels sont aussi la cible de préjugés défavorables basés sur leur orientation sexuelle. Plusieurs études ont démontré qu'il n'y avait aucune répercussion néfaste chez les enfants nés dans un tel contexte homoparental (Golombok, Spencer & Rutter, 1983 ; Kirkpatrick, Smith & Roy, 1981 ; Tasker & Golombok, 2002).

Malheureusement, les couples homosexuels se voient refuser le droit d'adoption dans la plupart des pays du monde, sous prétexte de préjudices possibles chez les enfants (Gross, 2003). Avant même d'avoir pu démontrer leurs capacités parentales, ils sont a priori discrédités quant à ce rôle. Leur enthousiasme et leur confiance en eux font alors place à un sentiment de dévalorisation qui perturbe leur épanouissement. Il existe à ce sujet encore trop de croyances quant au fait que ces enfants seraient plus enclins à être eux-mêmes homosexuels et plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuels de la part de leurs parents, croyances ayant toutes été démenties par des études réalisées auprès de ce type de familles (Gross, 2003).

Aussi, la polémique des mariages gays persiste et les gouvernements tardent à reconnaître aux homosexuels, hommes et femmes, le droit à une union sociale distincte au même titre que l'union hétérosexuelle. Et lorsque cette union est reconnue, la résistance et la réticence demeurent au sein de plusieurs groupes sociaux, notamment chez les groupes religieux fondamentalistes. Plusieurs homosexuels se sentent victimes d'injustices de la part de ces institutions étatiques et non reconnus comme des personnes à part entière au même titre que les hétérosexuels.

Tous ces comportements et ces attitudes de la société illustrés précédemment envers les personnes homosexuelles sont des exemples d'homophobie. L'homophobie est l'attitude d'hostilité envers l'homosexualité, masculine ou féminine (Borillo, 2001). Elle est un phénomène omniprésent à un point tel qu'elle touche la majorité des homosexuels et a des conséquences néfastes sur le bien-être de ceux-ci (Mason, 2002). Elle entraîne

souvent des problèmes de santé chez ses victimes tels l'anxiété, la dépression, le repli sur soi, la diminution de l'estime de soi, les difficultés d'adaptation et même des traumatismes, dans le cas d'agressions physiques, qui engendrent à leur tour une diminution de la qualité de vie de ces personnes (Goffman, 2001 ; Dorais, 2000 ; Mason, 2002).

Pourtant, peu d'études en sciences infirmières se sont penchées sur les conséquences de l'homophobie en regard de la vie des homosexuels. De plus, peu de pistes d'interventions sont suggérées dans les écrits de sciences infirmières quant aux soins que requièrent les personnes ayant vécu de l'homophobie. C'est pour cette raison que nous réaliserons une étude sur l'expérience des homosexuels ayant vécu de l'homophobie. En dressant un portrait détaillé de cette expérience, nous serons à même de pouvoir développer plus facilement des interventions infirmières qui répondent à leurs besoins, lors d'éventuelles recherches, telles que des interventions ayant pour but d'évaluer le bien-être mental ou encore de mobiliser les ressources internes de la personne. Toutefois, la présente recherche portera uniquement sur l'exploration de l'expérience des personnes ayant vécu de l'homophobie.

L'homophobie est considérée comme une forme de violence et, dépendamment du contexte, elle peut être à caractère physique, verbal, psychologique ou sexuel (Dorais, 2000 ; Mason, 2002). Cette violence homophobe est de surcroît régulièrement couronnée par l'homicide. Peu importe les lieux où ils se trouvent, les homosexuels sont constamment à risque de se faire attaquer lorsqu'ils dévoilent leur orientation sexuelle.

Plusieurs d'entre eux affirment qu'ils doivent éviter les recoins des écoles, de même que les rues désertes et les sentiers isolés, endroits qui constituent des lieux d'attaques sans témoins où ils ont déjà vécu des agressions physiques (Dorais, 2000).

Gay, homophile, pédéraste, enculé, folle, homo, lope, lopette, pédale, pédé, tante, tapette, inverti, sodomite, travesti, travelo, lesbienne, gomorrhéenne, tribade, gouine, bi, à voile et à vapeur, fifi, homme aux hommes, femme aux femmes...Voilà quelques appellations parfois utilisées pour désigner les personnes homosexuelles (Borillo, 2001). Trop souvent, elles sont imprégnées de préjugés défavorables à leur égard et sont le reflet de la violence verbale qui sévit contre les homosexuels. À long terme, la violence verbale perturbe le sentiment de compétence des personnes vers lesquelles elle est dirigée et celles-ci intègrent ce vocabulaire dévalorisant au point où elles en viennent à se définir par ces mots peu élogieux.

Outre les violences physique et verbale, la violence psychologique se matérialise souvent sous forme de symboles qui sont intériorisés par les personnes homosexuelles qui en viennent à croire que leur comportement est « contre-nature » (Tin, 2003). Elle apparaît aussi en tant que menaces continues et harcèlement qui façonnent le quotidien de certaines d'entre elles. La conséquence la plus perverse de cette forme d'homophobie atteint son paroxysme lorsque celle-ci est intériorisée par la personne homosexuelle et que cette dernière se fait elle-même violence. Cette attitude se manifeste par une estime de soi perturbée (Dorais, 2000). Concrètement, le suicide est la réaction extrême de cette homophobie intériorisée et est directement relié à une faible estime de soi qui elle est

causée par l'homophobie de l'entourage. D'ailleurs, le taux de tentative de suicide serait de 20 % chez les hommes homosexuels contre 4 % chez les hommes hétérosexuels et 21 % chez les femmes homosexuelles contre 15 % chez les femmes hétérosexuelles (Tin, 2003). Dorais (2000) avance quant à lui que les homosexuels ont de 6 à 16 fois plus de risques de faire une tentative de suicide que les hétérosexuels et que l'homophobie en est la cause principale.

Par ailleurs, les résultats d'une recherche consacrée au suicide chez les garçons montrent que les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels comptent pour 62,5 % des jeunes hommes ayant tenté de se suicider, alors que la population d'orientation homosexuelle ou bisexuelle ne représente que 12,7 % du total de l'échantillon (Dorais, 2000). Au Québec, le suicide est la première cause de décès chez les jeunes et le pourcentage de tentatives réussies touche davantage les garçons que les filles. Pourtant, il y a encore réticence à considérer l'homophobie comme facteur important de ce haut taux de suicide chez les adolescents, mais aussi chez les jeunes adultes (Dorais, 2000).

La violence sexuelle est également une réalité bel et bien présente dont les homosexuels sont victimes chaque année (Tin, 2003). La violence sexuelle homophobe toucherait plus spécifiquement les femmes homosexuelles et il est reconnu qu'une grande partie des agresseurs sexuels de l'ensemble des victimes homosexuelles sont des hommes hétérosexuels (Mason, 2002). Ces actes de violence sexuelle sont motivés par un désir de punition de la part des assaillants envers les homosexuels(elles). Étonnamment, les agresseurs reproduisent eux-mêmes des actes à caractère homosexuel lorsqu'ils violent

des hommes homosexuels (Eliason, 1996). En plus de les laisser parfois avec des infections transmises sexuellement (ITS) et des blessures physiques, en particulier au niveau des organes génitaux, les agressions sexuelles sont la cause du développement de culpabilité, de honte et de timidité chez leurs victimes. Une personne ayant subi une telle agression aura ainsi de la difficulté à faire confiance aux gens de son entourage et à initier de nouveaux rapports avec eux, d'où la présence de relations sociales restreintes (National Center for Victims of Crime, 2004).

Quelques statistiques sur le problème de la violence homophobe viennent appuyer la pertinence sociale de la réalisation de notre recherche en sciences infirmières. Borillo (2001) rapporte que 44 % des adolescents homosexuels sont victimes de violence homophobe, toutes formes confondues, de la part de leurs pairs à l'école et que 14 % subissent le même sort de la part de leurs familles. Plus éloquent encore, Mason (2002) avance que 70 % à 80 % des gays et lesbiennes rapportent avoir expérimenté de l'abus verbal en public sur la base de leur sexualité, 30 % à 40 % rapportent des menaces de violence (qui constituent une forme de violence psychologique) et 20 % des hommes gays rapportent de la violence physique, contre 10 % à 12 % chez les lesbiennes.

Historiquement, l'homosexualité masculine a subi une répression plus sévère et plus marquée que l'homosexualité féminine (Borillo, 2001). Il semblerait d'ailleurs que les hommes homosexuels soient particulièrement affectés par les conséquences de cette homophobie qui, par la force de l'idéologie sociale, est un élément constitutif de l'éducation des garçons de la plupart des sociétés occidentales (Borillo, 2001). L'écart

trop grand qui peut s'en suivre entre le soi réel d'un individu (identité sociale réelle) et les exigences de la société (identité sociale virtuelle) coupe ce dernier de lui-même et de la société (Goffman, 2001). Par le fait même, il aura plus de difficulté à accepter sa propre personne (Goffman, 2001). Ainsi, l'homosexuel qui se trouve dans une telle situation, souvent le seul à connaître sa vraie nature, développera une souffrance psychologique qui lui est difficile à supporter dans un tel état d'isolement.

Bien que l'homosexualité soit décriminalisée depuis plus de 30 ans au Canada, les homosexuels sont quotidiennement confrontés aux conséquences de leur différence. Dans quelle mesure ces conséquences affectent-elles la personne homosexuelle sur les plans physique, psychologique, social et politique ? Comment cette dernière assume-t-elle les conséquences de ses différences dans ses rapports avec les autres (famille, amis, tiers) ? Quel type de violence les homosexuels expérimentent-ils ? Voilà quelques thèmes qui seront abordés au cours de la démarche de cette recherche. De façon générale, notre intention est d'explorer l'expérience des hommes homosexuels ayant subi de la violence homophobe.

### **But de la recherche**

Constatant l'ampleur du problème de l'homophobie, la persistance de celui-ci même au sein de notre société contemporaine et ses conséquences sur la personne, il s'avère nécessaire de procéder à une étude sur l'expérience des hommes homosexuels après qu'ils aient subi de la violence homophobe. Ainsi, le but de notre recherche est de

comprendre la signification de l'expérience de la violence homophobe chez des hommes homosexuels.

### **Question de recherche**

Par conséquent, nous tenterons de répondre à la question suivante : quelle est l'expérience d'hommes homosexuels ayant subi de la violence homophobe ?

### **Position épistémologique**

L'épistémologie se définit comme étant l'étude de la connaissance. Elle a comme objet d'étude les moyens d'accéder au savoir, la nature de la vérité et la relation entre le savoir et les croyances (McEwen, 2002). Cette présente démarche, centrée sur l'humanisation de la recherche en sciences infirmières et sur la compréhension de l'expérience quotidienne de la personne, s'inscrit dans une perspective épistémologique basée sur le paradigme interprétatif (Monti & Tinggen, 1999). Le paradigme interprétatif stipule que le développement de la connaissance, en plus de faire appel à l'utilisation de nos sens, va au-delà de ce qui peut être observé ou mesuré quantitativement. Effectivement, la subjectivité est la pierre angulaire de cette position philosophique de sorte que nous ne recherchons pas de relation de cause à effet entre les phénomènes, mais plutôt le sens que prennent les relations au sein même de ces phénomènes entre les sujets impliqués et leur environnement. L'interaction mutuelle entre le chercheur et les participants est cruciale pour atteindre cette subjectivité. Ainsi, un raisonnement inductif

basé sur l'expérience en milieu naturel est utilisé pour découvrir la signification des éléments étudiés et pour accéder à la réalité (Monti & Tingen, 1999). Cette réalité est en fait multiple et changeante (Ward, 1997). Les différents éléments de la réalité sont reliés et forment un tout irréductible. Les interactions entre la personne et son environnement sont réciproques et continues telles que décrites selon la philosophie de l'action simultanée (Goulet & Dallaire, 1999 ; Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1994). L'adhésion au paradigme interprétatif est particulièrement utile lorsque les connaissances sont peu développées dans un domaine donné et par conséquent il constitue notre schème de référence pour notre recherche (Monti & Tingen, 1999). Le but de l'utilisation de la méthode interprétative est de comprendre, entre autres, la signification de l'expérience humaine telle que vécue par la personne (Monti & Tingen, 1999). Cette signification est influencée par le milieu et le contexte social dans lesquels la personne vit.

Ceci mentionné, notre position épistémologique s'inscrit plus précisément dans une perspective critique. La recherche critique a pour but d'explorer les inégalités de pouvoir au sein de la société (Burns & Grove, 2001). Elle permet, par ailleurs, d'habiliter les personnes impliquées dans la recherche à apporter des changements aux structures sociales et politiques par rapport à des problématiques les concernant, afin qu'ils s'approprient un minimum de pouvoir politique (Denzin & Lincoln, 1998). La subjectivité des acteurs sociaux se présente habituellement dans un environnement où les idéaux sont pris pour acquis plutôt que remis en question. Or, la recherche critique permet

de déconstruire la réalité pour resituer les divers aspects qui la composent sous un angle différent. Ainsi, les recherches critiques effectuées auprès des populations homosexuelles ont permis de faire avancer leur cause et de leur faire reconnaître certains droits. « Critical nursing science provides a framework from which one may examine how social, political, economic, gender, and cultural factors interact to influence health or illness experiences » (Burns & Grove, 2001, p. 32). Quatre étapes importantes à la recherche critique sont rapportées dans les écrits pour produire le changement et redonner une certaine marge de pouvoir aux personnes impliquées : 1- reconnaître les contradictions d'une situation, 2- réfléchir sur la réalité de cette situation, 3- se mobiliser pour l'action et 4- apporter des changements à la situation décrite pour corriger les inégalités et les contradictions qui s'y retrouvent (Burns & Grove, 2001).

## Chapitre 2

### Recension des écrits

Dans le présent chapitre, nous présenterons tout d'abord notre cadre théorique qui aborde les concepts de pouvoir et de stigmatisation, à savoir comment l'homophobie découle des relations de pouvoir qui existent au sein de la société et pourquoi l'homosexualité est stigmatisée. Nous exposerons également un exemple de théorie s'inspirant de ces concepts, la théorie « queer ». Nous verrons ensuite comment, au cours de l'histoire, les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe ont évolué et comment, suite à la montée de la tradition judéo-chrétienne, l'homophobie a fait son apparition. Puis, les différentes formes de cette violence homophobe seront décrites et nous préciserons quelles sont leurs conséquences chez la personne qui en fait l'expérience. Nous aborderons également le concept de soi en exposant comment il est affecté par un environnement homophobe, de même que les conséquences au niveau social de l'homophobie. Finalement, afin de mettre en contexte cette problématique, nous exposerons quels sont les besoins de santé spécifiques rencontrés chez les personnes homosexuelles. Cette dernière étape permettra notamment de démontrer qu'il y a un manque au sein des écrits quant aux approches de soins infirmiers ayant pour but d'aider spécifiquement les personnes ayant fait l'expérience d'homophobie.

## Cadre théorique

### *Foucault et le pouvoir*

Le concept de pouvoir a été exploré et développé en partie par le philosophe français, Michel Foucault. Son analyse s'est attardée aux effets somatiques (corporels) du pouvoir (Butler, 2003). Les travaux de Foucault ont ceci de particulier qu'ils ont favorisé une conceptualisation du pouvoir non pas seulement en termes d'oppression, mais aussi en termes de production. Cela constitua une coupure radicale avec la conceptualisation usuelle du concept de pouvoir, car cette nouvelle perspective du politique ne se voulait plus simplement coercitive, mais aussi productive. Plus particulièrement, Foucault a développé le concept de bio-pouvoir (Foucault, 2002). Le bio-pouvoir, ou encore pouvoir sur la vie, illustre comment les relations de pouvoir tissées entre chaque membre de la société construisent les sujets de cette société (Foucault, 2002).

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, suite à une explosion démographique, l'État s'est retrouvé avec une population désorganisée et potentiellement dangereuse. Pour contrer ces éventuels effets néfastes, l'État a développé des stratégies de contrôle et de régulation raffinées et subtiles qui contraindront les membres de la société à se conformer aux règles. L'ensemble de ces personnes ainsi subjuguées constituera une masse productive et efficace pour combler les divers besoins de l'État (Foucault, 2002 ; Perron, Fluet & Holmes, 2005). Le but de cette démarche étatique était de rendre la population la plus uniforme possible, donc mieux contrôlable. Ainsi, tous les aspects de la vie d'une

personne se sont retrouvés investis par ce pouvoir, de sorte que ses comportements, ses attitudes, sa sexualité de même que son éducation seront désormais régulés étroitement par les normes à suivre dictées par l'État. Ces stratégies de pouvoir s'effectueront suivant deux axes. L'axe anatomo-politique englobait les technologies de pouvoir visant les personnes, alors que l'axe bio-politique s'intéressait à la collectivité (Foucault, 2002 ; Perron, Fluet & Holmes, 2005). Par l'art des répartitions, le contrôle de l'activité, l'organisation des genèses, la composition des forces, la surveillance hiérarchique, la sanction normalisatrice et l'examen (une série de mesures visant à rendre les corps dociles et à redresser les comportements), la personne est régulée et soumise aux directives d'une autorité (Perron, Fluet & Holmes, 2005).

Ce processus menant à la subordination s'appelle l'assujettissement. Il « désigne à la fois le processus par lequel on devient subordonné à un pouvoir et le processus par lequel on devient un sujet » (Butler, 2003, p. 23). Pour Foucault (2002), les personnes deviennent des types d'individus particuliers selon la manière dont ceux-ci sont rendus visibles à l'intérieur d'un champ de connaissances qui doit être situé historiquement (Mason, 2002). Cette visibilité, rendue possible grâce à une surveillance de tous les instants, constitue un piège dans lequel la personne intériorise le processus de normalisation, façonnant sa propre subjectivité et son propre comportement (Mason, 2002).

Le pouvoir disciplinaire est un instrument politique qui fait son apparition tôt au XVIII<sup>ème</sup> siècle et est étroitement relié à la logique du bio-pouvoir (Foucault, 2002). La

présence de technologies disciplinaires fait en sorte que les comportements considérés hors norme sont réprimés, afin de laisser place à des comportements acceptables par les classes gouvernantes (instances gouvernementales, professionnels de la santé, etc.). L'uniformisation et la constance de ces pratiques amènent en bout de ligne une normalisation des comportements des personnes. La normalisation constitue ainsi la résultante de stratégies de pouvoir mises en place par des appareils étatiques supportés par des discours d'experts (Holmes & Gastaldo, 2004). En instituant une idéologie de la personne normale, l'État s'assure que les individus constituant le tissu social se soumettent à cette norme artificiellement construite. C'est ce qui constitue le processus de normalisation (Foucault, 2002). Toutefois, certaines personnes n'adhèrent pas ou refusent de se conformer à cette norme. En adoptant une telle attitude, elles s'éloignent de ce qui est généralement accepté et conforme au sein de la société en question. Du même coup, elles sont considérées comme déviantes par les gens qui sont dits « normaux » (Goffman, 2001). Cette conduite, qui est considérée comme déviant par ceux qui instituent la norme, n'est pas sans effets délétères. Concrètement, la stigmatisation est le résultat direct de ce processus de normalisation.

### *Goffman et la stigmatisation*

« La société établit des procédés servant à répartir en catégories les personnes et les contingents d'attributs qu'elle estime ordinaires et naturels chez les membres de chacune de ces catégories » (Goffman 2001, p. 11). Le sociologue américain (canadien

d'origine) Erving Goffman (2001), dans *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, aborde la notion de stigmaté et illustre comment une personne « en marge » peut en venir à se discréditer ou du moins à se juger potentiellement « discréditable » vis-à-vis les normes sociales. Trois types de stigmates sont identifiés par Goffman (2001) : les monstruosité du corps (qui regroupent les diverses difformités physiques), les stigmates tribaux (reliés à la race, à la religion et à la nationalité) et les tares du caractère (amalgamant les passions contre nature ou irrépressibles, les croyances égarées et rigides). Les tares du caractère retiendront notre attention puisque l'homosexualité s'inscrit dans cette panoplie de passions interdites.

L'attribution et le port d'un stigmaté (l'homosexualité) influent non seulement la perception que le stigmaté se fait de lui-même, mais cette tare du caractère définit les rapports entre lui et les autres en le catégorisant dans la classe des déviants. Le stigmaté sert ainsi à « désigner un attribut qui jette un discrédit profond » (Goffman, 2001, p. 13). Ces relations avec autrui forgent ce qu'il appelle l'*identité sociale virtuelle* (exigences de la société) et l'*identité sociale réelle* (le soi réel d'un individu). Une dissonance entre ces deux identités de la personne compromet l'identité sociale vécue. Plus le stigmaté est fort et prononcé aux yeux de la société de même que de l'individu, plus cette dissonance le sera aussi. Le désir de se conformer aux normes sociales établies, auxquelles il n'adhère qu'en partie, lui rappellera sans cesse qu'il est différent des autres, donc hors normes.

Goffman (2001) soutient qu'en ayant une réaction de défense face à son affirmation ou un sentiment d'échec envers elle, la personne exprime directement sa

déficience (Goffman, 2001). Ce processus d'affirmation peut toutefois se faire avec succès et sans heurt. Or, la personne homosexuelle, qui a de la facilité à révéler son orientation sexuelle, démontre quand même qu'elle fait figure de stigmatisation sociale et qu'elle est déviante par rapport à la norme, en annonçant à son entourage qu'elle a des préférences « différentes » (Kaplan & Sadock, 1998). Devant une telle situation, la personne stigmatisée est à haut risque de développer une souffrance psychologique qui aura, à son tour, des conséquences potentiellement délétères sur la personne.

La stigmatisation découle en fait du désir de dominer et d'exercer le pouvoir sur un groupe particulier de personnes. Pour faciliter ce processus d'assujettissement et de domination, certaines personnes se serviront de la violence contre celles qu'elles veulent dominer. La violence constitue en fait un instrument puissant à l'exercice du pouvoir (Butler, 2003 ; Dubet, 2005). En réponse à cet état d'assujettissement, les personnes stigmatisées se regroupent souvent pour former des communautés, lesquelles seront représentées par des agents qui servent de porte-parole dans la lutte pour leur reconnaissance sociale (Goffman, 2001). Explorons maintenant un de ces groupes de pression qui a su s'organiser et se mobiliser en faveur des revendications des personnes hors normes, notamment les homosexuels, duquel a émergé la théorie « queer ».

Cette recherche, comme nous l'avons précédemment mentionné, s'inscrit dans la perspective critique telle que définie par Denzin & Lincoln (1998) :

We are defining a criticalist as a researcher or theorist who attempts to use her or his work as a form of social or cultural criticism and who accepts certain basic assumptions : that all thought is fundamentally mediated by power relations that are

social and historically constituted ; that facts can never be isolated from the domain of values or removed from some form of ideological inscription ; that the relationship between concept and object and between signifier and signified is never stable or fixed and is often mediated by the social relations of capitalist production and consumption ; that language is central to the formation of subjectivity (conscious and unconscious awareness) ; that certain groups in any society are privileged over others and, although the reasons for this privileging may vary widely, the oppression that characterizes contemporary societies is most forcefully reproduced when subordinates accept their social status as natural, necessary, or inevitable ; that oppression has many faces and that focusing on only one at the expense of others (e.g., class oppression versus racism) often elides the interconnections among them ; and, finally, that mainstream research practices are generally, although most often unwittingly, implicated in the reproduction of systems of class, race, and gender oppression (p. 263).

Les concepts de pouvoir et de stigmatisation ci-haut définis s'inscrivent d'ailleurs dans une perspective critique. Ainsi, la théorie critique vise la production d'une transformation dans l'ordre social dans un but d'« empowerment » des classes sociales opprimées (Denzin & Lincoln, 1998). Elle promeut notamment une politique des différences, cette dernière se refusant de pathologiser la personne considérée comme «différente» (Denzin & Lincoln, 1998).

La perspective « queer » est une des formes de la théorie critique. Ce mouvement, ayant émergé du féminisme, fait suite aux tentatives des lesbiennes féministes d'apporter un changement aux mouvements de libération gays, ces derniers étant perçus comme conservateurs puisqu'ils sont basés sur des modèles politiques hétérosexistes (Jagose, 1996). Le mouvement « queer », peu connu du milieu francophone, remet en question les catégories usuelles relatives au sexe, au genre et à l'érotisme favorisant ainsi la diversité

des identités (Dorais, 1999 ; Swain, 1999). En fait, la théorie « queer » est une théorie critique qui s'est développée par la réappropriation du terme « queer », par des opposants aux normes sociales, afin de lutter en faveur des personnes qui sont considérées hors normes et qui sont stigmatisées par la société : « (...) an occupation or reterritorialization of a term that has been used to abject a population can become the site of resistance, the possibility of an enabling social and political resignification. And this has happened to a certain extent with the notion of " queer ". » (Butler, 1993, p. 231). La théorie « queer » se veut à ce sujet une affiliation politique anti homophobe contre les effets néfastes d'une société hétérosexiste (Butler, 1993).

