



ATELIER DE FORMATION

CAHIER DU PARTICIPANT

ADAPTER NOS INTERVENTIONS AUX RÉALITÉS HOMOSEXUELLES ET BISEXUELLES



INTERVENIR
À TOUS LES ÂGES
DE LA VIE



PROGRAMME DE FORMATION

Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles et bisexuelles

INTERVENIR À TOUS LES ÂGES DE LA VIE

Cahier du participant

Janvier 2011

Québec 

Coordination

Nicole Marois, coordonnatrice professionnelle
Programmes nationaux de formation, Unité des ITSS
Direction des risques biologiques et santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Conception originale du programme de formation

Irène Demczuk, sociologue

Michel Dorais, professeur agrégé, École de service social,
Faculté des sciences sociales, Université Laval

Lynda Peers, psychologue

Bill Ryan, professeur adjoint et chercheur à l'École de service social, Université McGill

Conception et rédaction 2011

Pierre Berthelot, travailleur social

Patrick Berthiaume, sexologue, MSSS

Renée Gosselin, psychologue

Marie Houzeau, andragogue

Robert Rousseau, psychoéducateur

Bill Ryan, travailleur social et andragogue

Françoise Susset, psychologue

Encadrement pédagogique

Daniel Paquette, M.D.

Direction du développement professionnel continu
Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé
Faculté de médecine, Université de Montréal

Secrétariat et éditique

Linda Cléroux

Programmes nationaux de formation, Unité des ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Reconnaissance de formation

Les participants recevront une attestation de formation continue officielle émise par le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, dûment accréditée pour émettre des unités d'éducation continue (UEC). Chaque UEC représente six heures de participation à une activité structurée de formation répondant à des normes de qualité de haut niveau sur les plans administratif et pédagogique.

Le CPASS de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, pleinement agréé par l'Association des facultés de médecine du Canada, le Collège des médecins du Québec et, par réciprocité, par le Conseil américain d'accréditation en éducation médicale continue, accorde 3 heures de crédits en éducation médicale continue (catégorie 1) au médecin omnipraticien participant à cet atelier. Pour les médecins omnipraticiens, cette activité est admissible à l'allocation forfaitaire du fonds de formation continue de la RAMQ.

Les médecins spécialistes inscrits au programme du Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada reçoivent 1,0 crédit de la section 1 par heure de participation.

L'Institut national de santé publique du Québec est un établissement d'enseignement reconnu en vertu de l'article 7.6 de la loi favorisant le développement de la formation de main-d'œuvre.

Table des matières

PRÉAMBULE

BUT

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

CLIENTÈLE VISÉE

HORAIRE

MODULE 1 - LE «COMING-OUT» : DE LA DÉCOUVERTE À L’AFFIRMATION

MODULE 2 - SEXUALITÉS ET RELATIONS AMOUREUSES

MODULE 3 - DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

TEXTES D'ACCOMPAGNEMENT

PRÉAMBULE

Les mots sont moins souvent prononcés. Mais certains préjugés concernant les personnes homosexuelles ou bisexuelles ont la vie dure. Dans l'esprit d'une frange de la population, ces personnes seraient ainsi anormales, malades, immorales, voire perverses. Des idées encore répandues malgré des avancées en matière de droit à l'égalité. En réalité, il n'y a pas de comportements sexuels particuliers qui distinguent les personnes homosexuelles des personnes hétérosexuelles. Les goûts, les préférences et les pratiques sexuelles sont semblables pour toutes les orientations.

Nous vivons dans une société où l'hétérosexualité est promue comme modèle naturel et normatif des relations amoureuses entre les êtres humains. La stigmatisation sous-jacente qui résulte de ces pressions sociétales retient de nombreux jeunes et adultes de révéler leur homosexualité ou bisexualité à leur entourage. Anxiété, détresse, crainte des préjugés... à ces facteurs d'isolement vient s'ajouter la prévalence élevée à l'infection au VIH.

Mais depuis le milieu des années 90, les intervenants s'intéressent davantage à l'homosexualité. Mais que savons-nous aujourd'hui de la diversité des orientations sexuelles ? Quelle est la situation des jeunes et des adultes homosexuels et bisexuels au Québec ? Quelles sont les principales difficultés que ces personnes doivent affronter ? Et surtout, comment mieux venir en aide à ces dernières et à leurs proches ? Voilà certaines des questions auxquelles la formation offerte apportera des réponses.

BUT

En conformité avec les différentes orientations préconisées par le *Programme national de santé publique* et la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, cette activité de formation permettra d'agir sur les facteurs de vulnérabilité des personnes d'orientation homosexuelle et bisexuelle et d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Améliorer les connaissances ainsi que les habiletés d'intervention
- Favoriser l'adoption d'attitudes empathiques envers les personnes d'orientation homosexuelle et bisexuelle

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

MODULE 1

- Identifier les étapes du développement qui mènent à l'intégration de l'orientation homosexuelle et bisexuelle (le comingout)
- Reconnaître les principaux enjeux de santé rencontrés à chacune de ces étapes
- Identifier les facteurs personnels et sociaux qui influencent le degré de difficulté de ce processus d'intégration
- Accueillir et accompagner l'individu dans son cheminement

MODULE 2

- Identifier les caractéristiques spécifiques de la conjugalité chez les couples de même sexe
- Démystifier les comportements sexuels des jeunes et adultes gaies, lesbiennes et bisexuels
- Identifier les facteurs de risques reliés à la transmission des ITSS
- Conseiller sur les mesures de prévention pour le VIH et autres ITSS.

