
« M'aides-tu pareil? »

Proche aidance, diversité sexuelle et enjeux de reconnaissance.

par

Patrick Lavigne, Étudiant 2^e cycle en travail social, Université du Québec en Outaouais, campus St-Jérôme
Josée Grenier, T.S., Ph. D., Professeure, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, campus St-Jérôme.
josee.grenier@uqo.ca

RÉSUMÉ :

Dans le cadre d'une formation en travail social effectuée dans un organisme communautaire québécois, l'un(e) des auteur(e)s relate l'histoire du cas d'une femme de 75 ans, veuve depuis deux ans de sa conjointe. Ceci l'amène à faire le constat des préjugés des intervenants du système de santé et de services sociaux à l'égard des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles/transgenres, queers et intersexes (LGBTQI). Ces comportements discriminatoires ont un impact sur le vécu des couples. Malgré la politique québécoise de lutte contre l'homophobie et la Charte des droits et libertés, ils/elles sont encore invisibles dans le réseau de la santé et des services sociaux. La formation des intervenants est donc importante.

MOTS-CLÉS :

minorités sexuelles âgées, deuil chez la personne âgée-aspects psychologiques, couples homosexuels, discrimination, accès aux services

« M'aides-tu pareil?... Si je te dis que je ne suis pas pareil et que je suis semblable en même temps? Si je n'ose pas te dire que je suis différente et pareille à plein d'autres? Toute intervention dans le réseau de la santé et des services sociaux ne connaît pas de barrières? Et n'en pose pas non plus? »

INTRODUCTION

Cet article, à travers la présentation d'une pratique d'intervention psychosociale auprès d'une femme âgée homosexuelle, veuve de sa conjointe, tente de poser la problématique de l'homosexualité, du dévoilement et de la trajectoire de la proche aidance dans le contexte de notre système de santé confronté à une population vieillissante et de notre société dite ouverte aux valeurs pluralistes.

Cet article vise à démontrer les enjeux vécus et ressentis par les personnes LGBTQI (Lesbiennes, Gaies, Bisexuelles, Transexuelles, Queers et Intersexes) âgées et les minorités sexuelles dans leur rapport aux professionnels de la santé, au regard de la prégnance des normativités hétérosexuelles et de ses fortes représentations inscrites au sein des services de santé et des services sociaux. Cette surreprésentation tend à négliger les réalités et besoins des groupes minoritaires et engendre une mise à l'écart par une forme d'invisibilité de ces groupes de personnes. On fait tout simplement comme s'ils n'existaient pas, ou presque... : « health care service models have been based on a heterosexual view making GL elders invisible to the health care provider » (Claes, Moore, 2000).

L'article se divise en quatre parties. La première se rapporte à une discussion plus théorique sur la problématique de l'homosexualité. Les thèmes de cette section abordent les discriminations

vécues par les personnes âgées LGBTQI en exposant certains faits et événements tirés de l'histoire leur portant préjudice, en soulignant la part de responsabilité des professionnels de la santé dans la maltraitance et les violences sociales subies par ce groupe. Le contexte présenté permet d'illustrer les enjeux encore actuels, liés au dévoilement de leur orientation sexuelle, par les personnes LGBTQI plus âgées. Cette problématique soulève du même coup la question des représentations normatives au sein du réseau de la santé et des services sociaux, de l'aisance et de l'expertise des intervenantes à agir avec discernement et qualification auprès des personnes LGBTQI.

La seconde section présente une situation d'intervention réalisée auprès d'une femme homosexuelle âgée, endeuillée par la mort de sa conjointe et explore, plus spécifiquement, sa trajectoire d'aidante. À partir d'une perspective féministe, sont discutés les rapports vécus et ressentis avec les professionnels de la santé, les enjeux liés au non-dévoilement de son statut de conjointe et au sentiment d'isolement vécu pendant la maladie de sa conjointe et, plus tard, la reconquête de soi et de sa vie.

La troisième partie explore les enjeux de reconnaissance vécus par les personnes LGBTQI, notamment la reconnaissance juridique et sociale. Et, en dernière partie, sont proposées des pistes de réflexion pour la pratique et la recherche.

1. Homosexualité, âge, dévoilement et proche aidance

On en sait très peu à propos de la santé et des besoins en soins de santé des aînés gais et aînées lesbiennes et de leurs proches aidants et aidantes. Cette situation s'explique par divers facteurs (Brotman et al., 2006). Les gais et lesbiennes de 65 ans et plus ont commencé à vivre leur vie d'adulte avant que la communauté homosexuelle ne s'organise et commence à revendiquer des droits. Plusieurs d'entre eux et d'entre elles ne se sont jamais identifiés à cette communauté (Brotman, Ryan, Cormier, 2010). Et, quand ces personnes, plus âgées, doivent avoir recours plus souvent aux services sociaux de soutien et de santé, elles se sentent encore obligées de camoufler leur orientation sexuelle pour ne pas vivre la discrimination et la marginalisation qu'elles ont connues une très grande partie de leur vie (D'Augelli, Grossman, 2001). Les gais et lesbiennes, mais plus spécifiquement ceux et celles âgés de 60 ans et plus, démontrent une certaine méfiance face aux intervenants du réseaux ayant été l'objet à une certaine époque d'attitudes et de pratiques discriminatoires au sein même du système de santé. Introduite dès l'origine dans le DSM (Diagnostic Statistical Manual) comme trouble mental en 1952, l'homosexualité en a été retirée en 1973 (Macé, 2010) et ce retrait met fin à l'internement forcé des personnes homosexuelles subissant des traitements pour les guérir de leur orientation sexuelle : électrochocs, lobotomie, thérapie d'inversion (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1994; Centrale des syndicats du Québec, s.d.)