Autrefois, le terme « queer » était utilisé pour désigner négativement les homosexuels. Aujourd'hui, il fait plutôt référence aux mouvements contestataires et hors normes (Butler, 1993). Par exemple, un homme hétérosexuel qui agit de manière féminine et qui adopte cette attitude par choix peut être considéré comme étant « queer », car il s'écarte des normes sociales que la société attend généralement de lui, c'est-à-dire la virilité. Jagose (1996) définit la théorie « queer » comme étant ce qui décrit les gestes ou les modèles analytiques qui dramatisent les incohérences dans les relations prétendument stables entre le sexe chromosomique, le genre et le désir sexuel. En accordant à la différence une place cruciale comme assise théorique, la théorie « queer » rejette la catégorisation des personnes en vertu de leurs caractéristiques sexuelles (Jagose, 1996). Elle remet ainsi en question ce type d'identité ancrée socialement et prône l'abolition des construits liés à l'orientation sexuelle. Cette nouvelle forme d'identification personnelle

et d'organisation politique fait suite à une sensibilisation aux limites engendrées par les catégories d'identité traditionnelles en place étant basées sur des modèles politiques hétérosexistes (Jagose, 1996). Et en ce sens, la théorie « queer » est une théorie critique. C'est aux États-Unis et en Europe que ce mouvement a émergé suite à la dénonciation de l'homophobie de la part de groupes militants gays et lesbiens qui défendaient toute personne ostracisée en regard de sa sexualité (Dorais, 1999). Le mouvement « queer » se veut ainsi rassembleur en termes d'attributs sexuels. Les dichotomies masculin/féminin, hétérosexuel/homosexuel et homme/femme sont mises à l'écart (Dorais, 1999). «Homosexuels, bisexuels, hétérosexuels, hommes ou femmes non conformistes, androgynes, hermaphrodites, transsexuels et transgenrés forment dans cette perspective une grande famille contestataire» (Dorais, 1999, p. 154). En plus d'accueillir en son sein toute diversité, ce mouvement a une portée politique d'envergure si nous pensons à son pouvoir d'unification (Butler, 1993). Faisons maintenant un bref historique de l'homosexualité et de l'homophobie à partir de la période gréco-romaine jusqu'à nos jours.

### **Historique de l'homosexualité et de l'homophobie**

Dans la Grèce antique, les pratiques homosexuelles étaient fréquentes. Il était tout à fait normal, pour un homme marié, d'avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes (Spencer, 1999). Par exemple, les relations homosexuelles occupaient une place significative au sein de l'appareil militaire. En effet, il était coutume de placer deux

amants l'un près de l'autre au combat afin d'encourager les comportements héroïques de ceux intimement liés (Borillo, 2001). L'homosexualité féminine était aussi présente et n'était pas assujettie à des sanctions sociales. Chose intéressante, la distinction entre homosexualité et hétérosexualité n'existait pas à cette époque. « La méconnaissance du terme « homosexualité » montre à quel point les classiques intégraient ce type de pratiques. Aimer un homme ne constituait pas un choix hors norme, cela faisait partie de la vie, et la plupart du temps les expériences homosexuelles alternaient avec les relations hétérosexuelles » (Borillo, 2001, p. 40). D'ailleurs, le concept d'« homosexualité » n'aurait été inventé qu'en 1869 par un médecin allemand avant même l'apparition du concept d'« hétérosexualité » (Hocquenghem, 2000).

Toutefois, bien que l'homosexualité ait été acceptée socialement, elle était très étroitement régulée. Ainsi, les relations sexuelles exclusives entre deux hommes étaient inacceptables ou tout au moins, mal perçues. La passivité dans les relations homosexuelles pouvait faire l'objet de railleries. La relation entre dominant et dominé, chez les hommes ayant des rapports sexuels entre eux, devait respecter la hiérarchie de pouvoir conférée par le statut social : le maître pénètre son élève, la passivité est réservée au partenaire considéré efféminé, on valorise la virilité et le plus vieux a droit d'imposer ses fantasmes au plus jeune (Spencer, 1999). Autre règle à suivre, les personnes s'adonnant aux pratiques homosexuelles devaient également assurer la lignée pour le renouvellement de l'espèce (Tin, 2003). Donc, ils devaient avoir un(e) conjoint(e) avec qui ils pourraient avoir des enfants. Voilà comment, respectant ces conditions minimales,

les pratiques homosexuelles étaient acceptées même lorsque les personnes impliquées étaient engagées dans des relations conjugales hétérosexuelles.

À l'instar de la Grèce, Rome se montre, dans un premier temps, ouverte aux pratiques sexuelles entre hommes. César a fait notamment l'objet de recherches sur ses pratiques sexuelles alors qu'il aurait eu, entre autres, une aventure avec le roi de Bithynie (Spencer, 1999). On va même jusqu'à le qualifier de « mari de toutes les femmes et femme de tous les maris » (Dupont, 2003, p. 32). Cependant, la population romaine fait preuve de lesbophobie (hostilité envers les lesbiennes) en conférant un caractère anormal aux femmes qui ont des relations de promiscuité sexuelle entre elles (Tin, 2003). C'est d'ailleurs au sein de cette civilisation que les premiers soubresauts d'homophobie seraient apparus : « sous l'influence du christianisme, l'Empire romain s'engage dans la répression des relations entre personnes de même sexe » (Borillo, 2001, p. 41).

En effet, la tradition judéo-chrétienne, ayant pris son essor progressivement pendant l'Empire romain, fera l'économie des relations homosexuelles en les incriminant et en prônant les relations sexuelles entre personnes de sexe opposé. Les seules activités sexuelles acceptées seront désormais celles de nature hétérosexuelle, monogame, dans un contexte marital exclusif et nécessairement à but procréateur (Borillo, 2001). Seul le plaisir de l'homme est légitime, mais il doit être le fruit de la pénétration. Toute autre forme de plaisir sexuel est sévèrement proscrite tels le sexe oral et la sodomie (Spencer, 1999). Par ailleurs, la masturbation est formellement interdite, qu'elle soit pratiquée seul ou avec son épouse.

C'est donc suite à la christianisation que l'homophobie prendra de l'ampleur et que des milliers d'homosexuels verront leurs jours s'éteindre au bûcher. La Bible dicte d'ailleurs qu'il faut mettre à mort les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (Lévitique XX, 13 dans Osty & Trinquet, 1973). S'il nous apparaît étonnant de constater l'existence de tels messages de condamnation dans la Bible, il est doublement étonnant de constater que « plusieurs lois actuelles contre la sodomie aux États-Unis se fondent sur ces passages bibliques » (Borillo, 2001, p. 43). D'ailleurs, il est encore illégal de pratiquer la sodomie dans treize états américains (Alabama, Caroline du Nord, Caroline du Sud, Floride, Idaho, Kansas, Louisiane, Mississippi, Missouri, Oklahoma, Texas, Utah et Virginie).

L'hostilité anti homosexuelle se serait développée suite à la libération du peuple hébreu d'Égypte (Borillo, 2001). En effet, pour assurer la survie biologique de celui-ci, il importait d'avoir des enfants, ce que les homosexuels ne pouvaient nécessairement pas accomplir entre eux. Les « pédérastes » étaient mis à exécution, car ils contrevenaient à la loi dite « naturelle » de l'accouplement reproductif.

L'holocauste gay, qui a fait plus de 500 000 victimes homosexuelles sous le régime du III<sup>ème</sup> Reich lors de la Deuxième Guerre Mondiale, est certes un exemple historique des plus révélateur de l'homophobie incarnée par les dirigeants politiques extrémistes (Borillo, 2001). Des traitements correctifs infligés aux homosexuels (lobotomie, pharmacothérapie) ont été pratiqués à titre expérimental par la psychiatrie du temps. De plus, l'armée a procédé à l'extermination massive de ceux-ci et plusieurs se

sont tout simplement suicidés afin d'éviter les souffrances qui leur étaient réservées (Borillo, 2001). Dans les camps de concentration, les hommes homosexuels devaient porter un triangle rose sur la poitrine et les femmes homosexuelles se voyaient attribuer le noir. Encore à cette époque, la peur de la disparition de l'espèce humaine par la non-reproduction aurait été une des causes de l'extermination massive d'homosexuels (Borillo, 2001). Cette paranoïa homophobe de l'extinction humaine apparaît dérisoire aux yeux de certains, alors que la population planétaire ne cesse de s'accroître et que la surpopulation terrestre devient une menace sérieuse aux habitants (Lacourse, 1994).

Plus tard, après la Deuxième Guerre mondiale, croyant que la population avait évolué et avait tiré une leçon des atrocités de la guerre, les homosexuels commencent à se regrouper silencieusement et tentent de négocier auprès des gouvernements leur reconnaissance sociale au même titre que les hétérosexuels (Jagose, 1996). Néanmoins, le 27 juin 1969, la police procède à une descente dans un bar de New York, le Stonewall Inn. Dans le tumulte qui s'ensuit, une vedette du travestisme est tuée. Ce n'est qu'à partir de ce moment que les mouvements revendicateurs pour les droits des homosexuels se feront militants et plus radicaux (Jagose, 1996). Une véritable lutte pour la défense des homosexuels s'enclenchera pour que cesse la violence homophobe. Ce mouvement américain de libération des gays aura d'ailleurs des répercussions à l'échelle mondiale. Des populations homosexuelles d'autres pays emboîteront le pas, notamment l'Allemagne, l'Amérique latine, l'Angleterre, l'Australie, le Canada, la France, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas (Jagose, 1996). Des mouvements gays distincts tels que

*The Mattachine Society* et *The Daughters of Bilitis* ont par la suite vu le jour pour agir à titre de défenseurs des communautés homosexuelles (Jagose, 1996).

La présence de la violence chez la population homosexuelle dans le passé est manifeste certes, mais de nos jours, on assiste encore à des comportements répressifs dirigés contre les homosexuels. L'homophobie se matérialise ainsi sous formes de tortures, de pratiques d'extermination et par l'instauration de normes prescriptives. En Iran et en Arabie Saoudite, par exemple, la sodomie est illégale. Lorsque les homosexuels pris en flagrant délit ne sont pas décapités sur le champ, ils sont enterrés vivants (Tin, 2003). C'est que l'islam réserve ses peines de tortures et de mort les plus sévères pour les homosexuels. Et sur les deux cents pays de la planète, soixante-quatorze condamnent l'homosexualité (Spencer, 1999).

Dans les pays où l'homosexualité est décriminalisée, le mariage demeure souvent interdit aux homosexuels et très critiqué s'il existe des projets de loi visant à le rendre légal. Le Parti Conservateur du Canada, en organisant des mouvements d'opposition au projet de loi sur la légalisation du mariage homosexuel, est un exemple de regroupement homophobe qui lutte contre les droits des homosexuels. Certains diront que ces manifestations sont pacifistes comparées aux actes de violence physique extrême dont sont parfois victimes les homosexuels.

À titre d'exemple, soulignons au passage la mort de Matthew Shepard au Wyoming qui, en 1998, a soulevé la colère des homosexuels et l'indignation populaire. Le contexte de torture entourant cet événement semble avoir joué un rôle déterminant

dans la réponse du public. Matthew Shepard, étudiant universitaire, a été approché dans un bar par deux hommes prétendant être gays et qui l'ont ensuite attiré en campagne. Ils l'ont sauvagement battu, l'ont attaché à une clôture pour ensuite le torturer. Ils l'ont ainsi abandonné, le croyant mort, et c'est par hasard qu'il a été retrouvé par un cycliste. Il est mort six jours plus tard des suites de blessures subies à la tête (Tin, 2003). Cet événement frappant a intensifié le mouvement de lutte contre l'homophobie déjà bien amorcé dans la communauté homosexuelle. Il constitue d'ailleurs un tournant historique puisque le caractère pathologique de l'homosexualité laisse place au caractère maladif des personnes homophobes (Tin, 2003). Ce sera une révélation éloquent de l'opinion publique qui enfin dénonce les atrocités de la violence homophobe. Malheureusement, les crimes haineux dirigés contre les homosexuels continuent d'avoir cours malgré les lois de plus en plus sévères face aux comportements homophobes et l'interdiction, par les tribunaux, de discriminer une personne sur la base de son orientation sexuelle (National Center for Victims of Crime, 2004). Toutefois, la *Charte canadienne des droits et libertés* de la personne, créée en 1982, ne précise toujours pas à ce jour qu'une personne homosexuelle a les mêmes droits qu'une autre personne ou qu'une personne ne peut être discriminée sur la base de son orientation sexuelle (Ministère de la Justice Canada, 2005). Voyons maintenant sous quelles formes cette violence se présente et quelles sont les conséquences chez la personne qui en est la victime.

### **Violence homophobe et conséquences chez la personne**

L'homophobie se définit comme une attitude d'hostilité dirigée envers les personnes qui ont des pratiques sexuelles avec d'autres personnes du même sexe (Borillo, 2001, 2005). Elle peut être externe (exercée par une tierce personne contre une personne homosexuelle) ou interne (exercée sur soi par une personne homosexuelle) (Borillo, 2001). L'homophobie se présente sous plusieurs visages. Elle peut être de nature physique, verbale, psychologique ou sexuelle (Borillo, 2001, 2005 ; Mason, 2002). Peu importe la forme qu'elle prend, l'homophobie a des répercussions négatives sur la personne qui en est la victime. Elle est une forme de violence, celle-ci ayant pour but d'asservir un groupe donné de personnes, en l'occurrence les personnes homosexuelles (Lhuilier, 2005 ; Mason, 2002). La violence homophobe varie sur un continuum de sévérité allant de la dévalorisation et des abus verbaux aux menaces de violence, aux agressions physiques et même à l'homicide (Friedman, 1999).

Explorons maintenant de manière un peu plus approfondie les différentes formes d'homophobie. Bien que nous les voyions séparément une à une, chacune de ces différentes formes de violence homophobe se présente rarement seule. Ainsi, lorsqu'une personne est victime d'homophobie, des conséquences aux facettes multiples s'ensuivent et l'atteignent dans plusieurs aspects de sa vie (Wells, 1997).

La violence physique se définit « comme un acte porté à autrui avec l'intention perçue ou non, de provoquer une souffrance et/ou une blessure physique » (Miermont, 2005, p. 32). Nous savons que 10 % à 20 % de l'ensemble des personnes homosexuelles

rapportent avoir subi des agressions physiques (Mason, 2002). Toutefois, ces chiffres se basent sur des données d'études ayant été effectuées en Australie, au Canada, aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande, pays relativement libéraux quant à la question homosexuelle. Il est donc permis de croire que ces chiffres ne sont pas représentatifs de la population mondiale et que cette violence touche un pourcentage plus élevé d'homosexuels dans les pays où l'homosexualité est criminalisée ou réprimée de façon intensive. La violence physique homophobe toucherait davantage les hommes que les femmes (Mason, 2002). Un aspect particulièrement inquiétant de ce type de violence est qu'elle est généralement perpétrée la nuit sur la rue, dans les parcs ou dans les stationnements, et ce, de façon spontanée par d'autres hommes qui sont inconnus de la victime (Mason, 2002). Devant une telle situation au caractère imprévisible et où la victime se retrouve souvent seule, celle-ci est totalement sans moyens de défense. La violence physique est repérable par les séquelles qu'elle laisse chez la personne tels les hématomes, les ecchymoses, les plaies, les brûlures, les fractures et même les alopecies (Miermont, 2005).

La violence verbale est celle qui touche le plus de personnes homosexuelles en termes de pourcentage. Effectivement, 70 % à 80 % des personnes homosexuelles ont, à un moment ou l'autre de leur vie, fait l'expérience douloureuse d'abus verbal (Mason, 2002). Son omniprésence n'est pas étonnante considérant la diversité des appellations négatives dirigées contre les homosexuels. D'ailleurs, le dictionnaire des synonymes propose une série de termes équivalents pour « homosexualité » : androgamie,

androphilie, homophilie, inversion, pédérastie, pédophilie, socratisme, uranisme, androphobie, lesbianisme, saphisme, tribadisme (Borillo, 2001). En contrepartie, le terme « hétérosexualité » ne figure nulle part. De plus, *Le Nouveau Petit Robert* (2004) suggère plusieurs termes à connotation péjorative dans sa définition de l'homosexualité, alors que celle d'hétérosexualité précise qu'elle est normale et contraire à l'homosexualité. La violence verbale, qu'elle soit pratiquée oralement ou écrite, dévalorise la personne homosexuelle en véhiculant des propos avilissants ou agressifs envers elle. Ces injures prennent la forme de blagues ou de slogans anti gays, comme ceux du révérend Phelps (pasteur de la communauté de *Westboro Baptist Church*) qui prétend que les homosexuels vont en enfer. Lazzis et quolibets ridiculisant l'efféminé en sont d'autres exemples. En somme, la violence verbale est une violence vexatoire (Tin, 2003).

Dans une étude sur la violence homophobe menée sur les homosexuels de Lewisham en 1992, 81 % de ces personnes habitant ce quartier du Sud-Est de Londres avaient subi des injures et 45 % avaient subi de la violence physique imputable à leur orientation sexuelle (Spencer, 1999). Cette violence homophobe réprime les comportements homosexuels afin de normaliser l'ensemble des faits et gestes de la population comme nous l'avons précisé dans la section précédente.

La violence psychologique ressemble à la violence verbale, mais elle fait un pas de plus dans la terreur qu'elle engendre chez sa victime. Elle est pernicieuse et insidieuse. La violence psychologique (ou mentale) se définit comme l'exposition répétée à des brimades ou à des rétorsions qui excèdent les capacités émotionnelles et cognitives de la

personne (Miermont, 2005). Elle se présente sous forme d'humiliations verbales ou comportementales, de marginalisation, de séquestration, de dévalorisation brutale ou insidieuse, d'exigences démesurées, d'interdits contradictoires et/ou impossibles à respecter ainsi que de menaces verbales d'abandon, de mort ou de coups (Miermont, 2005). La personne victime de ce type de violence développera souvent un sentiment de fragilité et d'impuissance, en plus de subir une épreuve d'humiliation (Braud, 2005).

La violence sexuelle inclut toutes les formes d'actes sexuels non désirés et est utilisée comme un moyen d'exprimer son pouvoir et son contrôle sur une personne (National Center for Victims of Crime, 2004). La violence sexuelle touche majoritairement les personnes homosexuelles de sexe féminin (Mason, 2002). Dans le cas de victimes masculines, elle est désignée comme de la violence « anti gay » (National Center for Victims of Crime, 2004). Selon Lagrange (2005), la violence à caractère sexuel a augmenté de façon importante dans la dernière décennie, surtout chez les jeunes. En 1990, quatre-vingt-dix condamnations pour viol ont été enregistrées chez les 13-17 ans, alors que ce nombre est passé à quatre cents en 2001 (Lagrange, 2005). Toutefois, cette augmentation retrouvée dans les statistiques pourrait s'expliquer notamment par une meilleure visibilité de la violence sexuelle (dans les médias par exemple), un changement dans la définition des actes considérés comme de la violence sexuelle ou encore l'incitation auprès des victimes à dénoncer leur agresseur (Brodeur, 1994). Le harcèlement sexuel, les attouchements, de même que le viol (incluant la pénétration anale, digitale et orale), constituent des formes concrètes de la violence sexuelle (National

Center for Victims of Crime, 2004). Ce qui caractérise la violence sexuelle, c'est son caractère punitif envers la personne homosexuelle (Tin, 2003). Comme pour les autres types de violence homophobe, elle est essentiellement perpétrée par des hommes (Tin, 2003). Les personnes homosexuelles itinérantes seraient davantage à risque de ce type de violence que leurs congénères hétérosexuels (Cochran, Stewart, Ginzler & Cauce, 2002).

L'épidémie du sida qui a frappé et qui frappe toujours la communauté homosexuelle ne manquera pas de renforcer le mépris envers celle-ci, notamment en regard de la communauté homosexuelle masculine. Le « cancer gay » sera vu comme une sorte de châtiment divin punissant les pratiques (sexuelles) homosexuelles (Lelait, 1998). Martel (1996) souligne par ailleurs que les gouvernements n'ont pris l'épidémie au sérieux que lorsque les hétérosexuels blancs non-toxicomanes ont été affectés par ce syndrome. L'indifférence face à la population homosexuelle masculine atteinte du sida a constitué pour Act-up (mouvement français de défense des droits homosexuels) une forme de violence silencieuse. À force d'opprimer et de se moquer des moeurs des homosexuels, en plus d'ignorer leurs souffrances, la société hétérosexiste les perturbe profondément, à un point tel que le problème devient un véritable enjeu de santé publique lorsque cette violence les conduit à des comportements auto destructeurs tels que le suicide.

En effet, l'homophobie n'est pas sans conséquences chez la personne et la plus désastreuse est le suicide (Dorais, 2000). Une étude sur des couples de jumeaux d'orientations sexuelles différentes a même démontré que le jumeau homosexuel a plus

de risques d'adopter des comportements suicidaires, comparativement à son jumeau hétérosexuel (Friedman, 1999). L'explication la plus souvent retrouvée dans les écrits quant à la cause principale du suicide chez les personnes victimes d'homophobie est que ce type de violence altère négativement le concept de soi (Renzetti & Miley, 1996).

### **Concept de soi**

Le concept de soi a été exploré par plusieurs auteurs dont Brownfain (1952) qui le décrit comme un processus d'évaluation par lequel la personne s'évalue en regard des significations qu'elle a d'elle-même et des relations qu'elle entretient avec le monde qui l'entoure. Il y aurait un lien étroit entre le concept de soi, le genre, les attentes de rôles et la sexualité (Cook, 1999). Mossman & Ziller (1968) le conçoivent comme un agent médiateur entre l'organisme et l'environnement social. Le concept de soi regroupe trois composantes : la composante cognitive, la composante affective et la composante reliée au comportement (Wells, 1976). Dans les travaux de Fitts (1965), on énumère aussi ces trois subdivisions du concept de soi qu'on nomme toutefois différemment : *the Identity Self*, *the Judging Self* et *the Behavioral Self*. Plus particulièrement, c'est la composante affective du concept de soi ou encore *the Judging Self*, communément appelée l'estime de soi, qui est affectée lorsqu'une personne est régulièrement confrontée à l'homophobie (Dorais, 2000). La capacité de faire face aux diverses difficultés de la vie est fortement tributaire de l'estime de soi (Modrcin-Talbott, Pullen, Zandstra, Ehrenberger & Muenchen, 1998). L'estime de soi est « the pervasive aspect of the self-component which

relates to the worth the person holds of the self » (Roy, cité dans Modrcin et al., 1998). Ziller, Hagey, Smith & Long (1969) la définissent également comme la perception que l'individu se fait de sa propre valeur. Muhlenkamp & Sayles (1986), pour leur part, affirment que l'estime de soi est un processus qui s'apprend et que l'environnement, plus précisément la famille, joue un rôle prédominant dans sa construction. Il est de plus une composante de notre identité (Jenny, 1990). L'estime de soi est construite à travers ce processus de socialisation et « self-esteem is what helps us evaluate situations » (Jenny, 1990, p. 19). L'homosexualité étant stigmatisée et l'estime de soi influencée par le milieu social (Muhlenkamp & Sayles, 1986), la personne homosexuelle qui vit dans une société où les homosexuels sont marginalisés aura nécessairement une estime de soi potentiellement compromise. Du même coup, elle est plus à risque de suicide.

Borillo (2001) explique comment l'homophobie est un élément constitutif de l'identité masculine. « La compétition, la forte appréhension envers la vulnérabilité, le contrôle des sentiments et l'homophobie constituent les éléments qui modèlent la façon d'être un homme » (Borillo, 2001, p. 86). Par ailleurs, la socialisation des hommes contribue à éloigner ceux-ci de l'univers féminin, afin de leur assurer la virilité, condition importante à la construction de l'image et de l'estime de soi masculines. Or, les manifestations homophobes n'épargnent pas les hommes homosexuels confrontés aux prérogatives d'une masculinité définie par une société hétérocentrique. Cette violence homophobe est pernicieuse et peut se transformer en haine de soi qui, ainsi intériorisée, conduit l'homosexuel à développer une faible estime de soi (Borillo, 2001).

L'intériorisation de normes sociales contribue à dévaloriser la personne marginale confrontée à une dissonance entre le soi idéal (virtuel) et le soi réel (Goffman, 2001). La honte risque de surgir au détour alimentée par l'intériorisation d'attributs avilissants. La présence de personnes « normales » dans l'entourage du stigmatisé ne fait que renforcer l'interprétation péjorative qu'il a de lui-même (Goffman, 2001).