MODULE 3

- Expérimenter différents scénarios et stratégies d'intervention relatives aux principales difficultés rencontrées par les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles
- Reconnaître ses compétences et ses limites dans l'intervention
- Identifier les connaissances et les habiletés à développer pour une intervention plus efficace auprès des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles
- Utiliser des pistes d'intervention adéquates pour ces clientèles

CLIENTÈLE VISÉE

Intervenants, enseignants et personnel d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux, de l'éducation et des organismes communautaires qui ont déjà suivi la formation « Pour une nouvelle vision de l'homosexualité ».

HORAIRE

8h30	Accueil et présentation de l'horaire
8h35	Objectifs et attentes des participants
8h50	Film : Moi c'est moi, c'est ça la différence
9h25	Module 1 - Le « coming-out » : De la découverte à l'affirmation
10h15	Pause
10h30	Module 1 - Le « coming-out » : De la découverte à l'affirmation (suite) <ul style="list-style-type: none">• Les 6 étapes du coming-out• Difficultés vécus et enjeux de santé• Différences selon le sexe, l'âge, la culture, etc• L'intervention non-hétérosexiste
11h30	Sexualité et relation amoureuse
12h00	Repas
13h30	Module 2 - La sexualité et la relation amoureuse <ul style="list-style-type: none">• Rôles sociaux-sexuels et dynamiques particulières au couple de même sexe• Impact de l'homophobie et de l'hétérosexisme sur le couple de même sexe• Découverte et initiation à la sexualité entre personnes de même sexe• Pratiques sexuelles entre hommes et entre femmes• Facteurs de risques transmission ITSS• Mesures de prévention ITSS
14h00	Module 3 - De la théorie à la pratique <p>Choix parmi 8 situations cliniques (3 à 4)</p> <ul style="list-style-type: none">• Prévoir pause au milieu du PM
15h00	Pause
15h15	Intervenir à tous les âges de la vie : De la théorie à la pratique
16h15	Évaluation
16h30	Fin de la journée

Module 1
LE «COMING-OUT» :
DE LA DÉCOUVERTE À L’AFFIRMATION

MODULE 1 - LE «COMING-OUT» : DE LA DÉCOUVERTE À L’AFFIRMATION

FICHE PÉDAGOGIQUE – MODULE 1 – LE «COMING-OUT» : DE LA DÉCOUVERTE À L’AFFIRMATION

Objectifs généraux :

- Améliorer les connaissances ainsi que les habiletés d’intervention
- Favoriser l’adoption d’attitudes empathiques envers les personnes d’orientation homosexuelle et bisexuelles.

Objectifs spécifiques :

À la fin de ce module, le participant sera en mesure de :

- Identifier les étapes du développement qui mènent à l’intégration de l’orientation homosexuelle et bisexuelle (le comingout)
- Reconnaître les principaux enjeux de santé rencontrés à chacune de ces étapes
- Identifier les facteurs personnels et sociaux qui influencent le degré de difficulté de ce processus d’intégration
- Accueillir et accompagner l’individu dans son cheminement

Méthodes pédagogiques :

- Film (mise en situation)
- Exposé magistral
- Jeux de rôle

Éléments de contenu :

- Les 6 étapes du « coming-out »
- Les difficultés vécus et enjeux de santé
- Différences selon le sexe, l’âge, la culture, etc.
- L’intervention non-hétérosexiste

Matériel d’accompagnement :

- Film MOI C’EST MOI, C’EST ÇA LA DIFFÉRENCE, Librairie Pélagie, Shippagan...
- Voir la section «Textes d’accompagnement»



Module 1



Le coming-out De la découverte à l'affirmation



Objectifs spécifiques



- Identifier les étapes du développement qui mènent à l'intégration de l'orientation homosexuelle et bisexuelle (le coming-out)
- Reconnaître les principaux enjeux de santé rencontrés à chacune de ces étapes
- Identifier les facteurs personnels et sociaux qui influencent le degré de difficulté de ce processus d'intégration
- Accueillir et accompagner l'individu dans son cheminement

2



Le coming-out: De la découverte à l'affirmation



- Les 6 étapes du coming-out
- Difficultés et enjeux de santé
- Différences selon le sexe, l'âge, la culture, etc
- L'approche non-hétérosexiste

3

Les six étapes du coming-out



4

Les étapes en un clin d'oeil



1. Se questionner sur son orientation sexuelle
2. Reconnaître ses attirances
3. Étudier à fond ses attirances
4. Reconnaître son orientation sexuelle
5. Valoriser son orientation sexuelle
6. Intégrer son orientation sexuelle

5

Les étapes



1- Se questionner sur son orientation sexuelle

Le suis-je?

Je ne peux pas, je ne veux pas l'être!

- Sentiments de marginalisation
- Étiqueter les autres et s'étiqueter soi-même
- Mettre à l'épreuve les attitudes des gens
- Rechercher des renseignements en cachette

6

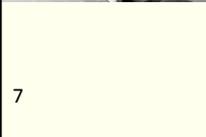
Les étapes



2- Reconnaître ses attirances

Je pense qu'il est possible que je le sois . . . !