« La médecine, la psychiatrie, la psychanalyse, la psychologie, la sexologie et le travail social ont été les artisans ou les vecteurs de théories qui pathologisent et problématisent les minorités sexuelles, en plus d'avoir concouru à leur répression par le biais de l'institutionnalisation et de la thérapie « réparatrice » (Charlebois, 2011 : 11).

Malgré ce retrait du DSM, les changements d'attitude se ne transforment que peu à peu (Charlebois, 2011). Cet épisode dans l'histoire n'est pas sans provoquer des conséquences. Certaines personnes sont réticentes à dévoiler leur orientation sexuelle aux intervenants, et, par le fait même, leurs besoins, par crainte des préjugés (Institut national de santé publique, s.d.). Et pourtant, leur nombre est important. En 2007, les aînés LGBTQI dévoilés étaient au nombre minimum de 51 600 au Canada (Spencer, 2007). Parallèlement, les institutions de santé et de services sociaux démontrent peu d'intérêt envers ce groupe en matière de besoin de services. Découlent de ces réalités une invisibilité et un isolement des aînés gais et aînées lesbiennes et de leurs proches aidants et aidantes au sein du réseau de la santé, des services sociaux et des institutions peu préparées aux réalités et besoins spécifiques de ce groupe d'aînés (Brotman et al., 2006).

Derrière un discours officiel d'ouverture, les discriminations existent toujours. Les pressions normatives de l'hétérosexualité sont toujours existantes; sortir du placard entraîne bien souvent un coût en exposant la personne aux préjugés voire même aux discriminations. Une enquête sociale générale sur la victimisation effectuée par Beauchamp (2004) indique que la proportion de gais, de lesbiennes et de bisexuels qui ont déclaré avoir été victimes de discrimination était environ trois fois plus importante que celle des hétérosexuels. Les données de l'enquête sociale sont révélatrices :

« 44 % des gais et lesbiennes et 41 % des bisexuels estimaient avoir été victimes d'une forme quelconque de discrimination au cours des cinq années précédentes, comparativement à 14 % des hétérosexuels. De plus, 78 % des gais et lesbiennes qui avaient fait l'objet de discrimination attribuaient ces incidents à leur orientation sexuelle, comparativement à 29 % des bisexuels et 2 % des hétérosexuels » (Beauchamp, 2004 : 11).

Un sondage réalisé aux États-Unis auprès des assistantes infirmières travaillant aux soins de longue durée et portant sur leurs attitudes à propos des orientations sexuelles basées sur une échelle de l'homophobie démontre un taux modéré de discrimination, en particulier dans les soins de longue durée (Dickey, 2012). Par ailleurs, la revue de littérature effectuée par Dickey montre que les infirmières ont certaines attitudes négatives vis-à-vis des personnes qui ont des relations sexuelles homosexuelles : « Literature indicates that nurses' attitudes toward patients with regard to same-sex orientation are often negative » (Dickey, 2012 : 565).

Les statistiques révèlent la présence de discrimination chez les gais et lesbiennes. Ainsi, un grand nombre d'ânés ont vécu toute leur vie de l'homophobie et ont eu à faire face à de la discrimination, à une pauvre qualité des services et des traitements principalement à cause de l'hétérosexisme (Brotman et al., 2006 ; Dickey, 2012) avec, comme conséquence, une sous-utilisation des services.

Comme mentionné plus haut, ces expériences négatives et dévalorisantes ont pour effet de limiter les demandes de services de santé et l'expression des besoins. Un constat désolant. La période de la vieillesse, surtout avancée, requiert bien souvent des soins et du soutien lorsque l'autonomie diminue. Il est urgent de renverser ces représentations négatives. Le contexte démographique, avec sa population vieillissante exponentielle, appelle un nombre croissant de professionnels à prendre soin des personnes LGBTQI âgées. Les pratiques sont à réviser.

L'hétérosexisme « prend comme acquis que tout le monde est hétérosexuel, sauf avis contraire » (Welzer-Lang, 2007)¹. Comme le rapporte Charlebois (2011), des intervenants posent la question des conjointes ou conjoints des personnes en les supposant de sexe opposé. Même si cette pratique a de bonnes intentions, elle rappelle « l'hégémonie ou la surreprésentation des réalités hétérosexuelles et contribue à l'idée, par effet de cumul, que seules ces dernières sont dignes d'être concrètes et visibles » (: 137). Certains adultes seront en mesure de faire face à cette « invisibilité », d'autres, comme les jeunes, plus vulnérables, ou les ânés, tairont leur réalité (Charlebois, 2007; Groupe de travail mixte contre l'homophobie, 2007 : 107;).

2. Parler ou se taire, le défi pour recevoir une aide professionnelle

Ainsi, les conjoints de même sexe et les proches aidants de personnes homosexuelles font face à des défis supplémentaires dans le système de santé et des services sociaux (Silverman, 2008). Il semble que les intervenants soient peu conscientisés et mal à l'aise avec les questions de l'identité et de la sexualité et évitent ainsi d'aborder le sujet (Brotman et al., 2006). Cette situation constitue, encore ici, une limite pour l'offre de services aux ânés gais et ânées lesbiennes.

Plusieurs gais et lesbiennes rapportent avoir vécu difficilement les relations avec les professionnels de la santé : refus de visites aux partenaires et amis, refus d'impliquer les partenaires concernant les soins à donner. Cette situation révèle un manque de sensibilisation et de connaissance,

¹ Cette définition est une adaptation libre de celle proposée par Joseph Neisen (1990).

et même, parfois, une discrimination encore présente chez le personnel soignant à l'égard des problèmes et des expériences vécues par les gais et les lesbiennes ainsi qu'une non-volonté de concevoir des politiques et des lignes directrices positives pour les aînés homosexuels (Kochman, 1997; Metz, 1997). Comme le soulignera l'usagère des services lors de notre expérience d'intervention, les bénéficiaires homosexuels sont particulièrement inquiets au sujet des services à domicile, du placement en hébergement et du soutien en groupes d'entraide. En raison de cette discrimination prévue ou réelle, les aînés homosexuels ont tendance à sous-utiliser les services sociaux et les services de santé (Silverman, 2008).