Dorais (2000) fait mention de quatre types de scénarios que les homosexuels développent comme stratégies de survie face au rejet. D'abord, le *garçon parfait* qui cherche à séduire tous les gens qui l'entourent pour se faire aimer. Ensuite, le *fif de service* qui se résigne et voit son sort comme une fatalité impossible à éviter. Puis, le *caméléon* qui joue à être hétérosexuel et qui adopte lui-même des attitudes dénigrantes envers les homosexuels pour ainsi cacher sa véritable nature. Finalement, le *rebelle* « est celui qui, refusant l'homophobie, développe une résistance qui le protégera en quelque sorte de la dépression ou des idées suicidaires » (Dorais, 2000, p. 53).

### *Adolescence*

L'adolescence est une période charnière pendant laquelle la personne doit affronter certaines tâches développementales afin de se construire une personnalité qui aura des bases solides pour affronter la vie. Les adolescents faisant face à l'homophobie auront plus de difficulté à traverser cette période, car ce type de discrimination entraîne à court et à long terme plus d'isolement, augmente les risques d'itinérance, de violence conjugale, de dépression, de suicide, de pertes d'emploi, de décrochage scolaire, d'abus

de drogues et d'alcool (Bagley & D'Augelli, 2000 ; NAPNAP, 2000). Par exemple, plusieurs jeunes hommes homosexuels sont mis à la porte par leur famille à la suite de leur *sortie du placard*, c'est-à-dire le dévoilement de leur homosexualité à leur entourage (Dorais, 2000). Pour certains, ce rejet familial peut être fâcheux puisque la personne est souvent sans emploi et n'a pas terminé ses études. Elle est alors souvent contrainte à se déplacer vers les grands centres urbains (si elle n'y habite pas déjà) et risque de se retrouver sans abris puisque dépourvue de moyens financiers. En errant ainsi, elle augmente possiblement ses risques d'entretenir des liens étroits avec les milieux clandestins, contacts qui augmentent à leur tour les risques d'une foule de problèmes tels la prostitution, les viols, l'utilisation de drogues, la criminalité et l'isolement (Cochran, Stewart, Ginzler & Cauce, 2002 ; Dorais, 2000).

### **Conséquences sociales**

Socialement, l'homophobie peut avoir des conséquences graves sur la vie des personnes homosexuelles. Aux États-Unis, les gays et les lesbiennes sont sujets à la discrimination lorsque vient le temps de se trouver un appartement, un emploi ou de faire reconnaître leurs droits civils (Friedman, 1999). Ainsi, l'homosexualité est considérée comme étant incompatible avec la mission des services militaires américains et nombre d'homosexuels peuvent s'y voir refuser l'accès s'ils dévoilent leur homosexualité (Howsepian, 1996). Selon Eliason (1996), nombreux sont les travailleurs qui ne révèlent pas leur orientation sexuelle par peur de rejet, de harcèlement ou de discrimination,

conséquences découlant de stéréotypes négatifs envers l'homosexualité. De ces stéréotypes, Eliason (1996) en dégage les principaux : 1-les lesbiennes, les gays et les bisexuels ne pensent qu'au sexe, 2-toutes les lesbiennes, les gays et les bisexuels sont à haut risque de contracter le sida, 3-l'homosexualité est immorale et contre-nature, 4-les lesbiennes, les gays et les bisexuels peuvent être identifiés par leur apparence et leurs comportements, 5- les lesbiennes, les gays et les bisexuels, s'ils le veulent vraiment, peuvent être « guéris » et 6- les lesbiennes, les gays et les bisexuels sont une menace pour la société et les valeurs familiales.

Ces sentiments anti homosexuels, lorsqu'ils proviennent des professionnels de la santé, troubleraient particulièrement les hommes homosexuels et pourraient amener cette clientèle à éviter de consulter le système de santé en cas de besoin ou à retarder la demande d'aide lors d'urgences (Albarran & Salmon, 2000 ; Morrissey, 1996 ; Walpin, 1997). Une étude réalisée par Smith (1993) stipule que 77 % des infirmières travaillant en soins psychiatriques ont des comportements et des attitudes témoignant d'homophobie (57 % de façon modérée et 20 % de manière sévère). Par ailleurs, Eliason (1996) avance que 34 % des professeurs en sciences infirmières croient que les pratiques sexuelles entre femmes sont « dégoûtantes ». Selon Albarran & Salmon (2000), 47 % des infirmières indiquent que les patients en phase terminale de sida ne devraient pas être soignés sur des unités de soins critiques, insistant sur le fait que ceux-ci ne méritent pas d'attention particulière, s'ils sont homosexuels. Cette même recherche invoque le fait que les patients atteints du VIH/sida reçoivent peu de sympathie du personnel soignant, lequel croit que la

maladie est le résultat final de pratiques sexuelles adoptées par les homosexuels. De plus, entre 8 % et 26 % du personnel infirmier croit qu'il devrait avoir le droit de refuser de prendre soin de patients atteints du VIH/sida (Rondahl, Innala & Carlsson, 2003). Étant donné le manque de compréhension dont elles font l'objet, les personnes homosexuelles sont de plus en plus nombreuses à consulter des services de santé dits alternatifs et à délaisser les services de santé usuels mis en place par les gouvernements au sein de la société (Walpin, 1997). Toutefois, il existe une variété de réactions de la part des infirmières à l'égard de leurs patients homosexuels, allant de l'acceptation à la discrimination. Notamment, l'exclusion de ces derniers peut s'expliquer par la peur de la mort, ou encore par le refus de la mort, de la part des infirmières qui, « (...) de façon totalement inconsciente, répondent moins vite aux appels des mourants qu'à ceux des autres malades. » (Perreault, 1994).

En outre, la violence, notamment celle de nature homophobe, peut causer la dépression, de la colère, de la culpabilité, des dysfonctions sexuelles, des idées suicidaires, des « flashbacks », des troubles de la mémoire et de concentration, de l'insomnie, de l'anxiété, des maux de tête, de la honte, des difficultés à entrer en relation avec autrui et un sentiment de perte de contrôle sur sa vie (National Center for Victims of Crime, 2004).

Le besoin de développer des stratégies de protection contre la violence envers les homosexuels est une recommandation des écrits, notamment auprès des professionnels de la santé (Bakker & Cavender, 2003). Bien que la lutte contre l'homophobie soit un

premier pas dans l'amélioration de la qualité de vie et des soins des personnes qui en ont fait l'expérience, la connaissance des besoins de santé spécifiques de celles-ci sera un outil facilitateur à cette démarche pour les professionnels de la santé.

### **Services de santé et besoins des homosexuels**

Dans la section qui suit, nous aborderons les besoins de santé des homosexuels en rapport avec la réalité qui se vit présentement dans le système de santé. Quoique ce thème puisse paraître large, les problématiques complexes et uniques rencontrées chez cette population nous amènent à considérer les besoins d'aide particuliers qu'elle nécessite comme un thème à part entière. Cette idée est par ailleurs partagée par plusieurs auteurs et c'est la raison pour laquelle il est abordé (Bakker & Cavender, 2003 ; Clark, Landers, Linde & Sperber, 2001 ; Craft & Mulvey, 2001 ; Harisson & Silenzio, 1996 ; Margolies, Becker & Jackson-Brewer, 1987 ; National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners, 2000 ; Platzer & James, 1997).

Les infirmières et autres professionnels de la santé, par leur formation académique, sont appelés à respecter l'intégrité, les caractéristiques et les valeurs de leurs patients. Ces valeurs individuelles sont d'ailleurs défendues par certains chercheurs et théoriciennes de la discipline infirmière tels que Parse (1998) et Watson (2001). Le code d'éthique de la profession d'infirmière spécifie à cet effet que les infirmières doivent traiter tous leurs patients avec dignité et assurer les meilleurs soins possibles auprès de ceux-ci (Eliason, 1996 ; OIIQ, 2003). Le fait de prendre soin de la personne est inhérent

au domaine des sciences infirmières. Indépendamment de la culture, de la race, des comportements ou de la sexualité des clientèles, les infirmières doivent prendre soin de celles-ci (Ward, 1998). Le Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec stipule à cet égard que :

L'infirmière ou l'infirmier ne peut refuser de fournir des services professionnels à une personne en raison de la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge, la religion, les convictions politiques, la langue, l'ascendance ethnique ou nationale, l'origine ou la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap (OIIQ, 2003, article 2).

La *National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners* de même que des regroupements de médecins se sont clairement positionnés en faveur d'une accessibilité pour tous à des ressources de soins de qualité (Schneider & Levin, 1999 ; NAPNAP, 2000). Afin d'assurer la qualité des soins, le personnel soignant doit être sensibilisé à la réalité des homosexuels, hommes ou femmes. La qualité des soins repose, entre autres, sur une attitude de non-jugement et d'empathie envers la clientèle soignée (Walpin, 1997). Une étude de Harrison & Silenzio (1996) rapporte d'ailleurs que les homosexuels considèrent comme très bonne la qualité des soins si les professionnels soignants démontrent de l'ouverture à leur égard. Plus il y a ouverture, plus les patients apprécient les soins dispensés. Cette attitude est importante puisque l'information donnée par le patient est fondamentale afin d'obtenir une histoire de santé la plus complète possible et pour intervenir de façon adéquate. Ainsi, les patients homosexuels donneront plus d'information aux différents intervenants sur leur situation de santé si ces derniers

démontrent de l'ouverture par rapport à la réalité homosexuelle (Harrison & Silenzio, 1996).

Un projet financé par le département de santé publique du Massachusetts, ayant débuté en 1997 et impliquant des professionnels de la santé de même que des administrateurs de la santé, des clients et des représentants de la clientèle, a permis l'élaboration d'un plan d'action incluant 14 normes de pratique communautaire pour assurer la qualité des soins chez les gays/lesbiennes/bisexuels/transgenres (Clark, Landers, Linde & Sperber, 2001). Ce projet avait pour but de permettre à ces personnes et à leur famille une accessibilité aux soins qui tienne compte de leur réalité quotidienne (Clark, Landers, Linde & Sperber, 2001). Ces standards incluaient des politiques relatives au personnel soignant, aux droits des clients et à leur évaluation, à la confidentialité, au «outreach» communautaire et à la promotion de la santé.

Toutefois, il y a une reconnaissance croissante au sein de la profession infirmière et parmi d'autres professions de la santé que cette attitude d'ouverture est peu présente chez les soignants et que les besoins de santé spécifiques des homosexuels sont largement ignorés et non reconnus (Albarran & Salmon, 2000). Un manque de compréhension ou des jugements défavorables à leur égard risque d'entraîner une expérience dégradante ou aliénante avec le système de santé pour les homosexuels eux-mêmes ou les membres de leur famille (Albarran & Salmon, 2000). Dès lors, l'ensemble des professionnels de la santé est appelé à développer ses compétences culturelles auprès des homosexuels, précisément dans le but de mieux répondre à leurs divers besoins.

Le besoin de développer la compétence culturelle chez les professionnels de la santé est bel et bien reconnu (Bakker & Cavender, 2003). Cela est primordial, afin de répondre adéquatement aux besoins des homosexuels, étant donné le manque de sensibilisation souvent rencontré chez les professionnels de la santé en regard des besoins spécifiques de santé de cette population homosexuelle (Bakker & Cavender, 2003 ; Clark, Landers, Linde & Sperber, 2001 ; Craft & Mulvey, 2001 ; Schneider & Levin, 1999). Par compétence culturelle, nous entendons : « care that takes into account issues related to diversity, marginalization, and vulnerability due to culture, race, gender and sexual orientation » (Meleis, Isenberg, Koerner, Lacey & Stern, 1995, p. 4). Pour favoriser le développement de cette compétence culturelle, il est recommandé que les différentes professions de la santé accordent plus d'importance à la recherche chez les populations homosexuelles, nécessité considérée comme primordiale pour certains chercheurs (Bakker & Cavender, 2003). À cet égard, une recherche conduite par Albarran et Salmon (2000) sur les écrits consacrés aux besoins de santé des homosexuels sur des unités de soins critiques est éloquent. Sur une période de 10 ans, s'étendant de 1988 à 1998, ces chercheurs se sont attardés aux écrits consacrés aux soins critiques. Au terme de leur investigation, seulement six articles ont été trouvés traitant de l'expérience des homosexuels dans de tels services de santé (Albarran & Salmon, 2000).

En ce qui a trait à la formation du personnel soignant, l'*American Medical Association* recommandait déjà en 1994 que soit augmentée l'éducation des résidents et des médecins en matière de besoins des homosexuels, de même que l'*American Academy*

*of Pediatrics* qui, en 1993, s'est positionnée en faveur de la nécessité de se préoccuper des besoins de santé des adolescents homosexuels (Schneider & Levin, 1999 ; Tesar & Rovi, 1998). Pourtant, seulement quelques heures sont consacrées à l'éducation des professionnels de la santé en matière de diversité sexuelle (Tesar & Rovi, 1998). Le curriculum des écoles de sciences infirmières n'aborde d'ailleurs que peu la question des stéréotypes reliés aux minorités sexuelles (Eliason, 1996). Le même phénomène est constaté dans les écoles de médecine et les autres écoles des domaines paramédicaux.

En effet, dans une étude sur l'évaluation du nombre d'heures portant sur la question de l'homosexualité/bisexualité dans le curriculum des départements de médecine des universités américaines, des 95 institutions sur 116 ayant répondu, une moyenne de 2,5 heures sur l'ensemble des quatre ans d'études étaient consacrées au sujet de l'homosexualité (Tesar & Rovi, 1998). De plus, 50,6 % des universités répondantes n'accordaient aucune heure d'enseignement sur le sujet (Tesar & Rovi, 1998). Pour recueillir leurs données, les auteurs ont utilisé le questionnaire développé par Wallick et ses collaborateurs (1992), instrument ayant été créé pour évaluer les départements de psychiatrie sur les méthodes d'enseignement faisant référence à la sexualité, à l'orientation sexuelle et à l'éthique médicale (Wallick, Camber & Townsend, 1992).

Suite au constat de cette situation, les écrits consultés suggèrent d'augmenter le nombre d'heures au sujet de l'homosexualité dans les programmes d'éducation des professionnels de la santé, afin de sensibiliser davantage ces derniers à des réalités multiples et ainsi de mieux répondre aux besoins de santé des homosexuels.

Ces besoins de santé sont de plusieurs ordres. Ils peuvent se présenter sous forme de besoins psychologiques ou physiques. Bakker et Cavender (2003) rapportent que les adolescents homosexuels, en plus de devoir surmonter l'adolescence et d'accroître leurs habiletés développementales s'y rattachant (tout comme les hétérosexuels), doivent accomplir des tâches identitaires additionnelles en regard de leur homosexualité. Les difficultés rencontrées chez ces adolescents, et dans une plus importante proportion chez les hommes homosexuels, prédisposent ceux-ci à des risques de tentatives de suicide considérablement plus élevés que chez les autres adolescents (Council on Scientific Affairs, 1996 ; Bagley & D'Augelli, 2000 ; Dorais, 2000). Des difficultés semblables sont rencontrées chez les homosexuels appartenant à des cultures ethniques minoritaires. Ceux-ci doivent surmonter leur crise d'identité sexuelle, faire face au racisme et affronter les préjugés défavorables à l'égard de l'homosexualité, et ce, au sein même de leur propre culture ethnique qui a parfois des valeurs très conservatrices. Le professionnel de la santé étant à l'affût de ces problèmes pourrait procéder à la détection précoce des homosexuels à risque de suicide ou qui souffrent en silence, contribuant ainsi à venir en aide aux personnes affectées en leur fournissant l'aide psychologique nécessaire (Dorais, 2000).

De plus, la consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues est plus élevée chez la population homosexuelle qu'hétérosexuelle. Les problèmes de santé reliés à l'abus de ces substances ont à maintes reprises été démontrés dont l'alcoolisme et le cancer du poumon (Council on Scientific Affairs, 1996). Cette consommation peut en partie s'expliquer par des dynamiques comportementales et sociales uniques rencontrées

chez cette population (Craft & Mulvey, 2001 ; Meyer, 2001). Elle est souvent le symptôme d'une souffrance psychologique sous-jacente due à une faible estime de soi causée par la discrimination sociale (Council on Scientific Affairs, 1996). En ce sens, même si ces comportements à risques sont également présents chez les hétérosexuels, une attention particulière et des approches uniques sont requises chez les homosexuels afin d'assurer une meilleure investigation, des activités de prévention et de promotion de la santé de même que des traitements appropriés à leur réalité (Craft & Mulvey, 2001 ; Meyer, 2001; Schneider & Levin, 1999).

La santé sexuelle est un domaine où les professionnels de la santé ont beaucoup à faire pour diminuer la transmission d'ITS et leurs complications, particulièrement chez les homosexuels masculins. Ces derniers adoptent des pratiques sexuelles nécessitant un enseignement préventif qui respecte leurs valeurs et leurs goûts, sans que ceux-ci ne se sentent jugés (Meyer, 2001). Ainsi, les programmes de santé publique impliquant la prévention des ITS, tout en exerçant leurs activités de prévention, doivent être à l'affût des risques qui y sont associés. Par exemple, il existe le risque d'adopter une attitude trop prescriptive et coercitive sur les habitudes sexuelles des homosexuels qui, depuis l'avènement des mouvements de libération de ces derniers, sont sur leur garde lorsque l'État intervient trop intimement dans leur vie privée (Meyer, 2001). Par conséquent, une intervention trop intrusive en regard de leur vie privée peut amener les personnes concernées à fuir les ressources d'aide disponibles pour eux.

Il est reconnu que les hommes homosexuels sont plus à risque de contracter des ITS comparativement aux femmes homosexuelles (Council on Scientific Affairs, 1996). Effectivement, l'infection au VIH ne touche qu'un mince pourcentage de la population homosexuelle féminine de même que la syphilis, la chlamydia et la gonorrhée qui touchent toutes principalement les hommes homosexuels (Council on Scientific Affairs, 1996). Ceci ne devrait toutefois pas influencer les professionnels de la santé à croire que les lesbiennes sont sans besoin en matière de santé sexuelle et gynécologique. Elles nécessitent, tout comme leurs congénères hétérosexuelles, un suivi de santé approprié et régulier chez leur gynécologue. Les lesbiennes sont entre autres plus à risque de développer des cancers du sein, des ovaires et de l'endomètre, qui sont tous reliés à la nulliparité, considérant que la majorité des lesbiennes ne connaissent pas la maternité (Council on Scientific Affairs, 1996).

En contrepartie, les hommes gays qui pratiquent les relations sexuelles anales sont plus à risques de proctite, d'entérite, de colite, de traumas, de fissures et fistules anales, d'ulcères rectaux, de prolapsus des hémorroïdes et d'infections urinaires. Le cancer de l'anus et du rectum serait d'ailleurs de 25 à 50 fois plus fréquent chez ce même groupe de personnes (Council on Scientific Affairs, 1996). Cependant, Walpin (1997) nous met en garde contre les mauvais diagnostics posés chez les homosexuels qui se présentent dans des services de santé. Lorsque l'homosexualité est dévoilée par les patients, les professionnels de la santé ont tendance à orienter leurs collectes de données vers des problématiques qui ne sont reliées qu'à la santé sexuelle chez les hommes homosexuels et

à éviter d'aborder les antécédents sexuels chez les femmes homosexuelles, ce qui conduit à une mauvaise investigation, ou plutôt à une investigation moins juste (Council on Scientific Affairs, 1996 ; Walpin, 1997). L'intervenant ayant des connaissances approfondies sur l'homosexualité sera davantage à l'abri d'une telle attitude.

Les soignants travaillant de façon étroite auprès des familles ont avantage à s'instruire sur les diverses formes de cellules familiales, notamment les familles homoparentales. De plus en plus de couples homosexuels veulent avoir des enfants ou veulent en adopter. Aux États-Unis, une étude prévoyait « qu'en 2004 le nombre d'enfants élevés par des gays et des lesbiennes s'élèvera à 3,4 millions » (Gross, 2003, p. 15). Devant le nombre élevé de ces familles, dont les parents et les enfants sont susceptibles d'être victimes de discrimination homophobe, il est primordial que les professionnels de la santé, notamment les infirmières, soient adéquatement informés des dynamiques et des problématiques qui les caractérisent.

Les homosexuels ayant dépassé le mitan de la vie sont de plus en plus nombreux à vivre ouvertement leur homosexualité. Plusieurs d'entre eux font néanmoins face à la solitude et à la mise en retrait, ayant perdu leur partenaire de vie ou nombres d'amis des suites du sida (Claes & Moore, 2000). Cet isolement social est souvent accentué par un réseau familial peu développé, faute de ne pas avoir eu d'enfants ou d'avoir été rejetés par leurs propres familles. Cette sous-population homosexuelle a connu l'époque où l'homosexualité était criminelle et considérée comme une maladie mentale (en Amérique du Nord). Devant cette situation, les homosexuels sont soit restés avec des séquelles

psychologiques qui les hantent toujours aujourd'hui, soit ils ont développé des stratégies d'adaptation qui les aident à surmonter différents tracas, surtout à ce stade de leur vie où ils peuvent être plus vulnérables (Claes & Moore, 2000). Les professionnels de la santé sensibilisés à ces problématiques seront en mesure de prodiguer des soins adaptés et de qualité à ces personnes qui, se faisant entre autres de plus en plus nombreuses dans les centres de soins de longue durée, ont des besoins de soutien particuliers, tels le besoin de sortir de l'isolement social, de se voir reconnaître leur homosexualité ou encore d'être protégés contre la non confidentialité de certains éléments de leur vie privée qui pourraient être notamment divulgués à des proches homophobes (Claes & Moore, 2000).

Finalement, les professionnels, étant sensibilisés à l'homosexualité, l'homophobie et les besoins s'y rattachant, peuvent agir à titres d'acteurs politiques. Ils sont une force majeure pour la lutte contre l'hétérosexisme. L'hétérosexisme est l'attitude de valorisation dogmatique des attributs hétérosexuels seulement (Borillo, 2001 ; Gray, et al. 1996). Ce système de pensée sociale repose sur la présomption que l'hétérosexualité est supérieure à l'homosexualité (Mason, 2002). Bien que de plus en plus de groupes de professionnels s'organisent aux États-Unis pour répondre aux besoins des homosexuels en matière de santé, il reste encore beaucoup à faire pour assurer de meilleurs soins à la population homosexuelle du Canada. Ainsi, par l'entremise des divers regroupements professionnels, les intervenants de la santé pourront faire pression auprès des gouvernements provinciaux et fédéral pour que soit augmentée l'injection de sommes

monétaires dans le système de santé, afin de développer des programmes sanitaires adaptés à la population homosexuelle.

## Chapitre 3

### Méthodologie de recherche

Dans ce chapitre, nous présenterons notre méthode de recherche. Plus précisément, il sera question du milieu de l'étude, du recrutement, du devis de recherche, de la collecte et de l'analyse des données, des considérations éthique et des critères de rigueur.

### **Milieu de l'étude**

Nos participants ont été choisis sur une base volontaire dans un contexte de soins de troisième ligne. La troisième ligne a été retenue pour cette recherche car elle représentait un milieu où il était plus facile de rejoindre la population à l'étude. Plus précisément, une clinique d'orientation sexuelle d'un centre hospitalier d'une région métropolitaine a été notre lieu d'étude. Cette clinique vise en fait à répondre aux besoins de santé mentale de personnes homosexuelles vivant des difficultés de toutes sortes, mais qui sont principalement reliées à leur orientation sexuelle. Le seul critère d'exclusion pour y recevoir des soins est l'hétérosexualité totale. Donc, la combinaison, d'une part, de cette population qui se définit comme homosexuelle et, d'autre part, de personnes vivant des difficultés d'ordre psychologique a constitué un bassin de population adapté à nos besoins de recherche. Bisexuels, transsexuels, gays et lesbiennes ou toute personne qui se questionne sur son orientation sexuelle peut bénéficier des services de cette clinique.