- Situation conflictuelle entre le «moi» que je connais et le «moi» connu par les autres
- Confronté(e) à l'hétérosexisme et à l'homophobie
- Considère la possibilité d'être gai, lesbienne ou bisexuel



7

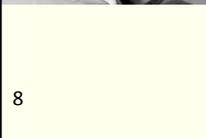
Les étapes



3- Étudier à fond ses attirances

Il est probable que ce soit mon cas!

- Expérimentation de situations d'ordre sexuel et social
- Différenciation avec la majorité hétérosexuelle
- Examen de la possibilité de divulgation (à qui? quand? comment?)



8

Les étapes



4- Reconnaître son orientation sexuelle

Je reconnais que c'est mon cas!



- Intérêt accru pour expérimentation de situations d'ordre sexuel et social
- Élaboration de stratégies d'adaptation relatives à la dualité
- Adoption d'une idéologie de légitimité

9

Les étapes



5- Valoriser son orientation sexuelle

Je suis fier de l'être!



- Abandon de la clandestinité absolue
- Investissement par rapport à l'identité et la fierté gaies et lesbiennes
- “ Nous et eux ”, identification profonde aux communautés gaie et lesbienne

10

Les étapes



6- Intégrer son orientation sexuelle

Je me sens à l'aise avec moi-même,
je me sens à l'aise avec les autres!



- Renforcement de l'identité gaie, lesbienne et bisexuelle
- Accroissement de la capacité d'établir des rapports sociaux plus authentiques
- « Mon orientation sexuelle n'est qu'une des composantes de ma personnalité »

11

Spécificités du Coming-out à l'âge adulte



Le Coming-out chez l'adulte

- Correspond souvent à une « crise de la quarantaine » CAD à un désir de vivre une vie plus authentique
- Plus d'outils disponibles que chez l'adolescent :
 - Beaucoup d'autres défis développementaux sont réglés
 - En général, plus grande confiance en soi



12

Spécificités du Coming-out à l'âge adulte (suite)



Le Coming-out chez l'adulte : Les défis

- Potentiellement de nombreuses crises/pertes:
 - Conjoint, famille, amis, statut social
 - Confronté au choc vécu par les proches
 - Réaction des ados
- Intégration dans une communauté lgb plus âgée
 - "Le privilège hétérosexuel"
 - La culture gaie, la jeunesse et la beauté

13

Spécificités du Coming-out à l'âge adulte (suite)



Le Coming-out chez l'adulte : Les défis (suite)

- Déconstruction de toute une vie d'attentes/ de perceptions
- Gérer la marginalisation/Apprivoiser le statut minoritaire

SOYEZ ATTENTIFS: Réseau de soutien lgb, processus de deuil, "dating", vie sexuelle/de couple, sentiment de perte/de trahison vécu par la conjointe/le conjoint, famille recomposée

14

Difficultés vécues et enjeux de santé



- Problèmes d'isolement
- Difficultés dans les relations avec la famille
- Violence homophobe
 - Milieux jeunesse
 - Milieux adultes
- Problèmes reliés aux choix de carrière et au milieu de travail
- Risques reliés à la santé sexuelle (ITSS, etc.)

15

Mettre réf page cahier

Les composantes d'une approche non-hétérosexiste



- Ne présumez pas de l'hétérosexualité
- Valoriser tous les modèles de rapports humains
- L'orientation sexuelle ne détermine pas le degré de bien-être d'un individu
- Identifiez le vrai problème: son origine n'est pas nécessairement reliée à l'orientation sexuelle

16

Les composantes d'une approche non-hétérosexiste



- Ne sous-estimez pas l'homophobie : reconnaître l'impact de la stigmatisation sociale sur l'épanouissement et le bien-être de l'individu, du couple et de la famille
- Une expérience sexuelle ne détermine pas l'orientation sexuelle de la personne
- Seule la personne peut définir son orientation sexuelle, notre rôle est de l'accompagner
- N'hésitez pas à demander de l'aide si nécessaire

17

Messages-clés



- Le coming-out se fait à tout âge
- Il n'est pas toujours vécu de façon linéaire et n'est jamais définitivement complété.
- Le vécu du coming-out est modulé en fonction de différents facteurs: sexe , âge, culture, etc
- Pour atteindre santé et bien-être, le coming-out est un passage incontournable

18

Messages-clés



- Intervenir en considérant les effets de l'homophobie et l'hétérosexisme sur la santé mentale et physique
- Tenir compte de l'effet cumulatif des différents statuts minoritaires qu'un individu peut vivre
- L'égalité sociale va au-delà de la tolérance

19

Module 2

SEXUALITÉS ET RELATIONS AMOUREUSES

MODULE 2 - SEXUALITÉS ET RELATIONS AMOUREUSES

FICHE PÉDAGOGIQUE – MODULE 2 – SEXUALITÉS ET RELATIONS AMOUREUSES

Objectifs généraux :

- Améliorer les connaissances ainsi que les habiletés d'intervention
- Favoriser l'adoption d'attitudes empathiques envers les personnes d'orientation homosexuelle et bisexuelles

Objectifs spécifiques :

À la fin de ce module, le participant sera en mesure de :

- Identifier les caractéristiques spécifiques de la conjugalité chez les couples de même sexe
- Démystifier les comportements sexuels des jeunes et adultes gaies, lesbiennes et bisexuels
- Identifier les facteurs de risques reliés à la transmission des ITSS
- Conseiller sur les mesures de prévention pour le VIH et autres ITSS.