L'expérience de proche aidance, qu'elle se réalise en mode hétérosexuel ou homosexuel, se vit de la même façon sur plusieurs aspects selon un continuum oscillant entre deux pôles, l'un négatif de lourdeur, de stress, de fatigue et l'autre positif de satisfaction du travail accompli, de réalisation de soi, d'engagement et de sens donné à sa vie (Caradec, 2009). Cependant, des différences apparaissent chez les proches aidants homosexuels pendant et après la trajectoire de proche aidance : traiter avec des politiques et des pratiques insensibles ou non-soutenantes de leur relation, faire face au dévoilement de la nature de leur relation, planifier ou décider des actions pour protéger leur relation ou le fait d'être acceptés tels qu'ils sont, de faire face au défi de réintégrer la communauté gaie, de traverser les expériences d'être gai ou lesbienne dans ces situations, d'expérimenter la peine et la douleur sans qu'elles soient reconnues (Hash, 2006).

À titre d'exemple, au Québec, en 2006, deux organismes de soutien aux homosexuels, Gai Écoute² et le Réseau des lesbiennes du Québec ont remis un mémoire à la commission des aînés. Ils n'avaient pas réussi à trouver un seul homosexuel avoué en centre d'hébergement au Québec. Le Réseau des lesbiennes du Québec a organisé la diffusion d'une vidéo dans les centres d'hébergement pour sensibiliser les personnes à la condition lesbienne en ces lieux et certaines personnes ayant assisté à la projection ont par la suite été cataloguées homosexuelles et harcelées par les gens du milieu (Montpetit, 2009).

3. Couple de femmes âgées, lorsque la maladie survient

L'expérience d'intervention illustrant la problématique posée a été réalisée par l'un des auteurs, dans le cadre d'un stage de consolidation, de janvier à mai 2014, au sein d'un organisme communautaire régional du Québec, offrant, parmi ses services, le soutien psychosocial individuel et des groupes de soutien et d'entraide auprès de proches aidants. La majorité de la clientèle était composée de femmes âgées de plus de 60 ans, proches aidantes de leurs conjoints, atteints de maladies neurodégénératives telles la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies apparentées. Pour assurer la confidentialité, l'organisme ne sera pas identifié et les noms des personnes ainsi que certains renseignements personnels des dossiers ont été modifiés.

Contexte de la demande

La demande initiale a été faite, au début de l'année 2014, quand la cliente, Marie, a contacté l'organisme pour obtenir des services de soutien psychosocial individuel. Le facteur déclencheur de sa demande a été l'anniversaire de la mort de sa conjointe, Anne, survenue deux ans auparavant.

Cette femme, âgée de 75 ans, veuve depuis deux ans, a vécu une relation de couple sans enfant avec sa conjointe pendant 51 ans. Retraitée depuis sept ans, elle travaillait dans le domaine de la santé et vivait avec sa conjointe à l'extérieur de la ville depuis 35 ans. Les deux femmes ont beaucoup voyagé, mais rarement au Québec, de peur d'être reconnues. Elles s'intéressaient toutes les deux à la peinture et à la musique. La conjointe est décédée à l'âge de 94 ans, d'une maladie dégénérative qui a duré six ans. Au cours de leur relation, elles se sont peu ouvertes aux autres. Leur réseau social, déjà très restreint

² En janvier 2005, les deux organismes, Gai Écoute et la Fondation Émergence, présentaient un mémoire commentant le Rapport sur la mise en oeuvre de la loi sur les aînés 1999-2004 à la Commission de la culture de l'Assemblée nationale du Québec.

avant la mort de la conjointe, s'est rétréci avec la maladie de cette dernière. À l'exception de sa sœur, sa conjointe était sa seule amie.

Au moment des rencontres, Marie prenait des antidépresseurs depuis environ six mois. C'est une femme reconnue dans son champ d'expertise, dotée d'une bonne estime d'elle-même, d'une grande autonomie professionnelle, d'un sens des responsabilités très développé, habituée à résoudre les problèmes et d'une grande fidélité autant dans sa relation amoureuse que sur le plan professionnel.

Situation du couple

Marie a pris soin de sa conjointe à la maison pendant les six années de la maladie, sauf pendant les six derniers mois où celle-ci a été hébergée en CHSLD – centre d'hébergement de soins de longue durée. Elle a vécu une relation amoureuse intime pendant 51 ans. Elles n'ont jamais dévoilé leur relation de couple sauf à de rares amies et à la sœur de Marie. Elles ont toujours vécu en retrait, et, les 35 dernières années, à la campagne. Encore aujourd'hui, Marie est très discrète à cet égard.

Après la mort d'Anne, Marie se sentait seule, avait l'impression de ne pas avoir terminé de vivre son deuil, d'avoir perdu son identité et de ne pas savoir à quoi elle servait. Elle croyait que son deuil aurait été plus facile à vivre si elle avait vécu une relation hétérosexuelle parce que, selon elle, elle aurait pu en parler davantage.

Malgré la tristesse de Marie, il n'y avait pas de situation de crise ni de désorganisation de sa part. Jusqu'au début des consultations, elle parlait de son deuil uniquement avec sa sœur. Pour tenter de sortir de son isolement, elle avait repris, quelques heures par semaine, une activité bénévole qu'elle exerçait avant la maladie d'Anne.