## **Recrutement**

Cette recherche se penche sur une problématique rencontrée chez une population bien précise. Pour être admissibles à notre recherche, les participants devaient satisfaire aux critères d'inclusion suivants :

- être majeurs âgés de vingt-six à trente-cinq ans inclusivement
- être de sexe masculin
- s'identifier homosexuels
- avoir fait l'expérience d'homophobie depuis les cinq dernières années
- être capables de s'exprimer couramment en français

Le premier critère d'inclusion, soit celui relié à l'âge de la majorité, permettait de ne pas avoir à obtenir l'autorisation parentale en cours de recherche, sans enlever la pertinence de la réalisation de celle-ci, d'autant plus que la problématique ne touche pas spécifiquement une population d'enfants ou d'adolescents. Cet aspect a été assuré par le fait que le recrutement a eu lieu dans une clinique d'orientation sexuelle affiliée à un centre hospitalier de soins pour adultes. De plus, pour pouvoir obtenir des données plus spécifiques quant à un groupe de personnes et puisque l'expérience d'homophobie peut varier selon l'âge, nous avons choisi de nous concentrer sur un groupe d'âge en particulier, soit vingt-six à trente-cinq ans. À noter que cette restriction de l'âge a été recommandée par les comités d'éthique et scientifique afin d'augmenter la rigueur scientifique de cette recherche. Toutefois, le choix quant à ce groupe d'âge particulier a été déterminé, après avoir consulté le directeur de la clinique, en fonction de l'âge de la

clientèle consultant le plus le milieu de recrutement. Pour participer à l'étude, les personnes devaient affirmer elles-mêmes qu'elles avaient fait l'expérience d'homophobie puisque c'est de cette problématique dont nous traitons. L'expérience d'homophobie devait avoir été vécue dans les cinq dernières années, afin de faciliter l'obtention de descriptions riches en détails de la part des personnes participantes. Elles devaient nécessairement être de sexe masculin étant donné que nous orientons notre recherche vers une problématique qui affecte particulièrement les hommes homosexuels. Puisque notre recherche s'intéresse au phénomène de l'homophobie et que, par définition, l'homophobie est le sentiment d'hostilité relié à l'homosexualité (Borillo, 2001), les participants devaient s'identifier comme homosexuels. Les hommes interviewés devaient être capables de s'exprimer couramment en français afin de faciliter le travail d'analyse du chercheur, dont la langue maternelle est le français, et ainsi lui permettre de mieux saisir la signification donnée par les participants au phénomène étudié.

La méthode d'échantillonnage était de type non probabiliste (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte & collaborateurs, 2000). Un échantillonnage empirique nous a aidés à déterminer plus exactement le nombre de sujets à l'étude. L'échantillonnage empirique se fait en cours de recherche et il consiste à recruter de nouveaux participants jusqu'à ce que les données fournies par ceux-ci soient redondantes (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte & collaborateurs, 2000). Pour cette raison, il est difficile, au stade précédent la collecte des données, de prévoir le nombre de participants requis pour avoir suffisamment d'information. Ce principe utilisé pour orienter la recherche qualitative est

aussi connu sous le terme de « saturation des données » (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte & collaborateurs, 2000). Bien que la redondance soit un principe utilisé en recherche qualitative, nous convenons qu'elle est difficilement réalisable et que, même lorsque nous croyons l'avoir atteinte, nous ne pouvons avoir tout à fait la certitude que d'autres données ne seront pas découvertes. De plus, cette méthode d'échantillonnage a constitué un échantillon de convenance puisque les personnes ont été recrutées dans une clinique externe de troisième ligne au fur et à mesure qu'elles s'y présentaient. Le nombre de participants requis en recherche qualitative dépend de certains facteurs, notamment l'étendue de la recherche, la nature du sujet de recherche et la quantité d'information pertinente obtenue (Morse, 2000). Cette auteure recommande la participation de six à dix personnes dans les études phénoménologiques ayant comme objectif de discerner l'essence d'une expérience (Morse, 2002). Cependant, dans les études dont l'intention est de comprendre une manifestation inhabituelle d'un phénomène, un seul cas peut être considéré suffisant (Sandelowski, 1995). Nous avons ainsi prévu faire notre collecte de données auprès d'environ quatre personnes, soit deux participants par groupe d'âge, de 26 ans à 30 ans et de 31 ans à 35 ans respectivement. À noter que ce nombre n'était qu'une estimation et qu'il demeurerait possible de devoir recruter plus de participants afin d'atteindre notre but de recherche. Ce nombre limité de participants se justifiait par la limite de temps que nous imposait ce projet qui s'inscrivait sur une période d'environ un an. Ainsi, ayant effectué notre recrutement sur une période d'un an, nous avons utilisé les données recueillies auprès de trois participants. Même si le nombre de sujets n'était pas

élevé, nous avons pris en considération que la qualité et la diversité des données recueillies sont plus importantes que le nombre de personnes à l'étude (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte & collaborateurs, 2000).

### **Devis de recherche**

La présente recherche se veut qualitative. Le choix de la réalisation d'une recherche qualitative s'inscrit dans la préoccupation de découvrir une réalité vécue, en l'occurrence la violence homophobe faite envers des hommes homosexuels. La recherche qualitative s'est développée à partir des sciences sociales et comportementales, celles-ci soutenant qu'elle est une méthode de compréhension unique, dynamique et heuristique (Burns & Grove, 2001). Cette approche vise à mettre en lumière « la compréhension de l'action, la découverte de l'information, le sens des concepts, la participation active du chercheur comme moyen de collectes de données et la crédibilité des résultats corroborés par les participants de la recherche » (Deslauriers, 2001, p. 29). Le point de mire de la recherche qualitative est généralement large et son intention est de trouver le sens se dégageant d'une expérience donnée. Contrairement aux approches quantitatives, souvent utilisées en sciences infirmières, la recherche qualitative se base sur des données subjectives plutôt qu'objectives. Nous croyons qu'une recherche qualitative était plus appropriée en ce qui avait trait à notre thématique de recherche, puisque nous voulions explorer le sens que donnent certaines personnes à un phénomène précis (Marshall & Rossman, 1995). Ainsi, nous décrirons, dans le prochain chapitre, la signification que

donnent des hommes homosexuels à leur expérience de violence homophobe. Nous estimions que lorsque la signification de cette épreuve aurait été dégagée, des pistes de solutions émergeraient plus facilement afin de mieux intervenir auprès de ces hommes.

La phénoménologie a ainsi guidé notre démarche. La recherche phénoménologique a pour but de découvrir la signification d'expériences complexes telles qu'elles sont vécues par les personnes (Burns & Grove, 2001). Selon Merleau-Ponty (1945), la phénoménologie vise à décrire l'expérience telle qu'elle est, sans considérer les diverses explications de causalités offertes par les scientifiques. Elle s'attarde principalement à décrire de façon exclusive le contenu d'un phénomène tel qu'il se présente (Giorgi, 1997). À l'instar de Giorgi (1997), nous distinguons la phénoménologie philosophique (recherche d'un sens ultime et universel du phénomène) de la phénoménologie scientifique (étude du phénomène sous ses aspects concrets et matériels). Nous avons concentré notre démarche (lors de la collecte et l'analyse des données) sur les bases de la phénoménologie scientifique, afin d'arriver à une description détaillée du phénomène étudié.

La phénoménologie a pour origine les travaux d'Edmund Husserl (1859-1938) qui considérait la personne comme étant la source de la signification et le point central de l'analyse en recherche sociale (Grbich, 1999). La phénoménologie transcendantale est celle que Husserl a élaborée et elle est une méthode dite philosophique. Étant considéré comme le père de la phénoménologie, il s'est attardé à l'aspect épistémologique de celle-ci. Pour lui, la conscience, en nous faisant accéder à l'expérience, est ce qui permet

d'obtenir la signification d'un vécu (Husserl, 1985). Pour réaliser une recherche phénoménologique se basant sur son approche, il faut se limiter à recueillir une description des faits de la situation tels qu'ils sont rapportés par une personne. C'est d'ailleurs ce type de description que nous avons fait au cours de notre recherche en regard du phénomène d'homophobie vécue par des hommes homosexuels. En effet, c'est en accédant à la signification d'une expérience vécue par autrui que la connaissance se développe (Husserl, 1970). Bien que notre démarche s'est inspirée en partie des travaux de Husserl, notre méthode est scientifique et non philosophique.

Martin Heidegger (1889-1976), quant à lui, en poursuivant ses travaux sur la phénoménologie, a contribué au développement de la phénoménologie herméneutique. Heidegger, s'inspirant des travaux de Husserl, s'est toutefois distancé de ce dernier. Il a mené sa réflexion sur l'aspect ontologique de la phénoménologie. Au lieu de décrire les expériences vécues, le chercheur interprète celles-ci. C'est donc l'interprétation de l'expérience et non la description de celle-ci qui oriente ses travaux. Ainsi, l'existence plutôt que la conscience sert de fondement à la phénoménologie de Heidegger, c'est-à-dire qu'au lieu de remettre en question la présence des objets de l'environnement, ils sont pris pour acquis (Volpi et al., 1988). Le processus de ce type de recherche débute donc à partir de l'existence des objets afin d'interpréter leur relation avec le monde.

Pour Giorgi, la phénoménologie signifie la « science des phénomènes, c'est-à-dire l'étude systématique de tout ce qui se présente à la conscience, exactement comme cela se présente » (Giorgi, 1997, p. 341-342). Cette conscience, quant à elle, se définit plus

précisément comme le moyen d'accès à tout ce qui se présente dans l'expérience, c'est-à-dire qu'elle nous permet de poser un regard critique sur ce qui compose notre environnement. En outre, « la phénoménologie traite du phénomène de la conscience » (Giorgi, 1997, p. 343).

La conscience occupe une place primordiale en phénoménologie. C'est grâce à elle si nous pouvons donner une signification aux phénomènes qui nous entourent et, donc, nous ne pouvons éviter de reconnaître son apport (Giorgi, 1997). La conscience permet aux êtres de se souvenir, de juger, de rêver et fait le pont entre ce qui est extérieur à la personne et ce qui lui est intérieur, d'où l'importance de ce concept en phénoménologie pour accéder à la signification que donne une personne à un phénomène (Munhall & Oiler, 1986). La conscience est une activité mentale qui forme divers phénomènes psychiques, comme la perception qu'une personne donne à son expérience vécue d'homophobie (Butler, 2003). La conscience, considérée comme un moyen d'accéder à la signification de cette expérience, est un support favorisant notre quête vers de nouveaux savoirs reliés à divers phénomènes vécus par la personne. Dans le domaine des sciences de la santé, la conscience est souvent considérée comme un éveil à nos sens. D'un point de vue philosophique et du même coup plus large, la conscience existe nécessairement dans la relation que les personnes entretiennent avec leur environnement (Munhall & Oiler, 1986). Elle fait référence au lien de réciprocité entre les personnes et leur environnement et elle est omniprésente. C'est dans ce sens que nous considérons la conscience.

Cette conscience nous présente donc les objets de l'environnement sous forme d'expériences précises, c'est-à-dire qui nous renvoient aux « objets réels » de l'environnement, comme un bureau, un crayon, un livre, etc. C'est ce que Husserl nomme « intuition ». L'intuition permet en fait à la conscience d'avoir accès aux différents aspects d'un phénomène (Giorgi, 1997). Mais l'intuition d'une personne peut aussi se diriger vers des phénomènes qui n'ont pas de support « réel » et qui nécessitent néanmoins leur compréhension, tel le phénomène d'homophobie. Ce type de phénomène dépourvu du support « réel » doit être perçu et considéré du point de vue du sujet qui l'a vécu, d'où l'importance de la subjectivité afin d'en saisir le sens. Le langage est ainsi au cœur de la phénoménologie car il nous permet de mieux articuler cette subjectivité. C'est par le langage que s'est effectuée notre analyse, car les mots sont porteurs de sens (Ashworth, Giorgi & de Koning, 1986).

Pour tirer des résultats qui soient cohérents avec la phénoménologie, l'homophobie devait être analysée selon la signification que lui donnaient les participants de l'étude. Tout phénomène ne se comprend d'ailleurs que dans sa relation étroite avec la conscience, cette dernière cherchant à investir les objets qui entourent la personne. Ce processus par lequel la conscience tend toujours à entrer en relation avec tout ce qui l'entoure se nomme l'intentionnalité. Le terme « intentionnalité », développé dans la perspective de Husserl, sert à désigner un aspect important de la conscience qui se dirige vers et s'intéresse à un objet ou à un phénomène qui l'entoure (Giorgi, 1997). L'intentionnalité est en quelque sorte ce qui pousse la personne à la recherche de sens par

rapport au lien qui l'unit aux différents objets de son environnement. « To say that experience is intentional is to say that it is essentially directed toward the givens of experience. » (Ashworth, Giorgi & de Koning, 1986, p. 7). L'intentionnalité se caractérise par l'unicité de la relation sujet-objet, dans le sens où le sujet et l'objet ne sont pas deux entités indépendantes (Giorgi, 1997, p. 345). En effet, ils ne trouvent leur sens que dans leur relation réciproque l'un à l'autre. « L'intentionnalité signifie que la conscience est toujours dirigée vers un objet qui la transcende. » (Giorgi, 1997, p. 345), c'est-à-dire que l'objet sur lequel est dirigée cette conscience n'est pas la conscience. Ainsi, le sujet et l'objet sont toujours analysés et considérés dans leur relation unique d'indissolubilité.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes intéressés à la signification de l'expérience d'homophobie vécue par des hommes homosexuels. Par conséquent, nous nous sommes inspirés d'une méthode de recherche elle-même basée sur la méthode phénoménologique de Husserl pour la réalisation de ce projet, celle-ci étant cohérente avec notre question de recherche. Mais au lieu de vouloir atteindre le sens ultime et universel d'un phénomène, nous l'avons étudiée sous ses aspects concrets et matériels. C'est pour cette raison que notre démarche est considérée comme scientifique et non philosophique. Pour arriver à nos fins, une description minutieuse et rigoureuse de l'expérience vécue a été nécessaire. En effet, selon Husserl, c'est en obtenant un portrait de l'expérience le plus complet possible que nous pourrions arriver à découvrir la signification de cette même expérience. Ainsi, ce type de phénoménologie est dite descriptive et non interprétative (Husserl, 1976 ; Ashworth, Giorgi & de Koning, 1986).

Plus spécifiquement, nous avons suivi les cinq étapes de la méthode de recherche qualitative utilisée en sciences humaines et décrite par Giorgi (1997). Ces étapes comprennent dans l'ordre : la collecte des données, la lecture des données, la division des données en unités, l'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline et, enfin, la synthèse des résultats.

### **Collecte et analyse des données**

#### *Collecte des données verbales*

À l'étape de la collecte des données verbales, ce que le chercheur voulait obtenir était une description détaillée du phénomène tel qu'il a été vécu par la personne concernée. Il importait de poser des questions ouvertes aux participants, afin d'obtenir leur point de vue en regard d'expériences vécues (Giorgi, 1997). Le participant était encouragé à décrire minutieusement son expérience d'homophobie. Nous avons procédé à des entrevues semi-directives pour faire la collecte des données. Le choix des entrevues semi-directives, plutôt qu'un autre type de collecte de données, s'est appuyé sur le fait que la semi-directivité permet la libre expression de la communication de la personne interviewée lors de l'entretien. Sans influencer le discours du participant par des interrogations continues, cette approche a favorisé la spontanéité et a permis d'aborder les grands thèmes ayant été prédéterminés (Appendice A), d'où l'importance d'avoir eu recours à des interviews semi-dirigées (Daunais, 1992). Nous avons utilisé

l'enregistrement audio des entrevues afin d'en faciliter l'analyse. Nous avons prévu des entrevues d'une durée d'une heure à une heure trente pour chacun des participants. Nous avons distribué un questionnaire socio démographique (Appendice B) pour recueillir d'autres données telles que l'âge, l'ethnie et le statut social des participants, information importante à recueillir pour nous permettre de faire un portrait précis de la clientèle étudiée et de permettre aux futurs lecteurs de transposer les résultats de recherche à une clientèle semblable issue d'un milieu similaire. La tenue de ces entrevues était conditionnelle à l'obtention d'un certificat d'éthique du centre hospitalier où s'est déroulée la recherche et dans lequel l'approbation pour le projet a été donnée.

#### *Lecture des données*

La deuxième étape consistait en une lecture globale des entrevues transcrites (Giorgi, 1997). Cette lecture a permis au chercheur de s'imprégner du contenu de chacune des entrevues effectuées et de s'appropriier le langage des participants. Elle a favorisé une meilleure compréhension des expériences rapportées et a procuré une vue d'ensemble sur les données recueillies. Par ses multiples lectures, le chercheur a obtenu une signification générale du verbatim recueilli. À ce stade, il n'y avait pas de travail d'analyse approfondi en regard du sens qu'ont donné les participants à leur expérience d'homophobie.

### *Division des données en unités*

À la troisième étape, le travail a consisté à identifier des « unités de signification » qui étaient pertinentes à la thématique de la recherche et à la discipline concernée (Giorgi, 1997). En opérant une relecture approfondie, il s'agissait de discriminer les significations tout au long des verbatims que l'on a transcrits. Pour ce faire, le chercheur a repéré les endroits où il y avait un changement de sens. Ce travail a alors divisé les verbatims en parties qui sont appelées les « unités de signification ». « L'idée directrice de cette étape est que les parties doivent être déterminées en vertu de critères compatibles avec la discipline scientifique » (Giorgi, 1997, p. 354). Par exemple, le psychologue appréhende le phénomène étudié dans une perspective psychologique, alors que l'infirmier(ère) adopte une approche compatible avec la discipline infirmière. Celle-ci s'intéresse au soin de la personne qui, en interaction avec son environnement, vit des expériences de santé (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1994). Ainsi, les unités de sens dégagées ont permis au chercheur de la discipline infirmière de faire une description du phénomène d'homophobie et de l'expérience de vie des participants, afin d'améliorer les soins envers les personnes qui expérimentent ce phénomène. Au terme de cette étape, l'activité du chercheur a donc permis la découverte des unités de sens, mais exprimées dans le langage du participant.

C'est à ce stade que le chercheur a dû faire preuve d'une certaine réduction phénoménologique, aussi appelée « bracketing » (Ashworth, Giorgi & de Koning, 1986). Selon Giorgi (1986), le « bracketing » est « the putting out of play of what we know about

things in order to experience them freshly » (Giorgi, 1986, p. 6). Ainsi, le chercheur a pu appréhender le phénomène en question avec un semblant d'innocence. En adoptant la réduction phénoménologique, le chercheur s'est rendu sensible à une autre réalité. En fait, il a démontré sa volonté à laisser de côté ses points de vue sédimentés du monde qui l'entoure (Ashworth, Giorgi & de Koning, 1986 ; Burns & Grove, 2001). Il a dû, entre autres, faire preuve d'ouverture à une réalité nouvelle, donc autre que la sienne. C'est par le langage du chercheur que nous pouvons évaluer s'il y a réduction phénoménologique. En effet, puisque ce processus est une activité mentale et que quiconque peut affirmer qu'il(elle) a adopté cette attitude en cours de recherche, il peut être ardu de démontrer qu'il y a réellement eu réduction phénoménologique. Toutefois, puisque les paroles du chercheur ont révélé une remise en question de sa propre réalité et une attitude critique sur l'existence du monde, il est possible d'identifier l'effort de celui-ci à appliquer ce procédé qu'est la réduction phénoménologique. En reconnaissant que la réalité s'est présentée au sujet telle qu'il l'a décrit, et non en présupposant que cette réalité est bel et bien existante depuis sa propre perspective, le chercheur a adopté une attitude de réduction phénoménologique (Giorgi, 1997).

#### *Organisation et énonciation des données brutes dans le langage de la discipline*

C'est à la quatrième étape que le chercheur a décrit en termes explicites le contenu des unités de signification préalablement découvertes à partir des expériences rapportées de violence homophobe. De ces unités de sens ont émergé des unités reformulées qui ont

facilité la poursuite de l'analyse. Par la variation libre et imaginaire, il a repris les unités de signification dégagées et les a analysées afin de les expliciter dans des termes spécialisés et propres à la discipline au cœur de laquelle s'effectue la recherche (Giorgi, 1997). La variation libre et imaginaire est un processus réflexif qui consiste à appréhender les diverses facettes d'un phénomène et à identifier par la suite de nouvelles perspectives à ce phénomène qui gardent les caractéristiques essentielles de ce même phénomène (Giorgi, 1997). Le but de la variation libre et imaginaire est de trouver une formulation large et différente des propos des participants, mais qui conserve tout à la fois le sens principal de ces mêmes propos (Giorgi, 1985). Cette réorganisation de l'information prend la forme d'un texte formulé par le chercheur à partir des verbatims. Les données ont ainsi été réexaminées et décrites à nouveau pour progresser peu à peu vers une signification précise et plus englobante du phénomène. Des unités de signification, nous avons alors identifié des unités reformulées, mais qui sont exprimées dans un langage plus rigoureux et scientifique.

### *Synthèse des résultats*

Finalement, la dernière étape a servi à retenir les thèmes qui étaient pertinents à la recherche en cours et à la discipline infirmière, en lien avec le phénomène à l'étude. La variation libre et imaginaire a à nouveau servi au processus de discrimination des sens à savoir quelle était la structure ou les structures pertinentes à retenir (Giorgi, 1997). C'est ainsi que la découverte de la signification de ce phénomène s'est réalisée. Les

significations ultimes qui ont été retenues de même que les relations que ces significations ont entre elles correspondent aux structures (Giorgi, 1997). La structure est la signification la plus compréhensible du phénomène étudié et elle constitue le résultat final de la recherche (Giorgi, 1985). D'abord, des structures secondaires (thèmes) ont été identifiées, par la variation libre et imaginaire, et enfin, une structure principale (essence), laquelle constitue le résultat final de l'analyse. Bien qu'une seule structure des résultats recouvrant l'ensemble de l'analyse facilite la compréhension des résultats, il est fort possible qu'il y ait plusieurs structures principales identifiées. Dans la perspective phénoménologique, une seule structure par sujet interviewé est cependant légitime.

### **Considérations éthiques**

La présente recherche est dite « sensible » ; « (...) sensitive research is that which poses a threat to those involved in it, whether they are the researcher or the researched » (Platzer & James, 1997, p. 627). La menace dont il est question peut avoir lieu à tout moment du processus de recherche. Il importait donc de demeurer attentif au bien-être des participants, du chercheur, des personnes qui ont collaboré à la recherche et d'éviter que la recherche leur cause préjudice. Cette menace est fréquemment due à une intrusion dans la sphère privée de la vie des participants de la recherche et peut être la conséquence d'investigation émotionnelle faite auprès d'une clientèle opprimée et stigmatisée, comme c'est le cas des homosexuels.

Dans la présente recherche, les participants, le chercheur et les personnes qui ont collaboré à sa réalisation sont à risque de préjudices. Par exemple, les personnes qui y ont collaboré (personnes qui ont dirigé la recherche, membres du jury, professionnels du milieu d'investigation) auraient pu avoir été identifiées à tort comme étant homosexuelles et être ainsi, par la suite, l'objet de stigmatisation. Ce risque serait particulièrement plus élevé dans un milieu universitaire fermé et peu ouvert aux réalités nouvelles et changeantes du quotidien des personnes de notre société. Quant aux participants, le bris de la confidentialité constitue une possible offense à leur intégrité. Certaines personnes ont de la difficulté à accepter leur orientation sexuelle et il peut être dommageable pour celles-ci que leur homosexualité soit connue de leur entourage. C'est pour cette raison que les noms des sujets ont été et continueront d'être protégés en tout temps, incluant lors de la diffusion des résultats (Burns & Grove, 2001). Cette confidentialité a été assurée par l'utilisation de codes alphanumériques désignant les participants. Les transcriptions et les analyses des entrevues transcrites n'ont été accessibles qu'au chercheur, à la directrice et au co directeur de recherche et ceci à l'aide d'un mot de passe informatisé. Enfin, les bandes magnétiques seront gardées sous clé et elles seront détruites sept ans après que la recherche eut été complétée, délai exigé par le comité d'éthique afin de permettre un retour aux données d'origine advenant un problème lors d'une éventuelle publication.

Ainsi, les considérations éthiques à notre recherche sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, tous les hommes âgés de 26 ans à 35 ans ont été invités à participer à la présente

recherche par une personne extérieure à celle-ci, soit la réceptionniste habituelle de la clinique d'orientation sexuelle. Cette dernière les a informés de l'existence d'une étude conduite chez une population masculine ayant expérimenté de l'homophobie en leur remettant une lettre d'invitation (Appendice C). Ces personnes ont été informées qu'elles seraient libres de participer ou non à la recherche, tout en précisant que leurs soins ne seraient nullement affectés par leur décision. Par la suite, si elles étaient intéressées par le projet, les personnes concernées pouvaient laisser leurs coordonnées à la réceptionniste qui les a transmises au chercheur principal, lequel a contacté les participants potentiels. Ils ont disposé d'une période de trois jours pour réfléchir à leur décision de participer ou non. Ils devaient comprendre le but de l'étude, après que le chercheur principal leur ait donné toute l'information nécessaire à un consentement libre et éclairé. Ils ont, entre autres, été informés par celui-ci de la nature et de la durée de l'entrevue de même que de leur participation subséquente à l'entrevue afin de valider nos résultats de recherche. Cette information a été transmise oralement de même que par écrit à chacun, afin que les participants puissent conserver une copie de cette information (Appendice D). Enfin, un consentement écrit a été signé avant de procéder à ces entrevues. Les participants pouvaient à tout moment décider de se retirer de l'étude sans crainte de préjudices. De plus, les résultats d'analyse n'ont servi et ne serviront qu'aux fins de notre recherche.