Méthodes pédagogiques :

- Discussion en petit groupe

Éléments de contenu :

- Rôles sociaux-sexuels et dynamiques particulières au couple de même sexe
- Impact de l'homophobie et de l'hétérosexisme sur le couple de même sexe
- Découverte et initiation à la sexualité entre personnes de même sexe
- Pratiques sexuelles entre hommes et entre femmes
- Facteurs de risques transmission ITSS
- Mesures de prévention ITSS

Matériel d'accompagnement :

- Voir la section «Textes d'accompagnement»



Module 2



Sexualités et relations amoureuses

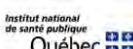


Objectifs spécifiques



- Identifier les caractéristiques spécifiques de la conjugalité chez les couples de même sexe
- Démystifier les comportements sexuels des jeunes et adultes gaies, lesbiennes et bisexuels
- Identifier les facteurs de risques liés à la transmission des ITSS
- Conseiller sur les mesures de prévention pour le VIH et autres ITSS.

2



**Tout ce que vous avez toujours
voulu savoir sur la sexualité
entre hommes
et entre femmes**



Période d'échange libre

3

Institut national
de santé publique
Québec

L'ÉPIDÉMIE
Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

SILENCIEUSE

Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec

Québec

Des chiffres inquiétants



- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes demeurent le groupe de population le plus touché par le VIH
- Un homme sur sept serait infecté, dont un sur cinq parmi les 40 – 49 ans
- 13% d'entre eux ignorent leur état

5

Ces hommes sont plus à risques d'être infectés par le VIH ou par une infection sexuellement transmissible parce que :



- Ils sont plus susceptibles d'avoir un partenaire infecté
- Ils ont de multiples partenaires et qu'ils courent un plus grand risque de transmission lors des relations sexuelles anales
- C'est dans ce groupe que sont déclarés 91% des cas de syphilis infectieuse et 60% des cas masculins de gonorrhée



Les jeunes d'orientation homosexuelles sont plus susceptibles que les autres d'avoir des problèmes de consommation et d'abus de substances psychoactives

Institut national de santé publique Québec

Consommation d'alcool et de drogues

Sexualité - Consommation d'alcool et drogues

Avoir consommé au cours des 6 derniers mois lors des relations sexuelles :

	2005 (%)	2008 (%)
<i>La moitié des fois ou plus</i>		
Alcool ***	26,9	15,6
Marijuana ***	11,4	6,7
Poppers	8,2	6,9
Cocaïne	3,7	2,3

Tendances des comportements associés aux ITSS chez les hommes montréalais ayant des relations sexuelles avec des hommes
ARGUS 2005 et 2008 – 9
Gilles Lambert

Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal,
Direction de Santé publique du Québec
Bureau de surveillance et de vigilie du Québec

* p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001

8

Consommation d'alcool et de drogues

Sexualité - Consommation d'alcool et drogues

Avoir consommé au cours des 6 derniers mois lors des relations sexuelles :

	2005 (%)	2008 (%)
Ecstasy		
Au moins une fois	14,2	15,7
La moitié des fois ou plus	1,7	1,6
GHB, GH, G ou Jus		
Au moins une fois *	9,2	12,5
La moitié des fois ou plus	1,3	1,6
Cristal-meth		
Au moins une fois	2,8	1,8
La moitié des fois ou plus	0,3	0,2

Tendances des comportements associés aux ITSS chez les hommes montréalais ayant des relations sexuelles avec des hommes
ARGUS 2005 et 2008 – 9
Gilles Lambert
Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal,
Direction de Santé publique du Québec
Bureau de surveillance et de vigie du Québec

9

Des comportements à risque



- L'ingestion de ces produits augmente les probabilités des relations sexuelles non protégées
- Ce problème de consommation serait plus important chez les moins de 30 ans que chez les plus âgés

10

Institut national de santé publique
Québec

La vulnérabilité des HARSAH



- Leur source de vulnérabilité tient surtout au rejet de leur orientation sexuelle par une partie de la société
 - Homophobie et hétérosexisme
 - Discrimination
 - Violence verbale et sarcasme

Conséquences de ces attitudes



- Blesse les personnes
- Diminution de l'estime de soi
- Ces attitudes peuvent conduire celui qui en est la cible - peu importe son âge, et qu'il assume ou non son orientation sexuelle à prendre davantage de risques notamment en matière de sexualité

Pour les plus jeunes



- La vulnérabilité que provoque à cet âge l'apprentissage de la sexualité peut être accentuée si par exemple :
 - Le soutien émotif à l'école et dans la famille leur fait défaut
 - S'ils n'ont pas de modèles auxquels s'identifier

13

Institut national
de santé publique
Québec

Conséquences



- Détresse psychologique
- Comportements sexuels à risque

14

Messages-clé



- La sexualité d'une personne est principalement déterminée par son sexe biologique et sa socialisation plutôt que par son orientation sexuelle
- Il n'y a pas de pratiques sexuelles spécifiques à une orientation sexuelle
- La vulnérabilité psychosociale des personnes d'orientation homosexuelle peut les amener à se placer dans des situations à risque pour leur santé

15

Module 3
DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

MODULE 3 - DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

FICHE PÉDAGOGIQUE – MODULE 3 – DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Objectifs généraux :

- Améliorer les connaissances ainsi que les habiletés d'intervention
- Favoriser l'adoption d'attitudes empathiques envers les personnes d'orientation homosexuelle et bisexuelles

Objectifs spécifiques :

À la fin de ce module, le participant sera en mesure de :