Étant donnée la nature de la relation qu'elle entretenait avec sa conjointe et n'ayant pas su en parler ni dans son milieu professionnel ni auprès du personnel soignant, Marie s'est retrouvée seule et isolée après la mort d'Anne. Son homosexualité, toute sa vie, vécue presque cachée, l'empêchait de trop parler de la mort de sa conjointe et d'exprimer sa peine aux quelques personnes qu'elle côtoyait de peur de se dévoiler. Leur non-dévoilement en tant qu'homosexuelles durant la maladie de sa conjointe a mené Marie à vivre de nombreuses frustrations face au personnel soignant, frustrations dont elle n'osait parler à personne. Professionnelle du réseau de la santé toute sa vie et proche aidante pendant six années, elle s'était toujours définie comme aidante. Une fois sa conjointe décédée, elle n'avait plus personne de qui prendre soin. Son rôle d'aidante, son rôle conjugal et son rôle de confidente et d'amie n'étaient plus, et c'était comme si sa vie ne servait plus à rien et qu'elle avait perdu son identité en cours de proche aide. Elle cherchait à donner un sens à sa vie.

Le sentiment de solitude, le manque d'expression de sa peine, la perte de ses rôles, la difficulté de recommencer à vivre comme femme seule, tous ces éléments faisaient croire à un problème lié à un changement de vie. En plus, elle changeait de rôle et de statut en raison de la modification de sa situation sociale, à la suite de la mort de sa conjointe. Son problème de dépression réactionnelle était probablement relié à la longue maladie et à la mort de sa conjointe et au deuil en cours.

Bien que Marie ait démontré des habiletés à résoudre les problèmes au cours de sa carrière et durant la maladie de sa conjointe, son réseau social était très limité et, comme elle croyait devoir dévoiler son homosexualité pour y parvenir, elle n'était pas très motivée à changer. Tenant compte de ces facteurs, le pronostic de résolution des problèmes identifiés semblait moyennement élevé. Pour amener le changement chez Marie, ont été utilisés les rencontres individuelles et le recours à son réseau de bénévoles et à sa sœur. Marie a revu son médecin pour vérifier la médication d'antidépresseurs et des organismes féministes régionaux lui ont été recommandés par la suite.

L'approche féministe : se reconnaître, se réapproprier sa vie et sortir du placard

L'approche privilégiée a été l'approche féministe anti-oppressive. Les objectifs sous-jacents visaient à tenter de désarticuler les rapports d'oppression collective et continue (Lundy, 2004; Mullaly, 1997; 2002; 2007) et de marginalisation sociale (Davis, 2007; Mullaly, 2007), véhiculés par les dimensions

patriarcales de la société, source de souffrance d'abord en tant que femme, en tant que femme âgée puis en tant que femme marginalisée par son orientation sexuelle, et ensuite d'essayer avec elle de lui rendre son pouvoir personnel et son autonomie dans une perspective d'*empowerment* individuel (Ninacs, 2008). L'intervention s'est articulée autour de deux axes majeurs. D'abord, il lui fallait assumer son nouveau rôle, celui de femme seule, d'une part par une exploration de ses champs d'intérêt personnel et une prise de responsabilités accrue au sein de l'organisme de bénévolat auquel elle participait avant la maladie de sa conjointe, d'autre part par une plus grande participation à des activités sociales en lien avec son bénévolat et d'autres organisations. Ensuite, elle devait prendre conscience et définir ses besoins relationnels par l'inventaire de ses relations sociales et amicales actuelles et la recherche de situations de transactions sociales significatives en vue d'un agrandissement de son cercle social.

Suite à l'établissement d'un contrat informel avec Marie pour fixer les objectifs, les moyens pour y parvenir et les indicateurs de changement dans sa vie actuelle, le travail s'est effectué en rencontres individuelles au rythme de sa demande. Son expérience de proche aidante corroborait presque en tous points les différents éléments mentionnés dans la problématique. À titre d'exemple, Marie et sa conjointe ont vécu différentes formes de discrimination durant la maladie de cette dernière : refus du médecin d'accepter la présence de Marie lors des examens de sa conjointe, obligation de la conjointe de préciser que Marie était sa meilleure amie et qu'elle voulait une présence rassurante quand elle était encore suffisamment consciente pour le faire, commentaires désobligeants de la part du personnel soignant à son égard, manque conscient ou inconscient de perspicacité de la part de la travailleuse sociale pour une offre de soutien. Ses frustrations face au personnel soignant durant la maladie de sa conjointe ont demandé beaucoup de ventilation et de recadrage dans un contexte plus large d'oppression sociale et de marginalisation que celui de sa situation individuelle (Moreau, 1987). Pour évacuer sa peine et la souffrance de sa solitude, elle a eu besoin de beaucoup d'écoute et d'empathie. De plus, la révélation de soi et l'âge de l'intervenant psychosocial ont été des facteurs contribuant à l'établissement d'un lien de confiance plus rapide et à une forme de solidarité dans l'analyse des rapports d'oppression inconscients vécus et véhiculés par les intervenants du milieu de la santé, autant durant sa carrière que pendant la maladie de sa conjointe.