En faisant une recherche auprès d'une population ayant vécu de l'homophobie, notamment la population homosexuelle et qui plus est sur un sujet douloureux, il y a un potentiel de ramener à la mémoire de pénibles expériences émotionnelles que les

participants avaient peut-être oubliées (James & Platzer, 1999). Dans une telle situation, il s'avère nécessaire de pouvoir orienter les personnes interviewées vers des ressources d'aide appropriées advenant le besoin de soutien psychologique. Il est de la responsabilité du chercheur d'identifier ces ressources afin de pouvoir y diriger les participants en cas de nécessité (James & Platzer, 1999). De plus, lorsque les participants font eux-mêmes la demande d'aide auprès du chercheur, il est impératif de répondre à leur demande et cette tâche est un des devoirs moraux principaux de ce dernier (Platzer & James, 1997). Le fait d'avoir mené notre recherche dans un milieu expert de la santé mentale a été facilitant pour nous sur ce point étant donné qu'une aide psychologique directe et sur le champ pouvait être initiée. En effet, la clinique d'orientation sexuelle où nous avons fait notre recherche regroupe deux psychiatres et un infirmier, tous ayant une expertise sur les diverses problématiques psychologiques rencontrées chez la population homosexuelle, qui pouvaient fournir ce soutien psychologique et ce gratuitement, dans un délai maximum de 24 à 48 heures. Des services téléphoniques de soutien psychologique étaient également à la disposition des participants advenant le besoin. Un document a été remis aux participants à cet effet (Appendice E). De plus, nous avons fait un suivi téléphonique dans les trois à sept jours suivant l'entrevue, dépendamment de l'état du participant à la fin de l'entrevue, afin de nous assurer du bien-être des participants.

Enfin, nous avons adopté une attitude de non-jugement lors du déroulement des entrevues auprès des hommes homosexuels rencontrés (James & Platzer, 1999). Afin que les participants ne se sentent pas jugés, le chercheur a évité de donner ou non son

approbation sur les comportements de ceux-ci. Il leur a fait preuve de respect en reconnaissant à chacun son unicité et l'importance des renseignements qui ont été communiqués. En outre, il a démontré son goût de connaître, de comprendre et d'accueillir l'expérience du participant telle qu'elle était rapportée (Chalifour, 1989). Nous croyons de plus que l'expérience professionnelle du chercheur a contribué à minimiser les risques encourus par les participants. En effet, une expérience en psychiatrie et en soins aux mourants lui a à maintes reprises donné la chance de faire des entrevues sur des sujets douloureux tels que les tentatives de suicide et la mort, contribuant ainsi au développement de ses habiletés de communication.

James et Platzer (1999) nous mettent en garde contre certains effets néfastes que peut apporter la recherche auprès de populations stigmatisées. Par conséquent, la publication des résultats est une étape tout particulièrement à risque de causer des préjudices chez les participants. Elle peut, entre autres, pathologiser les populations à l'étude, accroître le stigmate attaché à leur culture, inviter au voyeurisme ou encore donner une impression erronée de ce qu'ils sont. Notre préoccupation sur ce point repose sur le principe de ne pas causer de torts à une population qui est déjà vulnérable (James & Platzer, 1999). Cependant, les chercheurs, toujours selon ces mêmes auteurs, n'échappent pas aux inconvénients que peut entraîner la publication des résultats. Ils peuvent notamment être accusés de propagande et de prosélytisme par des extrémistes qui sont contre la diversité sexuelle.

Toutefois, ces auteurs soutiennent que c'est en conduisant des recherches auprès de ce type de population, en l'occurrence la population homosexuelle ayant vécu de l'homophobie, que les professionnels de la santé seront davantage sensibilisés au vécu de celle-ci et pourront ainsi mieux répondre à leurs besoins, en respectant leur sensibilité et leur dignité (James & Platzer, 1999). De plus, la recherche favorise la mobilisation des professionnels de la santé pour poursuivre la défense des droits des personnes homosexuelles et donne une voix à cette population qui fait face à ce que James et Platzer (1999) appellent une « crise du silence », c'est-à-dire que leur vécu, en tant que personnes homosexuelles, n'est pas suffisamment représenté et défendu par les professionnels de la santé.

### **Critères de rigueur**

Nos critères de rigueur comprenaient la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la validation, critères s'appuyant sur les travaux de Lincoln & Guba (1985). La crédibilité est ce critère primordial qui assure que les résultats de la recherche reflètent l'expérience des participants d'une manière qui est digne de confiance (Whittemore, Chase & Mandle, 2001). La crédibilité fait référence au caractère de ce qui peut être cru. Pour assurer la crédibilité, le chercheur a dû se familiariser avec la culture de la population étudiée afin d'être mieux imprégné de la réalité à laquelle elle fait face. En réalisant que le chercheur se montre sensible à cette réalité, les participants sont plus enclins à faire confiance au chercheur (Lincoln & Guba, 1985). Cet aspect est important car plus ces derniers se

sentent en confiance avec le chercheur, plus ils donnent une information authentique sur leur expérience. De plus, l'évolution de notre démarche a été transmise à une tierce personne, ce que Lincoln & Guba (1985) appellent le « peer debriefing ». Notre travail d'analyse a été révisé périodiquement par notre directrice et notre co directeur de recherche. Le but de cette tâche consistait à s'assurer qu'un point de vue extérieur et critique était apporté à la réalisation de ce projet, ce qui a augmenté par le fait même sa crédibilité. Les enregistrements audio de même que leurs versions retranscrites, qui constituent des archives de nos données brutes, ont pu et pourront être consultés afin de vérifier le bien fondé de nos résultats de recherche et leur crédibilité. Finalement, nous avons fait part de nos découvertes aux participants, en cours d'analyse, pour assurer la crédibilité de notre recherche. En effet, lorsque des résultats préliminaires ont été identifiés, nous les avons transmis au participant auquel faisaient référence ces résultats et nous lui avons demandé de donner son impression quant à ceux-ci.

La transférabilité est le deuxième critère de rigueur soulevé par Lincoln et Guba (1985). En recherche qualitative, nous préférons le terme de transférabilité à celui de généralisation utilisé en recherche quantitative (Deslauriers, 1991 ; Lincoln & Guba, 1985). Ce terme fait référence au caractère applicable des résultats d'une recherche à une population autre que celle étudiée, mais qui lui ressemble. Pour assurer la transférabilité, le chercheur a fait une description détaillée de la clientèle auprès de laquelle il a conduit sa recherche et des circonstances entourant le phénomène à l'étude afin que les résultats puissent être utilisés chez une clientèle similaire. Plus la description est faite avec

minutie, plus il est facile pour les futurs lecteurs d'appliquer les résultats à d'autres personnes s'apparentant à celles ayant participé à la recherche effectuée.

À l'aide de la directrice et du co directeur de recherche, nous nous sommes assurés que les étapes du processus de recherche ont bien été respectées et, par le fait même, que la fiabilité l'a également été. Une recherche qui respecte ce qui est acceptable professionnellement, légalement et éthiquement (selon la discipline en question) est considérée comme fiable (Lincoln & Guba, 1985). La fiabilité est ainsi obtenue lorsque sont soumises les démarches de la recherche à des experts de la discipline (Lincoln & Guba, 1985). Nous pouvons comparer cette mesure à l'inspection d'un bâtiment par un ingénieur qui déterminerait si celui-ci est construit dans les règles de l'art. Bien que cela constitue un argument faible des écrits scientifiques, si la crédibilité est assurée, la fiabilité l'est aussi (Lincoln & Guba, 1985).

Finalement, notre dernier critère de rigueur scientifique était la validation. En ayant les enregistrements des entrevues et leur transcription à portée de main, nous avons pu vérifier et attester que les résultats obtenus étaient cohérents avec les verbatims recueillis (Deslauriers, 1991 ; Lincoln & Guba, 1985). Pour valider les résultats, nous avons procédé à l'analyse des entrevues une à une et avons soumis nos découvertes à la directrice et au co directeur de recherche au fur et à mesure que l'analyse d'une entrevue était complétée. De cette façon, nous avons pu réajuster notre démarche selon le feedback obtenu de cette activité de validation. De plus, comme mentionné précédemment, nous

avons transmis nos résultats de recherche aux participants, lesquels ont pu valider si nos découvertes représentaient la signification de leur expérience.

## Chapitre 4

### Présentation des résultats

Dans le présent chapitre, nous présenterons les résultats de recherche. Nous décrirons d'abord le profil des participants. Puis, nous détaillerons un à un les thèmes à l'aide des sous-thèmes identifiés, afin de progresser vers l'essence. Ceci permettra au lecteur de cheminer jusqu'à l'obtention de l'essence, tel que le chercheur l'a lui-même fait pendant l'étape de l'analyse des données.

### **Profil des participants**

Quatre participants âgés de 26 à 35 ans ont participé à une entrevue individuelle avec le chercheur. Toutefois, une de ces entrevues n'a pas été utilisée pour l'analyse des résultats étant donné que l'expérience rapportée ne correspondait pas à de l'homophobie, ce que le chercheur n'a pu que constater qu'une fois cette entrevue complétée. Ainsi, l'expérience de trois des quatre participants a été analysée et c'est pour cette raison que nous considérons avoir trois participants à notre étude. Nous ne présenterons d'ailleurs que le profil des participants correspondant à ces trois entrevues retenues. Le tableau I présente les données socio démographiques recueillies auprès de notre échantillon soit l'âge, le statut social, l'origine culturelle, l'emploi occupé, le nombre d'années de fréquentation scolaire, le revenu annuel et le lieu d'habitation. À préciser que l'ensemble des participants n'avaient pas d'enfants au moment de la collecte des données. Habitant au Québec lors de la recherche, ils sont tous trois issus de cultures différentes. De plus, les trois participants étaient soit étudiant ou travailleur dans le domaine de la santé. Ils ont tous vécu des expériences de violences homophobes dans les cinq années qui ont précédé

cette recherche. Ayant été recrutés dans une clinique de santé de troisième ligne destinée à répondre à des difficultés liées à leur orientation sexuelle et ayant une identité potentiellement fragile, l'homophobie a été particulièrement présente dans la vie de ces derniers. De ce fait, notre échantillon peut ne pas être représentatif de la population homosexuelle en général. Toutefois, il représente un groupe idéal afin d'explorer la problématique dont il était question dans le cadre de cette recherche et afin de dresser un portrait détaillé des personnes qui en sont affectées.

### Tableau I

Profil des participants

	Participant 1	Participant 2	Participant 3
Âge	26 ans	34 ans	33 ans
Statut social	Célibataire	Célibataire	Célibataire
Origine culturelle	Égyptienne	Canadienne française	Djiboutienne
Emploi occupé	Intervenant psychosocial	Étudiant en ergothérapie	Infirmier
Nombre d'années de fréquentation scolaire	21 ans	17 ans	17 ans
Revenu annuel	30 000 à 44 999\$	0 à 14 999\$	45000 à 59 999\$
Lieu d'habitation	Banlieue	Ville	Ville

Le **participant 1** a expérimenté de l'homophobie au travail, dans sa famille, à l'école, auprès de professionnels de la santé, dans des situations sociales et dans des lieux publics. Ayant fait sa sortie du placard depuis quelques années aux personnes de son entourage social et de sa famille, il a surmonté ses expériences d'homophobie sans trop de difficulté. Ayant un tempérament fonceur de même que des connaissances approfondies sur l'homosexualité et l'homophobie, il s'exprimait de façon claire et déterminée. Bien qu'il provienne d'origine culturelle égyptienne, il a grandi et a été élevé au Canada. Sa langue maternelle est le français et il est de religion catholique.

Le **participant 2** a vécu de l'homophobie dans un établissement d'enseignement, dans des lieux publics et de façon moins intense dans sa famille. Un environnement scolaire homophobe le forçant à refouler son homosexualité de façon constante l'a conduit à une dépression. Bien qu'il provienne d'un milieu familial lui ayant procuré du soutien lors de sa sortie du placard, il n'a tout de même pas échappé aux difficultés qu'engendre l'expérience d'homophobie. Au moment de l'entrevue, il se disait cependant plus sûr de lui qu'auparavant. Ce participant est de culture québécoise de souche, sa langue maternelle est le français et il est de religion catholique.

Le **participant 3** a expérimenté de l'homophobie au travail et dans sa famille. Il est d'origine africaine et n'a immigré au Canada qu'à l'âge adulte. D'ailleurs, l'expérience d'homophobie vécue de la part de sa famille s'est produite dans son pays d'origine lors d'un voyage de visite. D'origine religieuse islamique, il s'exprimait aisément en français bien que ce ne soit pas sa langue maternelle. Ayant fait lui aussi sa

sortie du placard à la plupart des gens de son entourage, il demeurait cependant encore hésitant à partager cette information à certaines personnes de son environnement. Il appartient de plus à une ethnie considérée comme étant une minorité visible.

### **Signification de l'expérience d'homophobie**

L'analyse phénoménologique effectuée a fait émerger cinq thèmes principaux découlant de trente-cinq sous-thèmes. Ces thèmes sont :

- 1- les violences,
- 2- les stratégies internes de protection,
- 3- les stratégies externes de protection,
- 4- les facteurs aggravant l'expérience de violence homophobe,
- 5- les souffrances.

C'est à partir de ces thèmes que l'essence du phénomène a émergé. Nous avons d'abord demandé aux participants de nous raconter une ou des expériences lors desquelles ils avaient expérimenté de l'homophobie. Par un détail minutieux de ces expériences et en explorant le vécu des participants, il nous a été possible d'obtenir de l'information nous permettant d'atteindre notre but de recherche et de répondre à la question de recherche. Le tableau II présente de façon synthétisée le processus d'analyse vers la découverte de l'essence.

## Tableau II

### Synthèse de l'analyse

Sous-thèmes	Thèmes	Essence
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violence verbale (insultes, chantage, menaces); violence sociale (exclusion, marginalisation); violence psychologique (intimidation, harcèlement, humiliation); violence physique (coups, assaults)</li> <li>- Connaissances sur l'homosexualité; normalisation de l'homosexualité; banalisation de l'homophobie; contrôle de la peur; masque; évitement de certaines personnes; acceptation de soi; connaissance de soi; affirmation de soi; engagement social; voir l'avenir positivement;</li> <li>- Soutien familial; contacts positifs avec les professionnels de la santé et soins adaptés; acceptation de l'homosexualité par l'entourage; reconnaissance de l'expérience de la violence homophobe</li> <li>- Haine de soi; auto punition; dévalorisation de soi; difficulté d'acceptation de soi; peur; éducation religieuse défavorable; conflits de valeurs; imprévisibilité des personnes de la société; préjugés; homophobie d'intérêt; non-sensibilisation de professionnels de la santé</li> <li>- Déception; colère; sentiment d'être déprimé; angoisse; méfiance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violences</li> <li>- Stratégies internes de protection</li> <li>- Stratégies externes de protection</li> <li>- Facteurs aggravant l'expérience de violence homophobe</li> <li>- Souffrances</li> </ul>	<p>La signification de l'expérience de la violence homophobe chez des hommes homosexuels est : Une situation de violences polymorphes qui mobilise, chez l'homme homosexuel, des stratégies de protection internes et externes dont les buts sont d'amoinrir l'influence des facteurs qui contribuent à ces violences et, par le fait même, de diminuer la souffrance vécue.</p>

### Violences

Le premier thème, celui des violences, fait état de la manière dont est vécue l'homophobie. Celle-ci se manifeste donc sous plusieurs formes qui traduisent l'hostilité dirigée contre les homosexuels et la brutalité dont elle est porteuse. Bien que certaines formes soient plus apparentes que d'autres, elles sont toutes indicatrices de haine et de

maltraitance à l'égard de l'homosexualité. Les violences font aussi référence au contexte dans lequel ces violences se sont produites. Dans le cadre de notre recherche, elles ont été vécues dans des lieux publics, à l'école, dans la famille, dans l'environnement social, au travail ou ont été initiées par des professionnels de la santé. Les extraits suivants témoignent de la violence verbale vécue par les participants, laquelle prend forme d'insultes, de chantage et de menaces. Cette violence a été rapportée comme étant celle la plus souvent vécue par les participants, ce qui corrobore les résultats de Mason (2002).

« Ou, on m'a dit : « si tu le mentionnes, on ne pourra plus te supporter pis on va devoir » euh...en tout cas ils [bégaiements], je pourrais plus être supporté de manière financière ou de manière, de manière morale. » (Participant 1, p. 4)

« ...un moment donné ils ont manifesté un dégoût absolument total là. Y en a un même que je pense qui, si je me souviens bien, qui s'est mis un doigt dans bouche en disant : « eurk, ça me fait vomir ». Il l'a manifesté très clairement que on était la cible de, de toutes ces railleries-là pis ces moqueries-là. » (Participant 2, p. 12)

« Donc, souvent, c'que j'ai entendu c'était des menaces, mais faites générales... » (Participant 1, p. 23)

La violence sociale est beaucoup plus subtile et moins éclatante que la violence verbale. Vécue sous forme d'exclusion ou de marginalisation, elle signifie que la différence est mal tolérée de la part de l'entourage et que ce qui est hors norme est tout simplement non accepté. Nos participants ont tous vécu ce rejet à un moment ou l'autre de leur vie. L'aveu suivant est particulièrement éloquent à ce sujet, où l'un des participants a été mis à l'écart de la part de membres de sa communauté religieuse, cette décision étant empreinte d'homophobie.

« Y a une petite communauté musulmane que j'ai été mis dehors de la mosquée, que j'étais pas permis parce que les hommes se tiennent ensemble, les femmes se tiennent ensemble. Donc, après plusieurs questions pour savoir si j'étais marié, évidemment non non, donc, ils ont eu le doute [...] Un moment donné oui, je n'ai plus eu accès à la mosquée parce que les membres de la congrégation disaient qu'ils ne se sentaient pas à l'aise qu'un homme, certain âge, pas marié de venir. » (Participant 3, p. 19)

L'intimidation, le harcèlement et l'humiliation représentent la violence psychologique vécue par les participants. Cette forme de violence se caractérise par son allure soutenue et répétée. Elle déstabilise la personne vers laquelle elle est dirigée, ce qui rend cette dernière encore plus vulnérable à d'autres expériences d'homophobie subséquentes. Elle porte atteinte à la personne de façon pernicieuse, car elle s'attaque directement à la personnalité de sa cible.

« Parce qu'on me gardait toujours à l'intérieur 24 heures sur 24, même en allant aux toilettes faire mes activités journalières, mes douches tout ça, y avait toujours un espèce de contact, qu'on me voyait là-dessus, qu'on me regardait. [...] Je recevais de la visite des gens qui me disaient que... Pour me faire changer d'idée, pour me faire dire que Dieu a créé l'homme à être avec une autre femme, à procréer. C'est un espèce pour moi, aujourd'hui, je dirais un espèce de lavage de cerveau, un espèce de, de, une, de me reconverter dans un autre contexte hétérosexuel. » (Participant 3, p. 6)

Ce participant nous rapporte comment il a été humilié dans un autobus du transport public, après n'avoir échangé que des regards avec la personne l'ayant insulté, sans même avoir bougé du banc où il était assis.

« ... il s'est levé en plein autobus pis il s'est mis à crier : « ostie de gay, de fucké, christ de con. [...] Pis c'est, c'est humiliant au

plus haut point. C'est sûr que j'ai regardé ailleurs pis j'essayais de faire semblant que c'est à moi qu'il parlait pas, mais c'est quand même une situation qui est très humiliante. » (Participant 2, p. 14)

Enfin, les violences ont été vécues de façon physique. Bien qu'elle ait été rapportée le moins souvent par les personnes de notre échantillon, la violence homophobe vécue physiquement est parfois flagrante. Elle se manifeste par des coups et des assaults de la part des assaillants, ce qui est illustré dans les citations suivantes.

« Y a eu des facteurs culturels qui étaient influencés sur la situation, mais quand même j'ai eu euh beaucoup de (soupir et silence) euh regards durs envers ma famille parce que je me suis toujours dit que la famille c'est un amour inconditionnel, mais c'est pas le cas. J'ai eu des frappures physiques. » (Participant 3, p. 4)

« Pis, c'était euh une jambette de la gang de gars tough de l'école. Ça s'limitait à peut-être quatre, cinq gars qui étaient vraiment tough euh pis que pour eux-autres « tapette » c'tait vraiment mauvais. » (Participant 1, p. 3)

### *Stratégies internes de protection*

Le deuxième thème, les stratégies internes de protection, fait référence aux moyens que les participants ont mis en œuvre et développé pour se protéger de l'homophobie les entourant. En effet, ces personnes ayant expérimenté de la violence homophobe ont déployé des mécanismes leur permettant de survivre malgré les épreuves de leur vie. Faire face à l'homophobie signifie donc mettre en branle ces stratégies. Les stratégies internes de protection font état du caractère adaptatif de la personne, afin de s'ajuster avec le stress de l'environnement. Certaines de ces stratégies sont acquises de

par l'éducation et le contexte social dans lesquels les personnes ont vécu. L'expérience de violence homophobe peut toutefois pousser la personne à développer d'elle-même ces nouveaux mécanismes de défense pour s'armer devant de nouvelles situations de stress auxquelles elle n'avait pas été confrontée auparavant.

Les connaissances sur l'homosexualité, la normalisation de l'homosexualité et la banalisation de l'homophobie comptent parmi ces stratégies de protection internes afin de surmonter l'expérience d'homophobie. Les connaissances sur l'homosexualité permettent de mettre en perspective l'expérience d'homophobie vécue et de lui donner une signification différente et moins troublante. Par exemple, un des participants percevait notamment les réactions homophobes des personnes de son entourage comme venant de personnes ayant eu une éducation différente de la sienne et peu ouvertes à l'homosexualité.

« Je dirais plutôt c'est la peur. C'est la peur de l'inconnu, c'est la peur de ne pas donner la chance à l'autre personne. Euh, l'ignorance totale. [...] L'ignorance totale. Même que les gens sont éduqués au point de vue académique, ça a aucun rapport. C'est de l'ignorance, y a pas d'ouverture d'esprit. » (Participant 3, p. 17)

Le récit qui suit démontre comment un des participants normalise et banalise les comportements hétérosexistes et homophobes dirigés à son égard.

« Mais en tout cas, moi comment j'ai réagi, mes mécanismes de défense ou mécanismes de réponse, c'est toujours de normaliser l'affaire pis de pas donner de renforcement aux comportements homophobes ou pensées hétérosexistes qui étaient dirigés vers moi. Dès que tu donnais, que tu donnes un renforcement, selon moi, tu donnes, moi ça vient de mon idée que plus que si tu

donnes de l'attention, tu donnes du pouvoir, tu donnes de la force à ce qui est donné, sinon tu le banalises. Pis moi j'ai vraiment banalisé tout ce qui était hétérosexiste pis homophobe à mon égard. » (Participant 1, p. 7)

Le fait de contrôler sa peur et de se cacher derrière un masque décrit à nouveau le vécu de nos participants devant le phénomène de l'homophobie. Malgré une peur les habitant parfois, ils font généralement semblant qu'il n'en est rien, ce qui les aide du même coup à limiter l'homophobie qu'ils expérimentent puisque les personnes homophobes perdent l'intérêt de continuer leurs assauts devant une personne qui ne réagit pas à leurs comportements d'agression. Le témoignage suivant expose ces deux stratégies de protection internes.

« Quand j'étais au secondaire pis que bon, j'avais peur de me faire donner des jambettes [...] Euh, j'évitais pas de, le corridor où est-ce qui se t'naient. Euh, j'ai pas...J'ai jamais fait, montré que j'avais peur. C'est...Y a eu des moments que, [...] j'avais vraiment peur-là, j'tais tout p'tit, y étaient plus que moi pis y étaient plus grands que moi, mais j'ai jamais donné l'impression que...J'les ai jamais laissés gagner, du moins devant les autres. [...] Pis à un moment donné, ça débarque. » (Participant 1, p. 5)

Les participants ont également rapporté que, pour se protéger, ils évitent les contacts avec certaines personnes ayant fait preuve d'homophobie envers eux. C'est ce que nous raconte ce participant après avoir expérimenté une agression verbale en public.