- Expérimenter différents scénarios et stratégies d'intervention relatives aux principales difficultés rencontrées par les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles
- Reconnaître ses compétences et ses limites dans l'intervention
- Identifier les connaissances et les habiletés à développer pour une intervention plus efficace auprès des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles
- Utiliser des pistes d'intervention adéquates pour ces clientèles

Éléments de contenu :

Sujets pouvant être abordés :

- Jeunesse
- Milieu scolaire
- Milieu familial
- Milieu de travail
- Homoparentalité
- Toxicomanie
- Vieillesse
- Socialisation
- VIH et autres ITSS

Méthodes pédagogiques :

- Jeux de rôle

Matériel d'accompagnement :

Voir la section «Textes d'accompagnement»



Module 3



De la théorie à la pratique



Institut national
de santé publique
Québec

Objectifs spécifiques



A la fin de ce module, le participant, dans le cadre de ses interventions, sera en mesure de :



- Prendre conscience que ses compétences sont applicables auprès des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, leurs couples et leurs familles
- Reconnaître ses forces et ses limites
- Appliquer les connaissances et les habiletés acquises
- Déterminer des pistes adéquates face aux principales difficultés rencontrées



2

Institut national
de santé publique
Québec

Thèmes pouvant être abordés



- Jeunesse
- Milieu scolaire
- Milieu familial
- Milieu de travail
- Homoparentalité
- Toxicomanie
- Vieillesse
- Socialisation
- VIH et autres ITSS

3

Messages-clé



4

DOCUMENTS D'ACCOMPAGNEMENT

DÉVELOPPEMENT DE L'ORIENTATION HOMOSEXUELLE OU BISEXUELLE ET SON INTÉGRATION DANS L'IDENTITÉ PERSONNELLE ET SOCIALE

Première étape : Se questionner sur son orientation sexuelle

*Le suis-je...?
Je ne peux pas, je ne veux pas l'être !*

COMPORTEMENT	INTERVENTION, ACCOMPAGNEMENT
<p>Impression diffuse de marginalité : suis-je comme les autres?</p> <p>La personne peut commencer à s'étiqueter même (i lle) si elle n'aime pas l'étiquette.</p> <p>La personne peut aussi être étiquetée par ses pairs.</p> <p>Généralement à cette étape, elle s'informe en cachette, sans en parler à ses proches.</p>	<p>Empathie.</p> <p>Aider la personne à articuler les sentiments et émotions qu'elle ressent.</p> <p>Explorer la signification qu'elle attribue à l'homosexualité ou à la bisexualité.</p> <p>Communiquer l'information pertinente.</p> <p>Parler de santé, y compris de sexe sécuritaire.</p>

PROBLÈMES POSSIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ
<ul style="list-style-type: none">• Isolement, sentiment d'être différent, possiblement sentiments de culpabilité ou de honte.• Si sexualité est présente, peu ou pas de précautions face au VIH et autres ITSS.• Idéations suicidaires possibles si l'angoisse est trop grande, particulièrement chez les jeunes.

Deuxième étape : Reconnaître ses attirances

Je pense qu'il est possible que je le sois...

COMPORTEMENT	INTERVENTION, ACCOMPAGNEMENT
<p>Commence à reconnaître ses attirances (exclusives ou non) envers les personnes de son sexe.</p> <p>Conflit entre l'image de soi et ce que l'entourage et la société attendent de lui ou d'elle.</p> <p>Considère l'éventualité d'être gai, lesbienne ou bisexuel.</p> <p>Est de plus en plus confrontée à l'hétérosexisme ou même à l'homophobie de l'entourage.</p> <p>Apparition de problèmes de comportements liés à l'homophobie intériorisée.</p> <p>Possibilité de comportements hétérosexuels</p>	<p>Explorer les peurs, la honte et autres émotions.</p> <p>Accepter la personne dans sa démarche.</p> <p>Aider à identifier des personnes qui, dans son entourage, peuvent la soutenir.</p> <p>Aider à faire le deuil de la situation privilégiée associée à l'hétérosexualité.</p> <p>Présenter des modèles positifs de relations entre personnes de même sexe.</p> <p>Encourager la personne à poursuivre son questionnement de façon positive.</p> <p>Information sur la prévention des ITSS et du VIH.</p>

PROBLÈMES POSSIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ

- Isolement de la personne et sentiment d'être marginalisée.
- rejet explicite de l'homosexualité par elle-même ou par son entourage.
- grossesse principalement chez les jeunes femmes .
- Anxiété et idéations suicidaires, .
- Comportement sexuel à risque liés à un manque d'information Consommation de drogues et d'alcool.et risques associés

Troisième étape : Étudier à fond ses attirances

Il est probable que ce soit mon cas...

COMPORTEMENT	INTERVENTION, ACCOMPAGNEMENT
<p>Explore les relations sociales et sexuelles possibles.</p> <p>Commence à socialiser avec des amis gais, lesbiennes ou bisexuels.</p> <p>Cherche un groupe ou une communauté d'appartenance dans l'absence d'espaces sociaux adaptés.</p> <p>Commence à choisir à qui, comment et quand en parler.</p> <p>Désire se dissocier du milieu hétérosexuel, s'éloignant parfois de sa famille.</p>	<p>Valider la perception que la personne a d'elle-même, sans se prononcer sur son orientation sexuelle.</p> <p>L'aider à développer des habiletés relationnelles.</p> <p>La conseiller dans ses premières relations sexuelles et amoureuses.</p> <p>Offrir des ressources adaptées à l'âge et au cheminement personnel.</p> <p>Explorer les stratégies possibles de divulgation de son orientation sexuelle.</p> <p>L'informer sur la prévention des ITSS et du VIH.</p>

PROBLÈMES POSSIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ

- Début d'activité sexuelle souvent sans informations adaptées.
- Dépression menant à l'idéation ou geste suicidaire Alcool ou drogues pour se désinhiber (en particulier dans le cadre de relations sexuelles et amoureuses).