Après quelques rencontres, Marie a commencé à exprimer la peine causée par la perte de sa conjointe et les multiples frustrations vécues lors de la maladie de cette dernière ainsi qu'à prendre conscience du poids de l'oppression sociale généralisée, subie autant dans sa vie personnelle, professionnelle que dans son rôle de proche aidante. Puis, Marie a réalisé l'importance du réseau social et la nécessité d'agrandir son cercle d'amis et d'amies. Elle a aussi décidé d'accepter plus de responsabilités au sein de son organisme de bénévolat et de participer à des activités. De plus, elle a renoué avec ses intérêts, et a vu des expositions de peinture dans sa région et a assisté à des concerts à Montréal. Il est important et opportun de souligner que Marie a refusé, encore par crainte de dévoilement, de porter plainte que ce soit auprès de la Commissaire aux plaintes ou de certains ordres professionnels contre les comportements inadéquats et insensibles du médecin et de la travailleuse sociale de sa conjointe, contre les commentaires désobligeants et blessants du personnel soignant et contre le manque d'offre de soutien à son égard en tant que proche aidante durant toute la maladie d'Anne.

Au cours de la même période de stage, l'auteur a rencontré dans sa pratique un autre couple homosexuel. Encore une fois, il a observé la même crainte de dévoilement et le même refus de porter plainte contre les commentaires d'un médecin à propos d'un usager proche aidant, âgé de 65 ans, qui prend soin de son conjoint de 75 ans, de peur des représailles lors des soins à domicile offerts actuellement par le CLSC et dans l'éventualité prochaine de l'hébergement.

Comment expliquer le silence de Marie et celui de cet autre usager homosexuel? Méfiance envers les intervenants? Honte? Crainte de se sentir jugé? Disqualifié? Oppression et marginalisation déjà ressenties et vécues?

4. Enjeux de reconnaissance : de la reconnaissance juridique à la reconnaissance sociale pour un mieux vivre ensemble

Les normes sociales sont établies en fonction de l'époque, du pays et de la culture. Les normes sont imposées, érigées, par une majorité sans tenir compte des différences individuelles. Au Québec et dans plusieurs pays du monde, l'hétérosexualité est érigée comme norme sociale, mais, plus encore, « l'hétérosexualité est une institution ». Elle « fait système ». Elle n'est donc pas uniquement une pratique sexuelle personnelle résultant d'un choix individuel : elle constitue le modèle dominant dans nos sociétés (Boucher, 2003 : 141). L'hétérosexualité génère le danger du déni de reconnaissance des réalités des minorités sexuelles, le risque de les marginaliser. Est-ce dire que la valorisation de l'hétérosexualité entraîne l'hétérosexisme? Oui, en un sens. L'hétérosexisme constitue, selon Franklin et Stacey : « une forme de discrimination basée sur l'orientation sexuelle, qui contribue à faire de l'homosexualité et de la bisexualité des réalités jugées secondaires, voire inférieures » (1991, cité par Boucher, 2003 : 141). De son côté, Neisen (1990) établit un parallèle entre le racisme et l'hétérosexisme et soumet l'équation suivante « Heterosexism = prejudice + power [...] ». Neisen (1990) partage également la vision de Franklin et Stacey (1991) :

« Heterosexism is the continued promotion by the major institution of society of a heterosexual lifestyle while simultaneously subordinating any other lifestyles (i.e. gay/lesbian/bisexual). Heterosexism is based on unfounded prejudices just as racism, sexism, etc. are based on unfounded prejudices » (1990 : 25).

La hiérarchisation de l'orientation sexuelle, la valorisation du modèle hétérosexuel et la : « normalité du désir hétérosexuel et de la sexualité saine qui lui est associée » (Baril, 2007 : 68) comme étant la conduite normative à adopter, marginalisent les minorités sexuelles et font des réalités des personnes LGBTQI des réalités secondaires, voire inférieures. Par exemple, comme le mentionne Ryan (2003) « plusieurs gais et lesbiennes rencontrent une très forte aliénation à cause de leur appartenance identitaire à une minorité, dont ils ont le sentiment qu'elle n'est pas affirmée dans l'ensemble de la communauté » (: 79).

L'hétérosexisme produit des inégalités dans les statuts d'où découlent des inégalités de droit, des préjugés négatifs et des iniquités. Les préjugés négatifs sont préjudiciables parce que souvent vécus et ressentis comme une disqualification. Une reconnaissance négative se traduit par une stigmatisation et des injustices auxquelles doivent faire face les personnes qui en sont victimes. Une reconnaissance négative réduit les personnes à leur statut de marginaux, elles sont dépréciées et peu dignes d'intérêt (Nadeau, 2007).

Les personnes LGBTQI, comme plusieurs personnes marginalisées, font face à des discriminations dans plusieurs lieux : au sein des appareils de l'État, dans le secteur des services sociaux et de la santé, de l'emploi, de l'éducation, de la politique et du logement. Ces discriminations amènent à vivre des expériences d'injustice (Renault, 2004) qui constituent un déni de reconnaissance. Les personnes sont dépréciées et la dépréciation sociale conduit à « juger négativement certains individus et à les stigmatiser » (Paugam, 2009 : 85) portant ainsi atteinte à leur dignité et à leur honneur social.

Mésestime sociale est le terme emprunté par Pourtois (2002) pour indiquer les diverses formes d'injustice qui constituent un mal moral et dont la source provient d'une forme d'oppression subie : « La non-reconnaissance ou la reconnaissance inadéquate peuvent causer du tort et constituer une forme d'oppression » (Taylor, 1994, cité par Pourtois, 2002 : 290). Ces formes d'oppression se vivent dans un rapport de pouvoir et provoquent une souffrance inscrite comme expérience sociale. La souffrance sociale relève d'un enchevêtrement complexe où s'entremêlent des signifiants personnels, sociaux et politiques, elle s'inscrit :

« dans un réseau complexe de causalités macro et microsociales ainsi que personnelles [et permet de saisir] à quel point les rapports sociaux, politiques, économiques et institutionnels occupent une place centrale dans l'expérience de la souffrance » (Lamoureux, 2001 : 32).