« Pis les matins qui ont suivi, [...] je me suis arrangé pour m'asseoir dans un autre coin de l'autobus, le plus loin possible de lui. Pis d'essayer de l'éviter parce que j'avais peur que ça puisse se reproduire pis que j'aie à refaire face à c'te scène-là une couple de matins là. Ça fait que je m'arrangeais pour être loin pis de pas m'occuper de lui pour deux cents là. » (Participant 2, p. 15)

En faisant référence à une autre situation d'agression verbale en public, alors qu'il était en compagnie de son copain, ce même participant rapporte comment son acceptation de lui-même fait en sorte que certaines expériences d'homophobie n'affecteront pas la manière dont il agit.

« Ben, comme j'ai dit euh chus très à l'aise maintenant avec qui je suis, ça fait que j'ai continué tout simplement à... On n'a pas, on n'a pas modifié notre façon de faire... » (Participant 2, p. 12)

Le fait de connaître ses qualités et sa valeur en tant que personne aide à mettre les situations de la vie en perspective et à amoindrir l'impact destructeur que l'expérience d'homophobie peut apporter. De plus, l'affirmation de soi, témoignant d'une certaine confiance en soi, apporte son lot de protection également.

« Je me suis toujours dit que, j'ai toujours agréé là-dessus que c'est une perte de leur partie. C'est eux qui sont les perdants. Je suis une personne qui a beaucoup de qualités, une personne qui a beaucoup d'ouverture d'esprit, so what ? Je tourne la page. » (Participant 3, p. 26)

« Pis sinon, l'autre réaction que ça va chez moi, c'est juste que : « plus vous allez essayer de me brimer [...] plus je vas m'affirmer ». » (Participant 2, p. 34)

Deux des participants se sont engagés socialement dans des activités visant la démystification de l'homosexualité et la sensibilisation de la société face à l'homophobie. En créant un réseau social de soutien, et en réaction à des expériences d'homophobie passées, cette stratégie les a protégés par ses retombées positives sur leur entourage. À

noter que cet engagement aurait pu aussi leur causer des torts en attirant des extrémistes intolérants envers l'homosexualité et du même coup accentuer l'homophobie vécue. Toutefois, l'extrait suivant démontre que cela n'a pas été le cas.

« Au point tel que, c'que moi mes petites positions du départ que j'avais pis mes théories que j'avais...y a du monde que, qui ont voulu tellement l'acheter qui, que j'ai fini par euh...par professionnement, j'veux dire dans mon c.v., ça figure toutes ces présentations, toutes ces conférences. Euh, ça m'a amené que...Bon, j'ai, j'ai, j'ai obtenu des jobs dans le...avec la clientèle homosexuelle. » (Participant 1, p. 34)

Finalement, le fait de se centrer sur l'avenir et de vouloir progresser vers autre chose que les expériences passées négatives favorise une protection, découlant de mécanismes internes chez la personne. C'est ce que nous a raconté ce participant qui a manifesté ses intentions d'investir ses énergies sur l'avenir.

«Quand même, c'est mon bagage, faut que je sois croissant là-dessus, mais je passe pas beaucoup de temps. Je regarde vers l'avenir. [...] J'ai du ressentiment là-dessus, mais faudra que j'avance pour pas perdre de temps là-dessus. C'est une partie de moi, de mon bagage. Va quand même falloir que je sois très vigilant, que j'avance. Je veux pas rester là-dessus. » (Participant 3, p. 21)

### *Stratégies externes de protection*

L'expérience d'homophobie mobilise également des stratégies de protection qui sont extérieures à la personne, mais étroitement reliées à cette dernière. En effet, la personne n'ayant pas de contrôle direct sur ces stratégies, elle en bénéficiera toutefois lorsqu'elles sont mobilisées. Le soutien familial, bien qu'il n'ait pas été présent de la part

de l'ensemble des membres des familles des participants, est un élément facilitateur de l'expérience d'homophobie. Nos trois participants ont rapporté avoir vécu de l'homophobie de la part de certains des membres de leur famille. Cette homophobie ne s'est toutefois pas manifestée avec la même intensité d'un participant à l'autre. Le soutien familial s'est ainsi démarqué comme étant significatif lors d'expérience d'homophobie et comme stratégie facilitatrice de l'expérience.

« Il dit : « c'est quelque chose de naturel » Ça fait que y a pas de problème là, il dit : « tu restes mon fils pis j't'aime ». Puis euh, y a seulement exprimé une certaine inquiétude face à la transmission des MTS... » (Participant 2, p. 17)

Des contacts positifs avec les professionnels de la santé et des soins adaptés aux homosexuels ont eu une signification particulière pour nos participants qui ont tous rapporté que de tels contacts avaient eu des bienfaits dans la résolution de problèmes reliés à des expériences d'homophobie. En parlant de l'aide obtenue d'un travailleur de la santé, ce participant fait ressortir comment celle-ci a été bénéfique pour lui.

« Puis euh le fait tranquillement d'aborder ces questions-là, de les démystifier, d'avoir quelqu'un qui est présent qui est capable d'écouter, ben le niveau d'angoisse s'est mis à baisser là automatiquement. » (Participant 2, p. 31)

L'environnement dans lequel évolue l'homosexuel ayant fait l'expérience d'homophobie et les contacts qu'il entretient avec les différentes personnes qui l'entourent auront une influence sur son existence, ce qui fait de ces éléments des parties intégrantes du vécu. Ainsi, un climat empreint d'acceptation envers l'homosexualité se

traduira par un sentiment d'être soutenu chez la personne qui a vécu de la violence homophobe et ménagera cette dernière de souffrances potentielles. Le passage suivant rapporte l'expérience d'acceptation de l'homosexualité par un membre influent de l'entourage du participant auquel il fait référence.

« ...mon boss travaillait avant pour un organisme VIH/sida où est-ce que tout son staff était gay pis que y a fait : « enfin, y a un qui l'a dit ici », pis c'est, y a fait...Y a jamais fait une annonce officielle, mais y a parlé que...Y en a un, y a toujours un gay que'que part, y en a au moins un sur dix, il disait tout le temps, pis y m'a pas backé mais y a...On a vu dans les semaines qui suivent les politiques de non harcèlement, les politiques de harcèlement psychologique, harcèlement sexuel être plus évidentes, qui ont été republiées... » (Participant 1, p. 17)

La signification donnée à l'expérience d'homophobie est au cœur de cette recherche. Or, il s'est avéré important pour les participants de constater que cette expérience soit reconnue par les personnes de l'entourage, et ce, particulièrement lors de consultation de professionnels de la santé à la suite d'une telle expérience. Cette caractéristique de l'expérience était présente chez nos trois participants. Le fait d'avoir reçu des soins dans un environnement ouvert et spécialisé, entre autres, pour des problèmes reliés à l'homophobie peut avoir contribué positivement à faire ressortir cet élément essentiel de l'expérience. Ce participant nous raconte l'importance pour lui de se voir reconnaître son expérience d'homophobie.

« Donc, c'est vraiment comment la personne va l'interpréter à l'intérieur pis le valider. Donc, en tout cas c'est vraiment important moi, en tout cas moi quand je regarde homophobie, violence verbale, violence psychologique, harcèlement pis tout ça,

c'est vraiment la partie à l'intérieur de la personne qui, qui est le plus important. » (Participant 1, p. 37)

### *Facteurs aggravant l'expérience de violence homophobe*

Nous avons abordé précédemment les éléments facilitant l'expérience d'homophobie des participants, soient les stratégies internes et les stratégies externes de protection. L'expérience de ces derniers se caractérise également par la présence de certains facteurs qui exacerbent cette dernière et la rendent plus difficile à surmonter. Plusieurs de ces facteurs aggravant sont directement reliés à l'homophobie intériorisée présente chez nos candidats. L'extrait suivant témoigne de la haine de soi vécue à la suite d'une expérience de propos homophobes répétés et soutenus envers l'un de ceux-ci. Ces propos homophobes, tenus par le personnel d'un établissement d'enseignement, ont amené ce participant à se détester et à amplifier ses sentiments négatifs à son propre égard.

« Mais ces messages-là me détruisaient dans l'sens que euh je devenais à me détester tellement parce que j'avais pas l'droit, j'avais pas l'droit de penser ce que...les pensées qui me venaient, j'avais pas l'droit d'éprouver les émotions que j'avais...»  
(Participant 2, p. 5)

La personne homosexuelle vivant de l'homophobie s'expose au risque de développer des comportements auto destructeurs à force de subir l'oppression de certaines personnes de l'entourage. En effet, la personne tend à reproduire les comportements auxquels elle assiste dans la société qui l'entoure. Que ces comportements soient favorables ou non à l'homosexualité, la personne homosexuelle aura tendance à adopter

ceux-ci. La personne peut même diriger ces comportements vers elle. Lorsqu'ils sont d'une part oppressants et d'autre part dirigés contre soi, ils sont considérés comme de l'auto destruction, telle l'auto punition. L'auto punition a été rapportée comme facteur aggravant l'expérience d'homophobie des participants. Elle se démarque dans l'extrait qui suit.

« Donc, tout ce qui est relation dysfonctionnelle, d'homme avec un homme marié, avec un homme inatteignable, un homme qui habite loin euh... [...] J'ai toujours eu ce genre de relations qu'on pourrait appeler toxiques. [...] Pis, euh, par ce fait même, j'ai l'impression des fois de m'auto punir. » (Participant 1, p. 11)

La dévalorisation de soi et la difficulté de s'accepter peuvent également intensifier les sentiments négatifs reliés à l'homophobie.

« Pis moi, comme je faisais face à une problématique, j'avais énormément de difficulté à m'accepter, je me détestais... » (Participant 2, p. 31)

« Pour moi être gay, c'est toujours pas aussi bon qu'être hétérosexuel. » (Participant 1, p. 11)

En expliquant pourquoi il est réticent à dévoiler à certaines personnes de son entourage son orientation sexuelle, ce participant témoigne de la peur qui l'immobilise. Ce facteur aggrave l'expérience d'homophobie, puisqu'en plus d'expérimenter de la violence homophobe, la peur de dévoiler son homosexualité à l'entourage isole encore plus la personne, la privant ainsi d'un réseau social de soutien potentiel.

« C'est, peut-être, je sais pas... Y a la peur de l'inconnu, du rejet, de l'abandon. Ou que, ça se peut que c'est...Je dois me taire. » (Participant 3, p. 33)

Outre les éléments reliés à l'homophobie intériorisée des participants, les contraintes de l'environnement caractérisent aussi leur expérience vécue. La culture religieuse dans laquelle les participants ont grandi occupe une place significative de leur expérience puisque les valeurs véhiculées par celle-ci entrent souvent en conflit avec le fait d'être homosexuel. Dans l'aveu qui suit, une éducation religieuse aggravant l'expérience d'homophobie caractérise le vécu.

« Euh, tout à coup, ça a commencé en me disant que tout d'abord j'étais influencé par le démon, que j'étais influencé par la société occidentale parce que l'homosexualité n'existe pas en Islam. »  
(Participant 3, p. 3)

En parlant de la réaction de certaines personnes de son entourage à l'annonce de son homosexualité, ce participant rapporte les conflits de valeurs qui caractérisent son expérience et qui contribuent à accroître la souffrance.

« La réaction, au départ, ça a été un p'tit peu plus compliqué parce ça venait, ça venait rencontrer des valeurs qui correspondaient pas là. » (Participant 2, p. 19)

Un sentiment d'insécurité peut surgir devant le fait de dévoiler ou non son homosexualité aux autres. En effet, c'est souvent au moment du dévoilement de l'homosexualité que les personnes homosexuelles expérimentent de la violence homophobe de la part de l'entourage. Ces dernières, ne sachant pas à quel genre de réaction elles doivent s'attendre, sont ainsi au prise avec une inquiétude envahissante et grandissante. Ce qui caractérise donc l'expérience des participants, c'est l'imprévisibilité des personnes de la société face à l'homosexualité. Ce participant raconte comment il

s'est senti par rapport au dévoilement de son homosexualité aux membres de sa communauté.

« Mais à l'intérieur de ma communauté, j'ai une espèce de barrière. Faut que je fasse très attention donc [...] parce que je sais pas comment vont réagir les gens. » (Participant 3, p. 30)

Les préjugés de l'entourage à l'égard de l'homosexualité constituent également un facteur aggravant de l'expérience d'homophobie puisque, encore une fois, ces préjugés peuvent être intégrés par la personne qui en est témoin. Dans le cas d'une personne homosexuelle ayant de la difficulté à s'accepter, ces mêmes préjugés peuvent être dirigés contre soi.

« Les gens réagissent par rapport à un paquet de croyances, de stéréotypes qui sont souvent très erronés pis que nous-mêmes j'pense que...Moi-même, en tout cas, en tant que gay j'ai eu à travailler parce que j'ai été nourri des même stéréotypes pis des mêmes croyances-là. Euh, fait que c'est un p'tit peu ça la réaction.» (Participant 2, p. 22)

Plusieurs personnes démontrent de l'ouverture face à l'homosexualité. Toutefois, une partie d'entre elles ne le font que pour bien paraître socialement. Devant une telle situation où l'acceptation cache des motifs plutôt obscurs, la personne homosexuelle aura l'impression qu'on se sert d'elle à des fins personnelles. C'est ce qui est communément appelé de l'homophobie d'intérêt de la part de l'environnement social. L'extrait suivant démontre bien comment cette réalité affecte le vécu de la personne.

« Ça peut, ça paraît flatteur au départ que quelqu'un est content de, de t'connaître, mais que de me connaître pour qu'est-ce que je vaux socialement parce que c'est cool de connaître un gay, c'est

cool de s'associer à ça, moi ça m'a...Ça m'a pas plus excité plus qui fallait même que j'aurais préféré pas l'savoir. [...] Ça m'a dérangé parce que je me sentais plus utilisé comme un objet ou une valeur sociale qui ajoutait à son prestige ou sa capacité de socialiser avec un autre groupe. » (Participant 1, p. 18)

Finalement, l'expérience d'homophobie est particulièrement exacerbée lorsque la personne homosexuelle s'en remet aux professionnels de la santé pour obtenir de l'aide et que ceux-ci démontrent à leur tour peu d'ouverture d'esprit à la réalité homosexuelle. Bien que nos participants aient rapporté que la grande majorité des soins reçus leur ont été aidants, la non-sensibilisation de professionnels de la santé s'est démarquée comme élément constituant une entrave à leur expérience. Ce participant nous raconte qu'il ne retournera plus consulter un professionnel de la santé, vers lequel il a été chercher des soins, après avoir constaté son manque d'ouverture.

« J'irais pas l'voir parce que je suis pas capable de comprendre que, pas de comprendre mais de, de me sentir en confiance avec lui. Euh, j pense une fois j'avais fait une allusion à un comportement homosexuel pis j'avais vu que ça avait tendu l'atmosphère. [...] c'tait pas juste qu'il l'évitait, c'tait question que y changeait les mots là t'sais. Quand je disais « homme », il disait « femme », t'sais juste pour euh que ça passe bien. » (Participant 1, p. 39)

### *Souffrances*

Les expériences d'homophobie rapportées par nos participants ont des conséquences sur eux. Bien qu'elles puissent être de nature physiques, les conséquences rapportées sont essentiellement de nature psychologiques. Ainsi, la déception, la colère, un sentiment d'être déprimé, de l'angoisse et de la méfiance sont des souffrances par

lesquelles les participants ont dû passer. Pour eux, expérimenter de l'homophobie signifiait devoir vivre avec ces souffrances parfois difficiles à surmonter. Le sous-thème des souffrances est très étroitement lié aux sous-thèmes des stratégies de protection internes et externes puisque, comme nous l'avons expliqué précédemment, ces stratégies sont mises en œuvre au contact des ces mêmes souffrances. Les trois extraits suivants démontrent respectivement la déception, l'angoisse et la méfiance engendrées par l'homophobie vécue.

« ...mais moi le savoir que sa mère fait ça euh bon ça, ça m'a dérangé. T'sais qu'elle pense que tous les gays sont séropositifs. » (Participant 1, p. 31)

« Ça me faisait déclencher des crises d'angoisse. C'est ça qui faisait déclencher mes crises d'angoisse. On m'a tellement répété que c'tait pas correct, que c'tait pas bien, que c'tait pas...spécialement dans le milieu, les milieux où j'ai trempé là, les trois que j'ai énumérés. » (Participant 2, p. 6)

« Pour moi, ça me signifie pour (silence) que je ne donnerais plus le...J'ai de la difficulté à donner de la confiance. Je serai toujours sur mes gardes. » (Participant 3, p. 15)

Le sentiment d'être déprimé et la colère sont représentés dans les citations qui suivent.

« Les professionnels que j'ai consultés, c'est les professionnels de la santé mentale parce qu'un moment donné j'étais très déprimé, j'étais très...J'avais beaucoup de difficulté à m'en sortir surtout l'aspect familial, l'aspect qui était un noyau de mes valeurs. Donc, quand j'avais perdu ça, je me suis dit : « ouf ». Je me voyais être seul pour le restant de ma vie. » (Participant 3. p. 22)

« Euh, c'est sûr que des fois, ça peut aller chercher un p'tit peu de colère parce que tu t'fais insulter, tu t'fais dénigrer, tu te fais mettre sur un étage plus bas pis c'est pas l'fun. » (Participant 1, p. 28)

### **Essence du phénomène**

En opérant le processus d'analyse phénoménologique et en effectuant simultanément une analyse transversale des entrevues, c'est-à-dire en ayant regroupé les sous-thèmes des entrevues afin de construire des thèmes s'appliquant à tous les participants, nous avons identifié ce que signifie l'expérience d'homophobie pour ces derniers. Ainsi, la signification de l'expérience de la violence homophobe chez des hommes homosexuels est **une situation de violences polymorphes qui mobilise, chez l'homme homosexuel, des stratégies de protection internes et externes dont les buts sont d'amoinrir l'influence des facteurs qui contribuent à ces violences et, par le fait même, de diminuer la souffrance vécue.**

Chapitre 5

Discussion

Dans le présent chapitre, nous présenterons d'abord la discussion de notre recherche. Pour ce faire, nous exposerons un parallèle entre nos résultats et les résultats des écrits scientifiques présentés au deuxième chapitre et ceux de certains autres auteurs ayant publié plus récemment. Par la suite, nous présenterons les recommandations pour les sciences infirmières quant aux domaines de la recherche, de la pratique et de la formation. Enfin, les limites de notre étude seront intégrées tout au long de la discussion.

### **Discussion**

Nous avons identifié, à l'aide des entrevues recueillies, que la violence homophobe se présentait sous plusieurs formes. En effet, nos participants ont rapporté avoir expérimenté de l'homophobie sous formes de violence verbale, physique et psychologique. Bien que le caractère polymorphe de cette violence vécue chez les participants corrobore les écrits de Borillo (2001, 2005) et de Mason (2002), ces derniers n'ont toutefois pas rapporté avoir vécu de violence homophobe à caractère sexuel. En effet, Mason (2002) rapporte que cette forme de violence touche plus particulièrement les femmes homosexuelles. Donc, le fait que les participants n'aient pas vécu ce type de violence peut en partie être expliqué par les caractéristiques de ceux-ci, c'est-à-dire qu'ils étaient tous des hommes homosexuels.

Les données statistiques de Spencer (1999) sont cohérentes avec nos résultats de recherche quant à la violence homophobe vécue sous forme verbale. En effet, ce dernier révèle que l'homophobie est le plus souvent vécue de façon verbale chez les personnes

homosexuelles. C'est ce qu'un des participants résume lorsqu'il affirme : « Euh, violence verbale, je pense que c'est, c'est ce qui caractérise dans toutes mes expériences homophobes que j'ai vécues dans les dernières années, c'est peut-être plus qu'est-ce qui décrirait euh « violence » pour moi. » (Participant 1, p. 1). La fréquence répétée d'homophobie verbale vécue chez les participants reflète ainsi ce qui est rapporté dans les écrits scientifiques.

Nous avons identifié la violence sociale comme élément essentiel de l'expérience d'homophobie des participants, ce qui constitue une caractéristique unique quant aux résultats de cette recherche. Effectivement, les écrits que nous avons consultés n'énoncent pas la violence sociale à proprement parler. Mais il est toutefois démontré dans les écrits consultés que la violence est perpétrée par l'environnement de la personne homosexuelle qui en est la victime (Goffman, 2001). Ainsi, il y a tout de même un rapprochement entre nos résultats et les données scientifiques traitant du phénomène de la violence quant au sous-thème de la violence sociale.

Quant à la violence physique, elle a été perpétrée par des personnes étant toutes connues des victimes, ce qui diffère en partie des résultats de Mason (2002). Aussi, elle a été vécue par deux des trois participants, une fréquence plus élevée que ce que Mason (2002) rapporte. Notons que le pourcentage élevé d'homophobie vécue de façon physique chez les participants peut être expliqué par le fait que l'échantillon du phénomène à l'étude était restreint. L'objectif d'explorer cet aspect de l'homophobie n'était toutefois pas d'obtenir des résultats pouvant être transférables à la population homosexuelle en

général, mais de décrire le phénomène en question. En ce sens, la violence homophobe physique explorée auprès des participants a été vécue sous forme de jambette, de coups et de séquestration, ce qui rejoint les écrits de Janoff (2007) en ce qui a trait à la nature de celle-ci.

Les thèmes de stratégies de protection internes et externes rejoignent ce que Dorais (2000) appelle les « facteurs de protection ». En effet, dans son étude sur le suicide chez les garçons, cet auteur énumère ces éléments qui protègent la personne contre des agressions à caractère homophobe. Il ne fait toutefois pas la distinction entre les stratégies qui sont inhérentes et celles qui sont externes à la personne ayant fait l'expérience d'homophobie à la manière dont nous l'avons fait dans la présente recherche. En effet, nous faisons clairement la distinction, dans nos résultats de recherche, entre ces deux facettes des stratégies de protection. Il est malgré tout permis de croire que des facteurs de protection « internes » aient été en partie identifiés par ce même auteur lorsqu'il nous présente les quatre types de patterns différents qu'adoptent les homosexuels face à l'homophobie, afin de se protéger. Ces quatre patterns sont le *garçon parfait*, le *fif de service*, le *caméléon* et le *rebelle* (Dorais, 2000).

En ce qui a trait aux facteurs aggravant l'expérience de violence homophobe, nous avons relevé l'éducation religieuse comme élément accablant le vécu. Tel que l'a mentionné Borillo (2001), c'est avec l'essor de la tradition judéo-chrétienne que la répression de l'homosexualité a débuté. Tin (2003) rapporte aussi des mesures répressives contre les homosexuels de la part de l'islam. Comme le rapporte Manji (2006), le

christianisme et l'islam (religions d'appartenance des participants) proviennent tous deux de la tradition judéo-chrétienne et l'oppression vécue chez nos participants peut être à l'origine la même. Cette auteure décrit minutieusement les raisons qui poussent notamment l'islam à rejeter l'homosexualité en comparant celle-ci à une influence occidentale, ce qui a été relaté par un des participants qui a fait personnellement l'expérience d'oppression homophobe sur la base de croyances religieuses. Les participants ont rapporté que la religion d'appartenance a intensifié négativement leur expérience et que l'homophobie vécue provenait notamment des membres de leur religion respective chez lesquels les valeurs étaient heurtées par l'homosexualité d'un de leur proche.

Eliason (1996) a identifié la peur de la personne homosexuelle et les préjugés de son entourage comme éléments apportant également une entrave à la pleine expression de son homosexualité, ce que nous avons découvert lors de cette étude. Nous n'avons identifié que onze facteurs aggravant l'expérience de violence homophobe chez les participants, mais ceux-ci sont beaucoup plus nombreux dans les écrits sur le sujet (Bagley & D'Augelli, 2000 ; Dorais, 2000 ; Janoff, 2007 ; Tin, 2003). L'échantillon restreint que nous avons recueilli, étant composé seulement de trois participants, nous incite à extrapoler et à croire que si celui-ci eut été plus grand, ces mêmes facteurs aggravants auraient été plus diversifiés, plus nombreux et, par le fait même, plus représentatifs de la population homosexuelle en général.