Quatrième étape : Reconnaître son orientation sexuelle

Je reconnais que c'est mon cas...

COMPORTEMENT	INTERVENTION, ACCOMPAGNEMENT
<p>Développement de relations amoureuses, sexuelles et sociales.</p> <p>Plus à l'aise avec son image de soi.</p> <p>Créer une « famille choisie », selon ses besoins.</p> <p>Participation possible aux activités des communautés gaie ou lesbienne.</p> <p>Mise en pratique de stratégies de divulgation ou de silence, selon le contexte.</p> <p>Adoption d'une idéologie de légitimité.</p>	<p>Promotion d'une image positive de l'identité gaie, lesbienne ou bisexuelle.</p> <p>Soutenir le développement d'habiletés de communication et de négociation.</p> <p>Être attentif aux indices de rejet familial, social et professionnel.</p> <p>Être sensible au vocabulaire identitaire employé.</p> <p>Explorer la notion de couple et de famille.</p> <p>Présentation de modèles positifs de jeunes et d'adultes.</p> <p>Se préoccuper de la socialisation de la personne dans des milieux gais, lesbiens ou bisexuels</p> <p>Se préoccuper de la socialisation de la personne dans ses autres milieux d'appartenance.</p> <p>Démystifier les mythes et croyances liés aux pertes perçues par la personne, sa famille et son entourage.</p>

PROBLÈMES POSSIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ

- Détresse face aux pertes des privilèges hétérosexuels.
- Idéalisation face au milieu gai, lesbien ou bisexuel
- Angoisse liée au rejet réel ou anticipé par les parents, les enfants ou l'entourage.

Cinquième étape : Valoriser son orientation sexuelle

Je suis fier de l'être...

COMPORTEMENT	INTERVENTION, ACCOMPAGNEMENT
<p>Abandon partiel et sélectif des stratégies de clandestinité.</p> <p>Identification profonde aux communautés gaie, lesbienne ou bisexuelle.</p> <p>Adoption d'une attitude critique face à l'hétérosexisme et l'homophobie Vie sexuelle active.</p>	<p>Explorer les conséquences possibles d'une divulgation généralisée.</p> <p>Soutenir l'affirmation de soi et le respect des autres.</p> <p>Valider le sentiment d'appartenance à une communauté.</p> <p>Évaluer les paradoxes de certaines idéologies identitaires ou ségrégationnistes.</p> <p>Fournir de l'information sur la santé sexuelle.</p> <p>Accompagner la personne dans l'identification de ses valeurs et de ses besoins relatifs à sa sexualité.</p> <p>Aider à développer des habiletés de communication et de négociation sur le plan sexuel.</p>

PROBLÈMES POSSIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ

- Activités sexuelles à risque (ITSS).
- Difficultés de recréer des réseaux sociaux dues au déracinement, à l'éloignement ou au rejet vécu ou anticipé.
- Possibilité de consommation importante de drogues ou d'alcool, associée à la fréquentation des bars comme principaux lieux de socialisation.
- Rejet ou discrimination sociale.
- Détresse engendrée par la déception/désillusion face au milieu gai, lesbien ou bisexuel.

Sixième étape : Intégrer son orientation sexuelle

...

Je me sens à l'aise avec moi-même.
Je me sens à l'aise avec les autres.

COMPORTEMENT	INTERVENTION, ACCOMPAGNEMENT
<p>Consolidation de l'image de soi et des stratégies de divulgation.</p> <p>Abandon de la polarisation en fonction de l'orientation sexuelle.</p> <p>Poursuite du développement personnel au-delà de l'orientation sexuelle.</p> <p>Possibilité d'établir une relation de couple.</p> <p>Réconciliation avec familles ou proches.</p>	<p>Aider à l'intégration d'une image positive de soi et de relations harmonieuses avec autrui.</p> <p>Exploration des autres composantes de sa personnalité à valoriser et développer.</p> <p>Information sur la prévention des ITSS et du VIH dans la relation de couple.</p> <p>Soutenir la personne dans ses relations : le couple, la famille, l'entourage et le milieu professionnel.</p>

PROBLÈMES POSSIBLES EN MATIÈRE DE SANTÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbations face aux réactions négatives reliées à l'affirmation de son orientation sexuelle . • Difficultés reliés à la négociation des modalités de la vie de couple, en l'absence de modèle et de normes • Croyance que le statut de couple justifie l'abandon des mesures de prévention des ITSS • Difficulté à maintenir des comportements sexuels sécuritaires • Discrimination dans la vie sociale et milieu du travail.