Partageant le regard de Lamoureux, le déni de reconnaissance, selon Renault (2006), est le produit du fonctionnement même des institutions sociales, de leurs valeurs normatives. Selon Lamoureux (2006), l'existence sociale est une existence au sein des institutions et les institutions sont toujours porteuses de valeurs normatives qui s'expriment et se vivent à travers les relations sociales. L'effet en est parfois que certaines catégories d'individus sont invisibles. Cette invisibilité produit du déni de reconnaissance, de la mésestime sociale ou du mépris entraînant une distribution inéquitable des ressources (Nadeau, 2007; Fraser, 2004) et portant atteinte aux droits sociaux et aux protections individuelles. Or, le manque de protection contre la discrimination en matière de droits persiste (Charlebois, 2011). La reconnaissance s'exprime avant tout à travers les rapports sociaux et appelle à des formes de protection juridique – droits civils, politiques et sociaux et donc, à une justice. À ce titre, la politique québécoise de lutte contre l'homophobie, mise en place par le Ministère de la justice (2009), a mis en œuvre des orientations stratégiques dans le but de lutter contre les discriminations :

« [...] le phénomène de la diversité sexuelle est encore largement incompris. Les cultures et les mentalités demeurent empreintes de préjugés et de sentiments homophobes. Dans les familles, à l'école, au travail, il n'est pas rare que les personnes soient confrontées au rejet, à l'intimidation, ou même à des comportements violents suscités par l'homophobie. Une telle situation amène souvent les personnes à taire leur orientation sexuelle pour ne pas subir la réprobation sociale » (Ministère de la justice, 2009 : 3)

Par ailleurs, la Charte des droits et libertés de la personne a été modifiée en 1977 pour inclure l'orientation sexuelle dans les motifs de discrimination interdits. Voici ce qu'on en dit :

« Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle... Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit » (Chartes des droits et libertés, 1982).

De même, l'exercice des droits relève des personnes, mais aussi de la collectivité au sein de laquelle celles-ci évoluent, que ce soit à l'école, au travail, au sein d'équipes sportives, etc. (ministère de la Justice, 2009). À cet égard, les intervenants et intervenantes des secteurs public et/ou privé dont le rôle consiste à accompagner les personnes doivent être outillés, afin que les personnes LGBTQI puissent avoir accès à des services de qualité offerts par des personnes qualifiées, en mesure de saisir les enjeux dans toute la complexité de la réalité et des besoins des personnes, qu'elles soient gaies, lesbiennes, bisexuelles, transsexuelles ou transgenres. Dans l'étude de Brotman et al. (2006) sur les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leur famille au Canada, ces derniers révèlent des besoins similaires aux personnes hétérosexuelles : maintien de leur indépendance et de leur autonomie, désir de demeurer le plus longtemps possible à domicile avec une aide extérieure en cas d'une diminution de leur autonomie. Les discours s'éloignent des personnes hétérosexuelles lorsqu'on se réfère au choix d'une résidence. Les aînés LGBTQI expriment le souhait de vivre là où l'on prend en compte les besoins spécifiques des aînés gais et aînées lesbiennes, et dans un environnement ouvert qui reconnaît leurs identités gaies et lesbiennes. Dans cette même étude de Brotman et al. (2006), les aînés LGBTQI ont également exprimé une peur ou une confiance relative envers les établissements résidentiels pour grand public. Cette même crainte de l'homophobie et de l'hétérosexisme s'exprime face aux services de santé et aux services sociaux. Le fait de ne pas prendre en compte ou de divulguer son orientation sexuelle empêche de recevoir les soins et le soutien dont les personnes LGBTQI ont besoin. Les proches aidants et aidantes témoignent également de cette situation et relèvent le manque de visibilité auquel ils sont confrontés au sein des services sociaux et de santé et des organisations s'adressant aux aidants bénévoles.

La reconnaissance de la diversité dans nos services publics constitue un enjeu crucial. Cette reconnaissance s'inscrit par la mise en place de conditions susceptibles de réduire et d'éviter l'exclusion.

Elle exige un souci d'équité entre les personnes dans le respect des différences de statut et d'identité dans les services dispensés.

La méconnaissance de la réalité et des besoins des personnes LGBTQI permet difficilement de rejoindre une partie de la population et tout spécialement les aînés LGBTQI. À cet égard, le vieillissement de la population comporte un défi important pour le réseau de la santé et des services sociaux. Les personnes âgées LGBTQI aspirent, comme tout le monde, à la reconnaissance et, en raison des discriminations souvent vécues et parfois même de la part des intervenants et intervenantes, elles sont sensibles au rapport de pouvoir et peuvent ressentir certaines craintes ainsi que de l'inconfort face aux professionnels.

La formation des intervenants et des intervenantes s'avère nécessaire. Elle ne s'improvise pas. Il ne suffit pas d'être ouvert à la différence pour s'avouer compétent. La formation initiale et continue, dans une démarche réflexive comme l'indique Charlebois (2011), permet le développement de compétences pour intervenir auprès des personnes LGBTQI, d'une expertise, d'une aisance et d'une sensibilité à l'égard des réalités vécues par les personnes LGBTQI, tout en demeurant, en tant qu'intervenants, toujours conscients de nos préjugés. Par ailleurs, le réseau de la santé et des services sociaux devrait se faire moins timide face à la diversité par le biais de différents médias en plus de soutenir les intervenantes via des formations permettant de mieux les outiller sur le plan des pratiques, de les sensibiliser aux réalités des personnes LGBTQI, de déconstruire leurs préjugés, de les sensibiliser aux expériences d'intolérance vécues et à l'importance de l'empathie. La dynamique entre les professionnels et les personnes LGBTQI, dans un climat d'ouverture et un sentiment de compréhension, favoriserait davantage la confiance et le dévoilement.