L'homophobie a été associée à un risque de suicide élevé chez les personnes en ayant fait l'expérience (Dorais, 2000). Le fait que nous n'ayons pas identifié ceci dans le récit des participants est sans nul doute expliqué en raison de la nature de l'étude qui consistait à explorer le vécu auprès des personnes mêmes ayant fait face à cette réalité. Nous n'avons pas non plus identifié des tentatives de suicide comme élément constitutif de l'expérience de violence homophobe. Notre guide d'entrevue n'était pas orienté spécifiquement en ce sens, mais avait pour but d'explorer de façon générale le vécu des participants. Cependant, les sous-thèmes de haine de soi, d'auto punition, de dévalorisation de soi et de difficulté d'acceptation de soi soutiennent les écrits scientifiques rescencés en lien avec le suicide puisque ces éléments sont le reflet d'une estime de soi diminuée et causée par la violence homophobe (Dorais, 2000). Cette faible estime de soi peut éventuellement conduire au suicide la personne victime d'homophobie, si celle-ci ne reçoit pas l'aide nécessaire (National Center for Victims of Crime, 2004). Tous les participants ont expérimenté, à un degré de sévérité propre à chacun, des difficultés affectant leur bien-être mental.

Nos résultats sur les souffrances reflètent les données du National Center for Victims of Crime (2004) qui rapporte celles que nous avons identifiées comme sous-thèmes (la déception, la colère, le sentiment d'être déprimé, l'angoisse et la méfiance) comme des conséquences possibles chez la personne victime de violence. Le même état de fait est rapporté par Janoff (2007) dans son essai sur la violence homophobe au Canada quant aux séquelles que laisse la violence homophobe chez ses victimes. Il importe de

mettre tout de même en perspective ces résultats reliés aux souffrances vécues puisque notre recrutement s'est effectué dans une clinique de soins de santé mentale et que les souffrances rapportées peuvent avoir été représentées à l'excès comparativement à un autre groupe de participants qui auraient été recrutés dans un milieu différent de celui-ci.

L'homophobie intériorisée, rapportée que par un seul des participants, ne s'est pas démarquée suffisamment pour en faire un thème à part entière, ni même un sous-thème de nos résultats. Nous croyons par contre qu'elle constitue un élément majeur et significatif dans l'expérience d'homophobie chez la population homosexuelle en général. Générée par l'oppression sociale de l'entourage, rare sont les personnes homosexuelles qui, quel qu'en soit le degré, ne sont pas affectées par cette honte intérieure (Chauvin, 2003). « Aussi bien avant le *coming out* que longtemps après, la vie homosexuelle est, de manière presque structurelle, alimentée par ce sentiment permanent et cruel qui accompagne la découverte ou la tentative d'acceptation de soi et la conscience croissante de faire partie d'une classe d'individus « inappropriés » dont la société ne veut pas, ce qu'elle fait savoir quotidiennement » (Chauvin, 2003, p. 222). En effet, l'homophobie intériorisée affecte jusqu'à un certain point toutes les personnes homosexuelles (Signorile, 1995). Si cet élément n'est pas clairement ressorti dans le récit des participants, cela peut être expliqué par le fait que cette forme d'homophobie touche les homosexuels souvent de façon inconsciente (Chauvin, 2003). Nous croyons toutefois que les sous-thèmes de haine de soi, d'auto punition, de dévalorisation de soi et de difficulté d'acceptation de soi sont des manifestations directes de l'homophobie intériorisée.

Enfin, nous croyons aussi que le contrôle social constitue un élément important de l'expérience d'homophobie. Qu'il provienne du droit, de la religion ou de l'éducation, la persécution des homosexuels, en bout de ligne, a comme but de réguler et contrôler une différence trop souvent mal acceptée (Pelland, 2005). Cette auteure nous cite d'ailleurs Freud : « Normal signifie en général simplement moyen, ou proche de la moyenne. Le jugement qui nous fait trouver pathologique un trait de caractère ou un acte est souvent déterminé par une seule norme : à savoir s'il est, ou non, nuisible à l'individu ou à la communauté dont il fait partie. » (Pelland, 2005, p. 75). Découlant d'une institution humaine de la norme, basée sur des raisons subjectives et arbitraires, c'est dans cette perspective que nous croyons que le contrôle social est un élément essentiel de l'expérience d'homophobie, puisque l'homosexualité est encore hautement sujette à ce contrôle provenant de l'entourage social. L'immobilisme d'un grand nombre d'acteurs sociaux devant cette répression homosexuelle constitue également, mais de façon plus subtile, un stratège de contrôle qui caractérise le quotidien des personnes ayant expérimenté de l'homophobie. Les sous-thèmes de conflits de valeurs, de préjugés et d'imprévisibilité des personnes de la société sont des éléments qui, nous croyons, reflètent la logique du contrôle social.

Ainsi, la société positionne l'hétérosexualité comme mode de vie idéal à suivre et par le fait même, l'homosexualité se retrouve en marge de ce qui est généralement acceptable puisqu'elle s'écarte de la norme. « Enfermé dans le rôle du marginal ou de

l'excentrique, l'homosexuel est désigné par la norme sociale comme bizarre, étrange ou fantasque » (Borillo, 2001, p. 3).

C'est ainsi que les homosexuels, en ne respectant pas la norme d'une société hétérosexiste/hétérocentrique, vivent une sexualité dite périphérique, sujette à une pathologisation et à des technologies correctives, confirmant ainsi son caractère déviant (Foucault, 2002). Les traitements d'aversion, tels que les électrochocs et les injections d'apomorphine (un émétique puissant), regagnent même en popularité, traitements ayant eu cours pendant les années 1950 et 1960 aux États-Unis pour « guérir » l'homosexualité (Munro, 2001). Les normes sociales ne sont en fait que des constructions arbitraires prises pour naturelles et capables d'induire des stéréotypes et des préjugés (Mannoni, 1998). C'est ainsi que l'homophobie fait sournoisement son apparition. Cette homophobie, encouragée par les classes dirigeantes, permettra de mieux contrôler la société et d'exercer plus facilement le pouvoir sur une classe de personnes exclues. Selon Borillo (2001), elle est une manifestation arbitraire qui consiste à désigner l'autre comme contraire, inférieur ou anormal. Cette attitude risque même d'atteindre les professionnels de la santé qui sont eux aussi influencés par les normes sociales, d'où la non-sensibilisation des professionnels de la santé qui a été identifiée comme sous-thème dans l'expérience des participants.

Le sujet homosexuel a été ainsi créé à l'aide des discours clinique et religieux, qui le caractérisent notamment par une psychologie particulière, des sentiments et une enfance différents des « normaux » (Borillo, 2005 ; Éribon, 1999). « Dans la construction

du personnage de l'homosexuel, comme dans celles du Juif, de l'exotique, du colonisé, du « différent » qui menace le normal, la même logique est à l'œuvre : celle d'un pouvoir, d'une règle, d'une norme » (Borillo, 2005, p. 58). En lui attribuant des caractéristiques pathologiques, divers discours normalisateurs ont pour effet de faire croire à la personne homosexuelle qu'elle est « anormale ». En bout de ligne, le groupe dominant veut s'assurer que les déviants (les homosexuels dans ce cas-ci) se plient à la norme sociale établie. C'est pourquoi on divise en normal et en pathologique toute manifestation de l'être humain pour que chacun des membres de la société puisse se situer par rapport aux normes sociales (Canguilhem, 1999). Après avoir identifié la position qu'il occupe en vertu de ces normes sociales, l'individu voulant échapper à la douloureuse expérience du stigmatisme adoptera, à court ou à long terme, une attitude « normale ». Elle le fera au bénéfice de la masse, laquelle recherche un tissu social le plus homogène possible et donc plus facilement contrôlable.

### **Recommandations**

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons exploré la signification de l'expérience de violence homophobe chez des hommes homosexuels. Afin d'approfondir cette signification et de dresser un portrait de plus en plus détaillé de celle-ci, nous pourrions étendre notre recherche à une population homosexuelle dont le recrutement se ferait directement dans la société. De cette façon, nous pourrions recueillir un échantillon composé d'hommes homosexuels dont l'homosexualité n'a pas nécessairement entraîné

de difficultés majeures en regard de la santé mentale. Ce type de recherche, en étudiant l'expérience vécue d'homophobie, pourrait notamment détailler encore plus profondément comment cette population se protège ou se mobilise devant un tel phénomène, afin de transférer ces résultats éventuels à une population similaire et provenant d'un contexte semblable.

Puisqu'il y a peu d'écrits scientifiques en sciences infirmières consacrés à cette problématique, la poursuite de la recherche sur ce phénomène est de mise. En effet, la recherche quant au phénomène d'homophobie a surtout été réalisée dans d'autres domaines disciplinaires, telle la sociologie, la psychologie et la criminologie. Afin de développer les connaissances en sciences infirmières et de découvrir des aspects encore inconnus de l'homophobie, nous recommandons que ces travaux de recherche se poursuivent au sein même de la profession. Par exemple, des études quasi-expérimentales sur différentes approches pourraient nous permettre d'identifier quelles stratégies d'interventions sont les plus efficaces pour cette clientèle. Ainsi, c'est par la recherche que la pratique infirmière se développe de mêmes que les nouvelles connaissances.

Au niveau clinique, nous prônons certaines méthodes de soins identifiées dans le récit de nos participants. Entre autres, une approche de la part des professionnels de la santé témoignant d'ouverture face à la réalité homosexuelle a démontré un effet bénéfique chez les participants de notre étude. Ainsi, afin de prodiguer des soins de qualité et qui répondent aux besoins des homosexuels, les infirmières devraient adopter une attitude accueillante et empreinte d'empathie, face à la population homosexuelle ayant

expérimenté de l'homophobie. Bakker & Cavender (2003) appellent cette sensibilisation la compétence culturelle. En développant leur compétence culturelle par rapport à l'homosexualité, les infirmières seraient davantage en mesure de comprendre cette réalité et d'intervenir adéquatement auprès de la clientèle homosexuelle.

Dans le même ordre d'idées, la prévention occupe une place primordiale dans le champ de pratique infirmière. Qu'elle soit de premier, de deuxième ou de troisième niveau, la prévention pourrait se traduire par des infirmières enseignant notamment à la clientèle homosexuelle, ayant expérimenté de l'homophobie, des techniques permettant de développer des stratégies de protection internes chez cette dernière ou encore de minimiser les souffrances vécues. Bakker & Cavender (2003) font d'ailleurs la même recommandation de développer la compétence culturelle des infirmières en regard de la population homosexuelle.

Finalement, une prise de position des universités, plus spécifiquement des départements de sciences infirmières et des ordres professionnels d'infirmiers et d'infirmières, est de mise quant à la sensibilisation de la spécificité homosexuelle. En effet, un engagement de la part de ces institutions, contre l'homophobie et soutenant un enseignement qui reflète cette prise de position, auraient une contribution positive au niveau de la formation et de la collectivité professionnelle. Par exemple, les infirmières pourraient développer des outils de collectes de données qui ne prennent pas pour acquis que les personnes soignées sont hétérosexuelles ou encore elles pourraient intervenir pour sortir les personnes homosexuelles de leur isolement social, si tel est le cas. De plus, elles

pourraient perfectionner leurs interventions d'enseignement sur la santé sexuelle, en considérant les particularités propres aux pratiques sexuelles homosexuelles. Ainsi, les futurs ou actuels professionnels de la santé seraient, entre autres, mieux préparés ou davantage sensibilisés à œuvrer auprès de cette clientèle. Une formation universitaire soutenant la diversité sexuelle aurait un impact positif majeur sur les infirmiers et les infirmières au niveau de leurs connaissances académiques, mais aussi, à plus longue échéance, sur la clientèle homosexuelle. En sensibilisant davantage les étudiants à la diversité de la sexualité et aux besoins spécifiques des différentes populations qui caractérisent celle-ci, la qualité de soins serait accrue. Pour concrétiser cette proposition, la théorie « queer » pourrait notamment être enseignée dans les cours de recherche, et ce, dès l'admission aux programmes de premier cycle universitaire en sciences de la santé. Nous croyons qu'une telle démarche s'harmonise avec le mouvement post structuraliste et que, si elle était mise en œuvre, serait à l'avant-garde des établissements d'enseignement.

Dès lors, nos recommandations ont une portée qui va au-delà du milieu universitaire puisqu'une telle prise de position a une envergure politique plus large. En effet, les regroupements professionnels, en prenant position sur un sujet en particulier, peuvent agir avec plus de force que des personnes seules lorsqu'elles rencontrent des instances gouvernementales dans le but de défendre certaines populations. Précisons qu'une telle démarche est cohérente avec notre recherche qui, comme nous l'avons mentionné au deuxième chapitre, est une recherche phénoménologique et simultanément critique.

### Conclusion

Cette recherche a démontré que la violence homophobe est vécue de plusieurs façons chez les personnes qui l'expérimentent et qu'elle entraîne des conséquences souvent dramatiques chez ces dernières. Elle a aussi permis d'élucider quels sont les facteurs qui aggravent l'expérience d'homophobie et d'identifier certaines stratégies de protection qui permettent tant bien que mal une certaine forme d'adaptation face à ce phénomène. Cette dernière donnée apporte une lueur d'espoir devant cette réalité puisque l'impact ultime de ce type de violence n'est pas seulement catastrophique, mais donne aussi l'occasion aux homosexuels de développer certains de leurs potentiels. Ce projet met de plus en lumière la place primordiale des infirmières quant à leur rôle d'*empowerment* face à cette clientèle.

Toutefois, la lutte contre l'homophobie doit se continuer et il serait utopique de croire que l'oppression des personnes homosexuelles est chose du passé. La poursuite de la recherche sur ce phénomène permettra ainsi de continuer le renouvellement des pratiques infirmières et d'assurer l'amélioration de la qualité des soins auprès des victimes d'homophobie. L'action politique constitue de plus une avenue prometteuse dans la continuation des efforts ayant pour but une meilleure acceptation sociale de l'homosexualité et la défense des droits des homosexuels, et ce, à l'échelle internationale. Comme le disait Hocquenghem : « Ce qui pose problème n'est pas le désir homosexuel, c'est la peur de l'homosexualité » (Hocquenghem, 2000, p. 23).

## Références

- Albarran, J. W., & Salmon, D. (2000). Lesbian, gay and bisexual experiences within critical care nursing, 1988-1998 : a survey of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 37(5), 445-455.
- Ashworth, P. D., Giorgi, A., & de Koning, A. J. J. (1986). *Qualitative Research in Psychology : Proceedings of the International Association for Qualitative Research*. Pittsburg : Duquesne University Press.
- Bagley, C., & D'Augelli, A. R. (2000). Suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *British Medical Journal*, 320(7250), 1617-1618.
- Bakker, L. J., & Cavender, A. (2003). Promoting Culturally Competent Care for Gay Youth. *Journal of School Nursing*, 19(2), 65-72.
- Borillo, D. (2001). *L'homophobie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Borillo, D. (2005). Les différents visages de l'homophobie. *Sciences Humaines : Hors-Série*, (47), 58-60.
- Braud, P. (2005). Des attentats aux guerres, les violences politiques. *Sciences Humaines : Hors-Série*, (47), 14-17.
- Brodeur, J.-P. (1994). Violence et société. Dans F. Dumont, S. Langlois & Y. Martin (Éds). *Traité des problèmes sociaux*, (pp. 301-317). Montmagny : Édition Marquis ltée.
- Brownfain, J. (1952). Stability of the self-concept as a dimension of personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 596-606.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique & Utilization* (4 th ed.). Toronto : W. B. Saunders Company.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter : On the discursive limits of "sex"*. New York : Routledge.
- Butler, J. (2003). *La Vie psychique du pouvoir*. Paris : Éditions Léo Scheer, Collection Non & Non.

- Canguilhem, G. (1999). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers : Une perspective holistique-humaniste*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Chauvin, S. (2003). Honte. Dans L.-G. Tin *Dictionnaire de l'homophobie*, (pp. 222-226). Paris : Presses Universitaires de France.
- Claes, J. A., & Moore, W. (2000). Issues Confronting Lesbian and Gay Elders : the Challenge for Health and Human Services Providers. *Journal of Health & Human Services Administration*, 23(2), 181-202.
- Clark, M. E., Landers, S., Linde, R., & Sperber, J. (2001). The GLBT Health Access Project : A State-Funded Effort to Improve Access to Care. *American Journal of Public Health*, 91(6), 895-896.
- Cochran, B. N., Stewart, A. J., Ginzler, J. A., & Cauce, A. M. (2002). Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities : Comparison of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Homeless Adolescents With Their Heterosexual Counterparts. *American Journal of Public Health*, 92(5), 773-777.
- Cook, S.H. (1999). The self in self-awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1292-1299.
- Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1996). Health Care Needs of Gay Men and Lesbians in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 275(17), 1354-1359.
- Craft, E. M., & Mulvey, K. P. (2001). Addressing Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues From the Inside : One Federal Agency's Approach. *American Journal of Public Health*, 91(6), 889-891.
- Daunais, J.-P. (1992). L'entretien non directif. Dans B. Gauthier *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données*. Sainte-Foy : PUQ.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *The Landscape of Qualitative Research : Theories and Issues*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : Guide pratique*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.

- Deslauriers, J.-P. (2001). Les éléments d'un devis de recherche. *Recherche en soins infirmiers*, (64), 28-35.
- Dorais, M. (1999). *Éloge de la diversité sexuelle*. Louiseville : VLB Éditeur.
- Dorais, M. (2000). *Mort ou fif : la face cachée du suicide chez les garçons*. Louiseville : VLB Éditeur.
- Dubet, F. (2005). École : la révolte des « vaincus » ? *Sciences Humaines : Hors-Série*, (47), 42-43.
- Dupont, F. (2003). L'Eros romain. *Magazine littéraire*, (426), 31-33.
- Eliason, M. J., (1996). Working with Lesbian, Gay, and Bisexual People : Reducing Negative Stereotypes Via Inservice Education. *Journal of Nursing Staff Development*, 12(3), 127-132.
- Éribon, D. (1999). *Réflexions sur la question gay*. Paris : Éditions Fayard.
- Fitts, W.H. (1965). *Manual. Tennessee Self-Concept Scale*. Nashville : Counselor Recordings and Tests.
- Foucault, M. (2002). *Surveiller et punir*. Saint-Amand : Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2002). *Histoire de la sexualité I : la volonté de savoir*. Saint-Amand : Éditions Gallimard.
- Friedman, R. C. (1999). Homosexuality, Psychopathology, and Suicidality. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 887-888.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburg : Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1986). Theoretical Justification for the Use of Descriptions in Psychological Research. Dans P. D. Ashworth, A. Giorgi, & A. J. J. de Koning (Éds), *Qualitative Research in Psychology : Proceedings of the International Association for Qualitative Research* (pp. 3-22). Pittsburg : Duquesne University Press.

- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H. Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A. (Éds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364). Montréal : Casablanca : Gaëtan Morin.
- Goffman, E. (2001). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Lonrai : Les éditions de minuit.
- Golombok, S., Spencer, A., & Rutter, M. (1983). Children in lesbian and single-parent households : Psychosexual and psychiatric appraisal. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 551-572.
- Goulet, O., & Dallaire, C. (1999). *Soins infirmier et société*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Gray, D. P., Kramer, M., Minick, P., McGehee, L., Thomas, D., & Greiner, D. (1996). Heterosexism in Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, 35(5), 204-210.
- Gross, M. (2003). *L'homoparentalité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Grbich, C. (1999). *Qualitative Research in Health : An Introduction*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Harrison, A. E., & Silenzio, V. M. (1996). Comprehensive Care of Lesbian and Gay Patients and Families. *Primary Care : Clinics in Office Practice*, 23(1), 31-46.
- Hocquenghem, G. (2000). *Le désir homosexuel*. Saint-Amand-Montrond : Librairie Arthème Fayard.
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2004). Nursing as Means of Governmentality. Dans P. G. Reed, N. C. Shearer & L. H. Nicoll (Éds). *Perspectives on Nursing Theory*, (4e éd.) (pp. 335-346). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Howsepian, A. A. (1996). Military Position on Homosexuality. *American Journal of Psychiatry*, 153(2), 296-297.
- Husserl, E. (1970). *Philosophie première : Histoire critique des idées*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Husserl, E. (1976). *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. Saint-Amand : Éditions Gallimard.
- Husserl, E. (1985). *L'idée de la phénoménologie : Cinq leçons*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jagose, A. (1996). *Queer theory : An Introduction*. New York : New York University Press.
- James, T., & Platzer, H. (1999). Ethical Considerations in Qualitative Research with Vulnerable Groups : exploring lesbians' and gay men's experiences of health care—A personal perspective. *Nursing Ethics : an International Journal for Health Care Professionals*, 6(1), 73-81.
- Janoff, D.V. (2007). *Pink blood : La violence homophobe au Canada*. Montréal : Les Éditions Triptyque.
- Jenny, J. (1990). Self-esteem : a problem for nurses. *The Canadian Nurse*, 86(11), 19-21.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (8<sup>ème</sup> éd.). Baltimore : Williams & Wilkins.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval : Éditions Études Vivantes.
- Kirkpatrick, M., Smith, C., & Roy, R. (1981). Lesbian mothers and their children : A comparative survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(3), 545-551.
- Lacourse, M.-H. (1994). *Famille et Société*. Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Lagrange, H. (2005). La violence des jeunes, prix de la société du risque. *Sciences Humaines : Hors-Série*, (47), 48-49.
- Lelait, D. (1998). *Gay Culture*. Paris : Éditions Anne Carrière.
- Lhuillier, D. (2005). Dans l'enfer des prisons. *Sciences Humaines : Hors-Série*, (47), 38-41.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills : SAGE Publications.
- Manji, I. (2006). *Musulmane mais libre*. Paris : Éditions Le Livre de Poche.

- Mannoni, P. (1998). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Margolies, L., Becker, M., & Jackson-Brewer, K. (1987). Internalized Homophobia : Identifying and Treating the Oppressor Within. Dans The Boston Lesbian Psychologies Collective (Éd.) *Lesbian Psychologies : Explorations and Challenges* (pp. 229-241). Urbana : University of Illinois Press.
- Martel, F. (1996). *Le rose et le noir : les homosexuels en France depuis 1968*. Paris : Éditions du Seuil.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1995). *Designing Qualitative Research* (2<sup>e</sup> Éd.). Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Mason, G. (2002). *The Spectacle of Violence*. New York : Routledge.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D., & collaborateurs (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- McEwen, M. (2002). Philosophy, science, and nursing. Dans M. McEwen, & E. M. Wills, *Theoretical Bases for nursing* (chap. 1 : pp. 3-22). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Isenberg, M., Koerner, J., Lacey, B., & Stern, P. (1995). *Diversity, marginalization and culturally competent health care : Issues in knowledge development* (Monograph). Washington DC : American Academy of Nursing.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Éditions Gallimard.
- Meyer, I. H. (2001). Why Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health ? *American Journal of Public Health*, 91(6), 856-859.
- Miermont, J. (2005). Comment s'enclenchent les violences familiales. *Sciences Humaines : Hors-Série*, (47), 32-35.
- Ministère de la Justice Canada (2005). <http://lois.justice.gc.ca/fr/charte/>
- Modrcin-Talbott, M.A., Pullen, L., Zandstra, K., Ehrenberger, H., & Muenchen, B. (1998). A study of self-esteem among well adolescents : seeking a new direction. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21, 229-241.

- Monti, E. J., & Tingen, M. S. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 64-80.
- Morrissey, M. (1996). Attitudes of practitioners to lesbian, gay and bisexual clients. *British Journal of Nursing*, 5(16), 980-982.
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3-5.
- Morse, J. M. (2002). Enhancing the usefulness of qualitative inquiry : gaps, directions, and responsibilities. *Qualitative Health Research*, 12(10), 1419-1426.
- Mossman, B.M., & Ziller, R.C. (1968). Self-esteem and consistency of social behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 363-367.
- Muhlenkamp, A.F., & Sayles, J.A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, 35(6), 334-338.
- Munhall, P. L., & Oiler, C. J. (1986). *Nursing Research : A Qualitative Perspective*. Norwalk : Appleton-Century-Crofts.
- Munro, R. (2001). Aversion Therapy : Ghost of gay 'sickness' haunts nursing. *Nursing Times*, 97(5), 10-11.
- National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners (2000). Position Statement on Health Risks and Needs of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(3), 28A.
- National Center for Victims of Crime (2004). Male Rape.  
<http://www.ncvc.org/ncvc/main.aspx?dbName=DocumentViewer&DocumentAction=ViewProperties&DocumentID=32361&UrlToReturn=http%3a%2f%2fwww.ncvc.org%2fncvc%2fmain.aspx%3fdbName%3dSiteSearch>
- National Center for Victims of Crime (2004). Hate Crimes.  
<http://www.ncvc.org/ncvc/main.aspx?dbName=DocumentViewer&DocumentAction=ViewProperties&DocumentID=32356&UrlToReturn=http%3a%2f%2fwww.ncvc.org%2fncvc%2fmain.aspx%3fdbName%3dSiteSearch>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2003). *Code de déontologie des Infirmières et Infirmiers*. Publications du Québec.
- Osty, É., & Trinquet, J. (1973). *La Bible*. Paris : Éditions du Seuil.