DIFFÉRENCES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES DANS LE DÉVELOPPEMENT DE L'ORIENTATION SEXUELLE

COMPORTEMENT	HOMMES GAIS OU BISEXUELS	FEMMES LESBIENNES OU BISEXUELLES
<ul style="list-style-type: none"> • Ont tendance à agir à partir de leurs sentiments ou attirance • Le délai entre les premières attirances homosexuelles et le comportement • Les études américaines sur les relations gaies et lesbiennes rapportent que • Stratégies utilisées pour éviter l'auto-étiquetage 	<ul style="list-style-type: none"> • En moyenne 5 ans plus tôt; • En moyenne, 2 ans; • Tendance à passer aux actes avant de s'associer au mot « homosexuel »; • La sexualité masculine est caractérisée par l'initiative, l'action, la demande d'une gratification immédiate, et la capacité de détacher sexualité et lien affectif; • Les sentiments sont parfois niés en vue de minimiser l'importance des relations sexuelles; • Les hommes ont tendance à se catégoriser plus rapidement à partir des comportements sexuels; 	<ul style="list-style-type: none"> • En moyenne 5 ans plus tard; • En moyenne, 6 ans; • Tendance à passer aux actes après s'être associée au mot « lesbienne »; • Les fantasmes précèdent le contact physique; • Pour la grande majorité des lesbiennes interrogées, la relation sexuelle implique un lien émotif; • L'accent est mis sur les sentiments et la relation sexuelle est perçue comme « spéciale » ou « exceptionnelle »; • Les femmes ont moins tendance à s'identifier comme lesbienne à partir d'une seule expérience;

PRINCIPAUX PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX RENCONTRÉS PAR LES GAIS, LESBIENNES ET BISEXUELS

PROBLÈMES D'ISOLEMENT		
Manifestations	Réactions possibles	Interventions
<p><i>Isolement social</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sentir seul(e) • Peur d'être découvert(e) • Besoin de se cacher <p><i>Isolement émotif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Éloignement du réseau social des pairs • Anticipation du rejet • Anxiété (essentiellement par rapport à la divulgation de son orientation sexuelle) • Dépression <p><i>Isolement cognitif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information • Manque de modèles 	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait social • Les hommes ont plus tendance à socialiser à travers des comportements sexuels. • Les femmes ont plus tendance à tisser des liens affectifs et à s'engager plus rapidement dans une relation amoureuse. • Retrait social • Impulsivité sexuelle • Consommation abusive • Problèmes de comportement • Idéations et gestes suicidaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès à l'information sur les ressources disponibles. • Encourager la diversification des moyens de socialisation. • Faire appel ou mettre en place un réseau de soutien. • Aider les personnes à établir et à maintenir un réseau relationnel de support. • Intervention de crise. • Consultation impliquant d'autres intervenants, au besoin. • Intervention de groupe ou individuelle explorant et validant l'expérience gaie, lesbienne ou bisexuelle.

DIFFICULTÉS DANS LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE

Manifestations	Réactions possibles	Interventions
<ul style="list-style-type: none">• Éloignement ou détachement de la famille• Peur d'être expulsé-e• Divulgateion = crise• Intensification du secret si craintes ou dangers	<ul style="list-style-type: none">• Retrait de la famille• Migration vers les centres urbains• Décrochage scolaire chez les jeunes et abandon du cheminement professionnel chez les adultes	<ul style="list-style-type: none">• Sensibiliser le milieu à partir des situations vécues• Aider à divulguer l'homosexualité de manière sélective.• Reconstruire les alliances et relations familiales.• Orienter vers des ressources adéquates

VIOLENCE HOMOPHOBE		
Manifestations	Réactions possibles	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Éloignement ou détachement de la famille • Peur d'être expulsé-e • Divulgation = crise • Intensification du secret si craintes ou dangers 	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait de la famille • Migration vers les centres urbains • Décrochage scolaire chez les jeunes et abandon du cheminement professionnel chez les adultes 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser le milieu à partir des situations vécues • Aider à divulguer l'homosexualité de manière sélective. • Reconstruire les alliances et relations familiales. • Orienter vers des ressources adéquates

VIOLENCE HOMOPHOBE À L'ÉCOLE		
Manifestations	Réactions possibles du jeune	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Violence psychologique : étiquetage, injure, mépris • Harcèlement • Exclusion du groupe des pairs • Violence physique : bousculade, coups, agression 	<ul style="list-style-type: none"> • Surinvestissement dans l'activité académique, sociale ou sportive • Retrait, perte d'estime de soi, impuissance • Dépression • Colère, agressivité • Perte de motivation • Décrochage scolaire • Idéations et gestes suicidaires • État de stress post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir au jeune : écoute, empathie et soutien. • Intervenir auprès des jeunes ou des intervenants ayant un comportement homophobe. • Aider le jeune à créer ou maintenir un réseau relationnel de soutien. • Mettre en place des politiques et des interventions visant à contrer le harcèlement et la violence sur la base de l'orientation sexuelle.

PROBLÈMES RELIÉS AUX CHOIX DE CARRIÈRE ET AU MILIEU DE TRAVAIL

Manifestations	Réactions possibles	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Peur du rejet lors des études ou de l'emploi • Peur d'être discriminé-e ou congédié-e • Peur d'être humilié-e • Anticipation de l'homophobie dûe aux expériences vécues à l'adolescence 	<ul style="list-style-type: none"> • Choix de carrière motivé par l'anticipation du rejet plutôt que par un intérêt réel • Manque d'estime de soi • Dépendance économique possible • Manque d'initiative possible • Manque de persévérance ou de détermination 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de stratégies d'adaptation au milieu de travail, quel qu'il soit. • Valoriser les expériences de vie, les stratégies adaptatives et les compétences acquises. • Encourager la personne à prendre sa place dans la société et à connaître ses droits. • Aider à motiver ou orienter la personne vers des études ou des emplois possibles. • Outiller la personne à trouver (ou créer) un emploi et à le conserver.