CONCLUSION

Les préjugés sont difficiles à déconstruire. L'expérience de Marie évoquée plus haut, son histoire, la non-reconnaissance de son statut de conjointe, son isolement, indiquent le chemin qu'il reste à parcourir pour devenir une société plus inclusive. Les personnes LGBTQI ont subi et subissent encore de nombreuses formes de répression, ici, au Québec et ailleurs. À titre d'exemple, malgré le retrait du DSM III de l'homosexualité comme trouble mental, les thérapies réparatrices existent toujours – *the gay cure* (Daniel, 2009). Les discriminations persistent et le déni de reconnaissance constitue un enjeu fondamental pour les personnes LGBTQI.

Les normes politiques et juridiques de reconnaissance et de non-reconnaissance ont évolué grâce au courage et à la force de détermination de militants et militantes engagés au sein de mouvements sociaux, investis pour la reconnaissance en matière de droits citoyens et de droits sociaux. Toutefois, l'invisibilité des personnes LGBTQI dans les services de santé et services sociaux et le manque de reconnaissance des conjoints de même sexe sont des indices du travail qu'il reste à accomplir en matière de droits sociaux et citoyens pour un accès à des services de qualité sans discrimination, en reconnaissance des besoins et des réalités des personnes LGBTQI.

Le rapport égalitaire reconnaît la part de l'autre, à la fois différent, unique, et pourtant semblable à soi dans la commune appartenance à une même humanité. Il découle de cette demande de reconnaissance un paradoxe, une tension, entre le souhait d'être semblable et celui d'être reconnu en tant que personne unique et singulière. C'est là tout le défi de l'inclusion.

L'inclusion est avant tout un défi collectif où tous ont une place, peu importe le statut et les identités. Le concept d'inclusion rejette l'idée d'une transformation individuelle et d'une adaptation personnelle au sein des structures en place, mais s'inscrit davantage comme défi social collectif reposant sur la reconnaissance et les solidarités (Billette, Lavoie, 2010). Le vivre ensemble suppose certaines valeurs dont la solidarité et la prise en compte de populations minoritaires ou exclues, peu importe le statut, l'âge et les identités.

Les recherches doivent également se poursuivre dans ce champ de la vieillesse. Mieux comprendre les enjeux et renverser le phénomène de l'exclusion et de la discrimination pour jouer en faveur de l'égalité et de la reconnaissance, entre et pour toutes et tous.

ABSTRACT :

Within the framework of a social work internship with a Québec community organization, one of the authors applied the feminist approach to dealings with a 75-year old woman whose same-sex partner had died two years before. This experience highlighted the prejudices of workers in the health and social services sector with regards to the LBGTQI community. This discriminatory behaviour has an impact on the life of couples. Despite the Québec government's fight against homophobia and the Charter of Rights and Freedoms, members of the LBGTQI community remain invisible in the health and social services network. The training of workers is therefore important.

KEY WORDS :

elderly sexual minorities, bereavement in old age - Psychological aspects, lesbian couples, discrimination, access to services

RÉFÉRENCES

- Baril, A. (2007). « De la construction du genre à la construction du "sexe" : les thèses féministes postmodernes dans l'œuvre de Judith Butler », *Recherches féministes*, 20 (2), 61-90.
- Beauchamp, D. L. (2004). *L'orientation sexuelle et la victimisation*, Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/85f0033m2008016-fra.pdf. Consulté le 5 octobre 2014.
- Boucher, K. (2003). « Faites la prévention, mais pas l'amour ! : des regards féministes sur la recherche et l'intervention en éducation sexuelle », *Recherches féministes*, 16 (1), 121-158.
- Billette, V. et J.-P. Lavoie (2010). « Vieillissements, exclusion sociale et solidarité » : 1-22, dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A. et I. Olazabal, (sous la dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, Québec : PUQ.
- Brotman, S., Ryan, B. et R. Cormier (2010). « Comprendre et soutenir les aînés gais et lesbiennes » : 93-107, dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A. et I. Olazabal (sous la dir.). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, Québec, PUQ.
- Brotman, S., Ryan, B., Meyer, E. avec la contribution de Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Peterkin, A. et B. Richard,. (2006). *Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada*, Rapport synthèse, École de service social de McGill. www.mcgill.ca/files/interaction/Rapport_Synthese_Aines_Gais_Lesbiennes.pdf. Consulté le 2 septembre 2014.
- Caradec, V. (2009). « Vieillir, un fardeau pour les proches? », *Lien social et Politiques*, no.62, 111-122.
- Centrale des syndicats du Québec (s.d.). *Rappel historique de la condition homosexuelle*, Québec : Comité des droits des gais et lesbiennes. www.lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/enjeux_sociaux/diversite_sexuelle/rappel_historique_condition_homosexuelle.pdf. Consulté le 20 août 2014.
- Charlebois, J. (2011). « Au-delà de la phobie de l'homo : quand le concept d'homophobie porte ombrage à la lutte contre l'hétérosexisme et l'hétéronormativité », *Reflets*, 17 (1), 112-149.
- Charte canadienne des droits et libertés (1982). *Partie I annexe B, Canada* : Patrimoine Canada. <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>. Consulté le 20 août 2014.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (1994). *De l'illégalité à l'égalité*, Rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes, Montréal : BANQ. www.cdpcj.gc.ca/publications/rapport_consultation_homophobie_1994.pdf. Consulté le 1er novembre 2014.
- Claes, J. A. et W. Moore (2000). « Issues confronting lesbian and gay elders: The challenge for health and human services providers », *Journal of Health & Human Services Administration*, 23, 181-202.
- Daniel, J. (2009). « The gay cure? », *Therapy Today*, 20(8). www.therapytoday.net/article/show/1168/. Consulté le 20 août 2014.