- Parse, R.R. (1998). *The Human Becoming School of Thought. A Perspective for Nurses and Other Health Professionals*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Pelland, G. (2005). *L'homophobie : Un comportement hétérosexuel contre nature*. Montréal : Éditions Québec Amérique Inc.
- Perreault, M. (1994). Anormalité de la mort et normalisation de la vie en temps d'épidémie(s) : succès et déboires des incertitudes du discours médical au Québec. *Discours social / Social Discourse*, 6(4), 69-75.
- Perron, A., Fluet, C., & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state : bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544.
- Platzer, H., & James, T. (1997). Methodological issues conducting sensitive research on lesbian and gay men's experience of nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 626-633.
- Renzetti, C. M., & Miley, C. H. (1996). *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*. Binghamton : Harrington Park Press.
- Robert, P. (2004). *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Rohdahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2003). Nursing staff and nursing students' attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 454-461.
- Sandelowski, M. (1995). Focus on qualitative methods sample size in qualitative research. *Research in Nursing*, 18, 179-183.
- Schneider, J. S., & Levin, S. (1999). Uneasy Partners : The Lesbian and Gay Health Care Community and the AMA. *Journal of the American Medical Association*, 282(13), 1287-1288.
- Signorile, M. (1995). *Outing Yourself : How to Come Out as Lesbian or Gay to Your Family, Friends and Coworkers*. New York : Fireside Book.
- Spencer, C. (1999). *Histoire de l'homosexualité : De l'Antiquité à nos jours*. Saint-Amand : Collection Agora.
- Smith, G. B. (1993). Homophobia and attitudes towards gay men and lesbians by psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6), 377-384.

- Swain, T. N. (1999). Au delà du binaire : les *queers* et l'éclatement du genre. Dans D. Lamoureux, *Les limites de l'identité sexuelle*, (pp. 135-149). Montréal : Éditions du remue-ménage.
- Tasker, F., & Golombok, S. (2002). *Grandir dans une famille lesbienne. Quels effets sur le développement de l'enfant ?*, Paris, ESF; traduction de *Growing up in a Lesbian Family*, New York, Guilford Press, 1997.
- Tesar, C. M., & Rovi, S. L. D. (1998). Survey of Curriculum on Homosexuality / Bisexuality in Departments of Family Medicine. *Family Medicine*, 30(4), 283-287.
- Tin, L.-G. (2003). *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Volpi, F., Mattéi, J.-F., Sheehan, T., Courtine, J.-F., Taminioux, J., Sallis, J., Janicaud, D., Kelkel, A. L., Bernet, R., Brisart, R., Held, K., Haar, M., & Ijsseling, S. (1988). *Heidegger et l'idée de la phénoménologie*. Dordrecht : Cluwer Academic Publishers.
- Wallick, M. M., Cambert, K. M., & Townsend, M. H. (1992). How the topic of homosexuality is taught at U. S. medical schools. *Academic Medicine*, 67(9), 601-603.
- Walpin, L. (1997). Combating Heterosexism : Implications for Nursing. *Clinical Nurse Specialist*, 11(3), 126-132.
- Ward, C. (1998). Caring by degrees. *Contemporary Nurse*, 7(1), 24-28.
- Ward, G. (1997). *Postmodernism*. Chicago : Teach Yourself Books.
- Watson, J. (2001). Jean Watson : Theory of human caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 343-354). Philadelphia : Davis.
- Wells, A. (1997). Homophobia and nursing care. *Nursing Standard*, 12(6), 41-42.
- Wells, L.E. (1976). *Self-esteem*. Beverly Hills : SAGE Publications.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandel, C. L. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537.

Ziller, R., Hagey, J., Smith, M., & Long, B. (1969). Self-esteem : a self-social construct. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 84-95.

Appendice A

Guide d'entrevue

1. Avez-vous déjà expérimenté de la violence homophobe ?
2. Pouvez-vous me décrire une situation lors de laquelle vous avez expérimenté de la violence homophobe ?
3. Comment cette situation vous a-t-elle affecté ? De quelle manière ?
4. Quelle signification donnez-vous à cet événement ?
5. Comment percevez-vous les personnes qui ont agi ainsi envers vous ?
6. Vous empêchez-vous de parler de votre homosexualité aux gens qui vous entourent et pourquoi ?
7. Comment réagissent les gens de votre entourage à qui vous dévoilez votre homosexualité ?
8. Comment ont été vos rapports avec les professionnels de la santé, notamment les infirmières, dans le cadre des soins qui vous ont été offerts relativement à votre expérience d'homophobie ?
9. Qu'avez-vous apprécié et non apprécié de ces contacts ?
10. Quel a été l'effet de tels contacts ou manque de contacts avec les professionnels de la santé ?

Appendice B

Questionnaire socio démographique

1. Quel est votre âge ? \_\_\_\_ ans

2. Quel est votre statut social ?

- marié
- en union de fait
- célibataire
- divorcé
- veuf

Depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

3. Avez-vous des enfants ?

- oui
- non

Si oui, combien ? \_\_\_\_\_

4. De quelle origine culturelle êtes-vous ?

\_\_\_\_\_

5. Quel emploi occupez-vous ?

\_\_\_\_\_

- sans emploi

6. Combien d'années avez-vous fréquenté l'école ?

Nombre total d'années de fréquentation scolaire complétées : \_\_\_\_\_ ans

7. Quel est votre revenu annuel ?

- 0 – 14 999\$
- 15 000\$ – 29 999\$
- 30 000\$ – 44 999\$
- 45 000\$ – 59 999\$
- 60 000\$ et plus

8. Dans quel type de région habitez-vous ?

- Ville
- Banlieue
- Région rurale

9. Préciser, si possible, le nombre approximatif d'habitants ? \_\_\_\_\_

Appendice C

Lettre d'invitation

## **RECHERCHE SUR L'HOMOPHOBIE**

Vous êtes homosexuel et vous avez déjà fait l'expérience d'homophobie (violence physique, verbale, psychologique ou sexuelle reliée à l'homosexualité) ? Cette problématique vous concerne et vous êtes intéressé à partager votre expérience ? Votre participation serait grandement appréciée dans le cadre d'un projet de recherche débutant au Centre d'Orientation Sexuelle de l'Université McGill (COSUM).

Les critères d'inclusion sont les suivants :

1. Être majeurs âgé de vingt-six à trente-cinq ans inclusivement
2. Être de sexe masculin
3. S'identifier homosexuel
4. Avoir fait l'expérience d'homophobie depuis les cinq dernières années
5. Être capable de s'exprimer couramment en français

Si vous êtes intéressé à participer, veuillez en faire part à la réceptionniste du COSUM qui transmettra vos coordonnées à l'infirmier investigateur. Vous serez ensuite contacté par cet infirmier investigateur qui répondra à vos questions. Vous aurez trois jours pour réfléchir à votre décision avant de signer le formulaire de consentement. Par la suite, si vous avez d'autres questions, vous aurez toujours la possibilité de rappeler l'infirmier investigateur. Vous passerez ensuite une entrevue avec celui-ci durant laquelle vous serez invité à partager votre expérience personnelle d'homophobie. À tout moment, il demeurera possible de mettre fin à votre participation, et ce, même si vous avez commencé l'entrevue et sans avoir à justifier votre décision. Par contre, si vous décidez de ne pas participer, vos soins présents et futurs ne seront aucunement affectés par votre choix.

Au plaisir de vous rencontrer

Carol Fluet  
Infirmier investigateur

Appendice D

Formulaire de consentement

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**TITRE DE L'ÉTUDE : EXPLORATION DE L'EXPÉRIENCE DE LA VIOLENCE HOMOPHOBE CHEZ DES HOMOSEXUELS**

**CHERCHEUR PRINCIPAL :** Carol Fluet, Inf. B.Sc

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Tél. : [information retirée / information withdrawn]

Courriel : [information retirée / information withdrawn]

**RESPONSABLE DE L'ÉTUDE :** Dr. Richard Montoro, psychiatre,

Centre Universitaire de Santé McGill, Téléphone [information retirée / information withdrawn]

Courriel : [information retirée / information withdrawn]

**DIRECTEUR DE RECHERCHE :** Louise Gagnon, Inf. Ph.D., Professeure titulaire

Faculté des sciences Infirmières de l'Université de Montréal, Tél. : [information retirée / information withdrawn]

Courriel : [information retirée / information withdrawn]

**CO-DIRECTEUR DE RECHERCHE :** Dave Holmes, Inf. Ph.D., Professeur agrégé

École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, Tél. : [information retirée / information withdrawn]

Courriel : [information retirée / information withdrawn]

## **INTRODUCTION**

Vous avez été invité à participer à une recherche au Centre d'Orientation Sexuelle de l'Université McGill (COSUM, 1547, Ave des Pins Ouest, Montréal, Québec, H3G 1B3). Cette recherche s'intéresse à une population homosexuelle masculine ayant fait l'expérience de violence homophobe depuis les cinq dernières années. Malgré les avancées sociales quant aux droits des homosexuels, l'homopobie est une problématique qui touche encore une majorité d'homosexuels. Bien que le nombre de participants ne soit

pas prédéterminé, nous estimons atteindre notre but de recherche avec la participation d'environ quatre hommes homosexuels âgés de 26 à 35 ans inclusivement.

## **BUT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

Le but de la recherche est de comprendre la signification de l'expérience de la violence homophobe chez des hommes homosexuels. Les résultats permettront de faciliter le développement de stratégies d'interventions infirmières adaptées à cette problématique et ainsi de mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

## **MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE**

Dans le cadre de cette étude, vous êtes invité à décrire votre expérience par rapport à des situations où vous avez fait l'expérience de l'homophobie. Cette collecte de données consiste en une entrevue enregistrée d'une heure à une heure trente avec l'infirmier investigateur et qui sera réalisée au COSUM selon vos disponibilités. De plus, nous vous demanderons de remplir un formulaire relatif à des renseignements socio démographiques, afin de dresser un portrait précis des personnes interviewées. Enfin, vous serez appelé à donner votre opinion sur la validité de nos résultats de recherche vous concernant, lesquels vous seront transmis à l'endroit et de la manière qui vous conviennent.

## **CONDITIONS DE PARTICIPATION**

Pour participer à l'étude, vous devez être un homme homosexuel âgé de 26 à 35 ans inclusivement, ayant expérimenté de l'homophobie (violence physique, verbale, psychologique ou sexuelle reliée à l'homosexualité) au cours des cinq dernières années. De plus, vous devez être capable de vous exprimer couramment en français.

## **AVANTAGES À PARTICIPER**

Outre le fait que cette recherche permettra de vous exprimer sur votre expérience d'homophobie, cette recherche a pour but à long terme d'améliorer la qualité des soins de la clientèle homosexuelle masculine ayant fait l'expérience d'homophobie. En ce sens, elle vise à développer les connaissances en sciences infirmières quant à cette problématique.

## **RISQUES ET INCONFORTS**

Les risques associés à cette recherche sont que les entrevues peuvent ramener à votre mémoire des souvenirs douloureux d'expériences difficiles que vous avez vécues. Si ces situations vous incommode trop, une aide immédiate vous sera offerte. Vous serez aussi référé dans un délai de 24 à 48 heures à un professionnel de la santé qui pourra vous fournir l'aide psychologique nécessaire à surmonter une telle situation et ce, gratuitement. Des services téléphoniques de soutien psychologique, disponibles 24 heures sur 24, seront à votre disposition dans un tel cas. De plus, nous ferons un suivi téléphonique dans les jours qui suivront l'entrevue pour nous assurer de votre bien-être.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT OU EXCLUSION DE L'ÉTUDE**

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire et par conséquent, vous avez le choix d'en faire partie ou non. De plus, si vous participez à cette étude, vous pouvez vous retirer de la recherche en tout temps et sans avoir à justifier votre choix. Prenez note que vos soins au COSUM n'en seront nullement affectés. Dans l'éventualité d'un retrait de cette étude, vous n'aurez qu'à faire part de vos intentions à l'infirmier investigateur.

Si des changements survenaient quant au déroulement de l'étude et pouvant vous faire reconsidérer votre participation, vous en seriez avisé.

## **DÉDOMMAGEMENT**

Le Centre Universitaire de Santé McGill, l'Institut de recherche du CUSM et les chercheurs ne seraient pas en mesure de vous offrir une compensation dans le cas peu probable où vous subiriez des lésions résultant de votre participation à cette étude. Cependant, le fait d'apposer votre signature sur ce formulaire de consentement et d'accepter de participer à cette étude n'implique aucune résiliation de vos droits légaux.

## **CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS**

L'entretien sera enregistré sur cassette audio. Par la suite, il sera transcrit sur un fichier informatique protégé par un mot de passe connu seulement par l'infirmier investigateur. Votre nom n'y figurera pas et nous utiliserons un pseudonyme que nous choisirons nous-mêmes pour vous désigner. Tous les renseignements (histoire médicale, examen physique, résultats de laboratoire) seront gardés confidentiellement en vous identifiant par un code auquel seulement le personnel autorisé aura accès. Les résultats de cette recherche peuvent être publiés et d'autres médecins y participant peuvent accéder à votre dossier associé à cette étude ; cependant, votre identité ne sera pas dévoilée lors de la publication des résultats. Afin de vérifier certaines données associées à cette recherche,

un membre du comité d'éthique sur la recherche du Centre Universitaire de Santé McGill peut avoir accès à ces dossiers.

En signant ce formulaire de consentement, vous nous donnez la permission de divulguer des informations à ces entités concernant votre participation à cette étude et aussi d'en informer votre médecin traitant. Votre anonymat sera protégé dans la mesure des lois et règles applicables. Ainsi, des représentants autorisés des organismes de recherche, d'organismes gouvernementaux ou de comités d'éthique pourraient demander à examiner les données nominatives pour fin de vérifications ou de suivis déontologiques.

Les enregistrements et transcriptions seront conservés pour une durée totale de sept ans et seront détruits au terme de cette période.

## COMPENSATION

Les individus qui acceptent de participer à cette étude le font sur une base volontaire. Par conséquent, il n'y a aucune compensation financière ou autre.

## QUESTIONS ET INFORMATIONS (Renseignements et urgence)

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'expérimentation) avec une des personnes suivantes:

- Carol Fluet : Téléphone: [information retirée / information withdrawn] courriel : [information retirée / information withdrawn]
- Richard Montoro : Téléphone : [information retirée / information withdrawn] ; [information retirée / information withdrawn]
- Louise Gagnon : Téléphone: [information retirée / information withdrawn] courriel : [information retirée / information withdrawn]
- Dave Holmes : Téléphone : [information retirée / information withdrawn] courriel : [information retirée / information withdrawn]

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à une recherche, vous devriez contacter le représentant de l'ombudsman de l'hôpital au 514-934-1934 #48306.

## ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Mme Marie-France Daniel : Téléphone : [information retirée / information withdrawn] courriel : [information retirée / information withdrawn] Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, Madame Marie-José Rivest : Téléphone : 514-343-2100, courriel : [information retirée / information withdrawn]

Voici l'endroit et le moyen par lesquels je désire recevoir l'information concernant la validation des résultats de cette recherche : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

Je, .....  
déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints, en avoir discuté avec CAROL FLUET et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

J'ai pris connaissance du contenu de ce formulaire de consentement et j'accepte de prendre part à cette étude. J'ai eu l'occasion de poser des questions à son sujet et je suis satisfait des réponses que j'ai reçues. J'ai eu amplement le temps de réfléchir à ces informations et de demander conseil au besoin. Je comprends que je recevrai une copie signée de ce formulaire de consentement. En apposant ma signature sur ce formulaire de consentement, je ne résigne à aucun de mes droits légaux.

Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Participant

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres majuscules, Signature, Date

Je, CAROL FLUET, déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à.....

Investigateur

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres majuscules, Signature, Date

Témoin

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres majuscules, Signature, Date

## CONSENT FORM

**TITLE OF STUDY : HOMOSEXUALS' EXPERIENCE OF HOMOPHOBIC VIOLENCE**

**PRINCIPAL INVESTIGATOR : Carol Fluet, RN, B.Sc.N**

Faculty of Nursing, University of Montreal, Tel. : [information retirée / information withdrawn]

Email : [information retirée / information withdrawn]

**RESPONSIBLE INVESTIGATOR : Dr. Richard Montoro, psychiatrist,**

McGill University Health Center, Tel. : [information retirée / information withdrawn]

Email : [information retirée / information withdrawn]

**DIRECTOR OF RESEARCH : Louise Gagnon, RN, Ph.D., Full Professor,**

Faculty of Nursing, University of Montreal, Tel. : [information retirée / information withdrawn]

Email : [information retirée / information withdrawn]

**CO-DIRECTOR OF RESEARCH : Dave Holmes, RN, Ph.D., Associate Professor**

School of Nursing, University of Ottawa, Tel. : [information retirée / information withdrawn]

Email : [information retirée / information withdrawn]

## INTRODUCTION

You have been invited to participate in a study held at the McGill University Sexual Identity Center (MUSIC). This study involves a group of homosexual men who have experienced violence of a homophobic nature over the last five years. Despite the advances that have occurred in the area of homosexual rights, homophobia remains a problem for many homosexuals. Although the number of participants will not be predetermined we intend to obtain our research goal with the participation of at least 4 homosexual men between the ages of 26 and 35 inclusively.

## **STUDY GOALS AND OBJECTIVES**

The goal of this study is to understand the significance of a violent homophobic experience amongst homosexual men. The results will facilitate the development of nursing intervention strategies that are adapted to this issue and will also allow us to better respond to the needs of this population.

## **DESCRIPTION OF THE STUDY**

Within the context of this study, you are invited to describe your experience in which you were involved in a homophobic situation. The data will be collected through one on one audiotaped interviews with the nurse conducting the study. The interview is expected to last between 1hr to 1hr 30min and will be held at the MUSIC. An appointment for the interview will be set up according to your availability. You will also be asked to fill out a questionnaire about your demographic information, in order to provide a complete picture of the study participants. Furthermore, you will have the opportunity to review our findings and validate that the information as it pertains to you is accurate. You can review these findings at a place and time that is convenient for you.

## **PARTICIPANT CRITERIA**

Only homosexual men between the ages of 26 and 35 inclusively who have been involved in a homophobic experience (i.e. physical, verbal, psychological or sexual violence related to your homosexual orientation) over the last five years will be allowed to participate in this study. Participants will also need to be able to comfortably express themselves in french.

## **POTENTIAL BENEFITS**

In addition to the fact that this study will allow you to share your homophobic experience, it may also help, in a long term perspective, improve the quality of care for homosexual male clients who have experienced homophobia. In this regard, the study aims to develop nursing knowledge specifically related to this issue.

## **POTENTIAL RISKS AND DISCOMFORTS**

The risk associated with participating in this study is that the interviews may bring back painful memories associated with difficult experiences that you have gone through. In the event that you are overwhelmed by this situation, there will be immediate help available to you. Furthermore, you can be referred to a health care professional who will provide you with the necessary psychological help within 24 to 48 hours free of charge. Telephone services that provide psychological help will be made available to you

24hr/day 7days/week if needed. We will also follow-up by telephone a few days after the interview to ensure your well being.

### **VOLUNTARY PARTICIPATION AND WITHDRAWAL OR EXCLUSION FROM THE STUDY**

Your participation in this study is entirely voluntary and therefore you have the choice to take part in it or not. Furthermore, if you decide to participate in this study, you can withdraw at any time without having to explain your choice to do so. This will not affect the care that you receive at the MUSIC. In the event that you would like you to withdraw from this study, simply indicate your intentions to the nurse conducting the study.

If changes occur during the course of the study that may make you want to reconsider your participation, you will be informed.

### **INDEMNIFICATION**

The McGill University Health Centre, the MUHC Research Institute and the investigators would not be able to offer compensation in the unlikely event of any injury resulting from your participation in this research study. However, you are not giving up any of your legal rights by signing this consent form and agreeing to participate in this study.

### **CONFIDENTIALITY**

The interview will be recorded on an audiotape. The interview will be transcribed onto an electronic file protected by a password known only to the nurse conducting the study. Your name will not appear anywhere and we will choose a code in its place. All information (medical history, physical examinations, laboratory results) will be kept strictly confidential by identifying you by a code to which only authorized personnel will have access. The results from this study may be published, and other physicians participating in this research study may have access to your records related to this research study; however, your identity will not be revealed in the combined results. In order to verify the research study data, monitors from one of the McGill University Health Centre Research Ethics Boards may review these records.

By signing this consent form, you give us permission to release information regarding your participation in this study to these entities, and to inform your treating physician of your participation in the research study. Your confidentiality will be protected to the extent permitted by applicable laws and regulations. Therefore, authorized representatives of research organizations, government organizations or research ethics board may ask to look at the data containing your personal information if needed.

The audiotapes and transcripts will be kept for seven years and then destroyed.

## COMPENSATION

Participation in this study is voluntary, there is no compensation offered.

## QUESTIONS AND INFORMATION (INFORMATION AND EMERGENCIES)

If you have any questions about this study, you can speak (before, during and after the study) with one of the following people :

- Carol Fluet : Phone : [information retirée / information withdrawn] email : [information retirée / information withdrawn]
- Richard Montoro : Phone : [information retirée / information withdrawn] email : [information retirée / information withdrawn]
- Louise Gagnon : Phone : [information retirée / information withdrawn] email : [information retirée / information withdrawn]
- Dave Holmes : Phone : [information retirée / information withdrawn] email : [information retirée / information withdrawn]

If you have any questions concerning your rights as a research subjects, you should contact the hospital ombudsman at 514-934-1934 #48306.

## ETHICS

For any ethical problems concerning the conditions in which the study is conducted, you can, after discussing with the responsible investigator, explain your concerns to the president of the Health Sciences Research Ethics Committee, Mrs Marie-France Daniel : Phone : [information retirée / information withdrawn] email : [information retirée / information withdrawn] If you feel the response was insufficient, you can contact the University of Montreal ombudsman, Mrs Marie-José Rivest : Phone : 514-343-2100, email : [information retirée / information withdrawn]

Here is where and how I would like to receive the information concerning the validation of the study results : \_\_\_\_\_

**DECLARATION OF CONSENT**

I .....  
have read this document, discussed it with CAROL FLUET and I understand the goal, the nature, the benefits and the risks of this study.

I understand this consent form and I agree to take part in this study. I have had the opportunity to ask questions and all my questions have been answered to my satisfaction. I have been given sufficient time to consider the information and to seek advice if I choose to do so. I understand that I will receive a signed copy of this consent form. By signing this consent form, I have not given up any of my legal rights.

I know that I can withdraw at any time without prejudice.

Participant

\_\_\_\_\_  
Name in capital letters, signature, date

I, CAROL FLUET, declare that I have explained the goal, the nature, the benefits and the risks of this study to .....

Investigator

\_\_\_\_\_  
Name in capital letters, signature, date

Witness

\_\_\_\_\_  
Name in capital letters, signature, date

Appendice E

Lettre de soutien psychologique

Vous venez d'effectuer une entrevue qui peut avoir ramené à votre mémoire des souvenirs douloureux. Il se peut que vous ne soyez pas incommodé par cette entrevue à la fin de celle-ci. Advenant le cas où vous en souffriez plus tard, vous êtes invité à contacter le chercheur principal pour discuter de vos inquiétudes au numéro suivant : [information retirée / information withdrawn] [information retirée / information withdrawn]

En plus du soutien psychologique que celui-ci pourra vous fournir par téléphone, un suivi vous sera assuré dans un délai maximum de 24 à 48 heures au Centre d'Orientation Sexuelle de l'Université McGill (COSUM) si vous désirez.

De plus, le service téléphonique Gai Écoute est à votre disposition du lundi au vendredi de 8h00 a.m. à 3h00 a.m. et les samedi et dimanche de 11h00 a.m. à 3h00 a.m. advenant le cas où il vous serait impossible d'obtenir une réponse au numéro ci-haut mentionné. Vous pouvez contacter Gai Écoute au 514-866-0103 pour la région de Montréal et au 1-888-505-1010 ailleurs au Québec.

Si malgré ces dispositions vous sentez que votre sécurité est compromise ou que vous n'avez pas reçu l'aide dont vous avez besoin, vous êtes invité à vous rendre à l'urgence du centre hospitalier le plus près de chez vous, laquelle est ouverte 24 heures sur 24, pour consulter un professionnel de la santé afin qu'il puisse répondre à vos besoins.

Rappelez-vous qu'un suivi téléphonique sera fait par l'infirmier investigateur dans les 3 à 7 jours suivant l'entrevue afin de s'assurer de votre bien-être.

Tous ces services vous sont offerts gratuitement. N'hésitez pas à demander de l'aide.