- D'Augelli, A. R. et A.H. Grossman (2001). « Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults », *Journal of interpersonal violence*, 16(10), 1008-1027.
- Davis, A. (2007). « Structural approaches to social work » : 64-74, in Lishman, J. *Handbook of theory for practice teachers in social work*, London, Great Britain : Jessica Kingsley Publishers.
- Dickey, G. (2012). « Survey of Homophobia: Views on Sexual Orientation From Certified Nurse Assistants Who Work in Long-Term Care », *Research on Aging*, 35(5), 563-570.
- Franklin, S. et J. Stacey (1991). « Le point de vue lesbien dans les études féministes », *Nouvelles Questions féministes*, 16-17-18, 119-136.
- Fraser, N. (2004). « Justice sociale, redistribution et reconnaissance », *Revue du MAUSS*, 1(23), 152-164.
- Groupe de travail mixte contre l'homophobie (2007). *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, Montréal : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. www.cdpcj.qc.ca/publications/rapport_homophobie.pdf
Consulté le 12 août 2014.
- Hash, K. (2006). « Caregiving and Post-Caregiving Experiences of Midlife and Older Gay Men and Lesbians », *Journal of Gerontological Social Work*, 47(3/4), 121-138.
- Institut national de santé publique du Québec (s.d.). « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité. Intervenir dans le respect des orientations sexuelles ». www.csn.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=090fa187-24ca-4486-ab5d-808657790c5d&groupId=3203655.
Consulté le 4 octobre 2014.
- Kochman, A. (1997). « Gay and lesbian seniorly : Historical overview and implications for social work practice », *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 6(1), 1-10.
- Lamoureux, J. (2001). « Marges et citoyenneté », *Sociologie et sociétés*, 33 (2), 29-47.
- Lundy, C. (2004). *Social work and social justice : a structural approach to practice*, Peterborough : Broadview Press.
- Macé, É. (2010). « Ce que les normes font aux corps/ce que les corps font aux normes de genre », *Sociologie*, 2010/1, 497-515.
- Metz, P. (1997). « Staff development for working with lesbian and gay seniors », *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 6 (1), 35-44.
- Montpetit, C. (2009). « L'homosexualité des personnes âgées : briser le mur du silence », *Le Devoir*.
www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/248820/1-homosexualite-des-personnes-agees-briser-le-mur-du-silence.
Consulté le 1er avril 2014.
- Moreau, M. (1987). « L'approche structurelle en travail social : implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle », *Service social*, 36(2-3), 227-247.
- Mullaly, R. P. (1997). *Structural social work : Ideology, theory and practice*, Toronto:Oxford University Press.
- Mullaly, R.P. (2002). *Challenging oppression : a critical approach* (2nd Ed.), Don Mills, Ontario : Oxford University Press.
- Mullaly, R.P. (2007). *The new structural social work* (3th Ed), Don Mills : Oxford University Press.
- Nadeau, L. (2007). « L'altérité dans la rencontre de psychiatrie transculturelle. Éthique de l'altérité » : 177-190, dans Montgomery, C. et M. Cagnet (sous la dir.). *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Québec : Les Presses de l'université Laval.
- Neisen, J.-H. (1990). « Heterosexism : redefining homophobia for the 1990s », *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 1 (3), 21-35.
- Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec : PUL.
- Paugam, S. (2009). *Le lien social*, Paris : PUF.
- Pourtois, H. (2002). « Lutte pour la reconnaissance et politique délibérative », *Philosophiques*, 29 (2), 287-309.
- Ministère de la Justice (2009). Politique québécoise de lutte contre l'homophobie, Québec. www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/pdf/homophobie.pdf
Consulté le 20 août 2014.
- Renault, E. (2004). *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*, Paris : La Découverte.
- Renault, E. (2006). « La reconnaissance au cœur du social », *Sciences Humaines*, 2006/172.

www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_article=14471.

Consulté le 12 août 4 avril 2010.

Ryan, B., Fisher, J., McLeod, A., Maharaj, R. et W. Maxwell (2003). *Nouveau regard sur l'homophobie et l'hétérosexisme au Canada*, Société canadienne du sida. [http://www.cdn aids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/309ecb303c1c31fe05257603006dc546/\\$FILE/Rapport%20sur%20l%C2%B9homophobie%20et%20l%C2%B9h%C3%A9t%C3%A9rosexisme.pdf](http://www.cdn aids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/309ecb303c1c31fe05257603006dc546/$FILE/Rapport%20sur%20l%C2%B9homophobie%20et%20l%C2%B9h%C3%A9t%C3%A9rosexisme.pdf)

Consulté le 3 août 2014.

Silverman, M. (2008). *Le counseling auprès des proches aidants*, Montréal, Québec : Les Éditions du remue-ménage.

Spencer, C. (2007). « Older, Queer, and Yes We Are Here : Service delivery for gays and lesbians in later life », présentation pour la Commission canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 27 septembre 2007.

<http://caregivertoolkit.ca/BackingUp/wp-content/uploads/2011/09/Gay-Seniors.pdf>

Consulté le 20 août 2014.

Taylor, C. (1994). *Multiculturalism and the Politics of Recognition*, Princeton : Princeton University Press.

Welzer-Lang, D. (2007). « L'évolution de la notion d'homophobie : un signe de l'éclatement du genre et d'une marche égalitaire vers la multisexualité », conférence prononcée dans le cadre la 3e Journée Mondiale de Lutte contre l'Homophobie, Idaho, (5 août).

<http://daniel.welzer-lang.over-blog.fr/article-10573784.html>

Consulté le 5 août 2014