RISQUES RELIÉS À LA SANTÉ SEXUELLE

Manifestations	Réactions possibles	Interventions
<p>Activités à risque chez les hommes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérimentation sexuelle sans protection • Socialisation limitée à la sexualité • Survalorisation de la sexualité • Consommation abusive de drogues et d'alcool • Consommation de stéroïdes anabolisants • Troubles alimentaires • Prostitution chez les jeunes <p>Activités à risque chez les femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relations hétérosexuelles non-protégées (grossesse et ITSS) • Consommation abusive de drogues et d'alcool • Prostitution chez les jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des risques face aux ITSS • Préoccupation excessive relative à l'image corporelle • Manque d'estime de soi • Anxiété • Idéations et gestes suicidaires • Ambivalence face à l'orientation sexuelle • Manque d'estime de soi • Anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser une information pertinente et inclusive sur les sexualités gaie et lesbienne. • Normaliser les relations amicales et amoureuses entre personnes du même sexe. • Contribuer à une meilleure image sociale de l'homosexualité. • Référer aux groupes de soutien ou des ressources spécialisées existants (ou en susciter la création). • Démystifier et normaliser la sexualité entre personnes de même sexe.

UNE APPROCHE ADAPTÉE AUX BESOINS DES JEUNES GAIS, LESBIENNES ET BISEXUELLES C'EST ENTRE AUTRES

Sur le plan de l'intervention individuelle :

- Prendre conscience de sa propre conception de l'homosexualité et de la bisexualité;
- Ne pas présumer de l'orientation sexuelle d'un jeune;
- Manifester une ouverture aux réalités homosexuelles et bisexuelles;
- Utiliser un langage inclusif qui tienne compte des réalités homosexuelles et bisexuelles;
- Éviter de catégoriser un ou une jeune qui se questionne sur son orientation ou son identité sexuelle;
- Expliquer davantage les règles de confidentialité pour faciliter la création d'un climat de confiance;
- Explorer avec lui ou elle les effets de la stigmatisation et l'aider à surmonter ses peurs, sa culpabilité ou sa honte vis-à-vis l'homosexualité;
- Présenter une image positive des réalités gaies, lesbiennes ou bisexuelles;
- Sensibiliser un jeune à adopter des pratiques sexuelles sécuritaires en matière de VIH;
- Faire connaître les ressources communautaires existantes;
- Se rendre compte que cette clientèle est déjà présente à travers diverses problématiques : problèmes scolaires ou familiaux, fugues ou itinérance, toxicomanie, suicide etc.

Sur le plan de l'intervention communautaire :

- Démystifier l'homosexualité et la bisexualité, informer, éduquer;
- Parler positivement des relations amoureuses entre personnes de même sexe;
- Mener des campagnes de sensibilisation et de prévention du VIH, en particulier auprès des jeunes hommes homosexuels et bisexuels;
- Agir pour contrer homophobie et hétérosexisme;
- Travailler en partenariat avec les ressources communautaires gaies et lesbiennes existantes.

LIEUX D'INTERVENTION POSSIBLES

- Établissements d'enseignement : écoles primaires, secondaires et cégeps;
- CLSC, cliniques médicales;
- Maisons de jeunes de la région ou du quartier;
- Groupes communautaires qui offrent des services aux jeunes;
- Familles biologiques et familles d'accueil;
- Centres Jeunesse.

2.2 DÉVELOPPER UNE INTERVENTION EXEMPTÉ DE BIAIS HÉTÉROSEXISTE (I. DEMCZUK & L. PEERS),

Dans le but de fournir quelques repères pour améliorer l'intervention auprès des lesbiennes et des gais nous dresserons un inventaire des biais hétérosexistes les plus courants dans les pratiques d'intervention ainsi que des propositions visant à les enrayer. Nous définirons l'hétérosexisme comme un biais idéologique qui modèle les pratiques. Dans le domaine de l'intervention, l'hétérosexisme se manifeste par une tendance à concevoir l'union entre un homme et une femme comme un modèle unique et supérieur de la relation humaine, et à exclure les relations entre personnes de même sexe du champ de la normalité, ou encore à ne pas accorder suffisamment d'attention à la compréhension de ces relations.

L'inventaire présenté ci-dessous reprend en partie les suggestions élaborées par le *Committee on Lesbian and Gay Concerns* de l'*American Psychological Association (APA)*, qui a réalisé une enquête en 1986 sur l'hétérosexisme et l'homophobie auprès de quelques 1500 membres.² Nous avons enrichi cette liste par l'ajout de propositions émanant de notre pratique comme formatrices au programme " Pour une nouvelle vision de l'homosexualité " du *ministère de la Santé et des services sociaux du Québec*. Bien que la plupart des exemples proviennent du domaine de la psychothérapie, nous pensons qu'ils peuvent s'appliquer de façon plus générale aux services de santé, aux services sociaux et communautaires qui reçoivent des clientèles gaie et lesbiennes.

L'inventaire de ces pratiques ne prétend être ni exhaustif, ni définitif. Il sera possible de raffiner, préciser ou même compléter ces propositions avec l'approfondissement des connaissances sur le vécu des personnes homosexuelles. Nous croyons toutefois que ces balises seront utiles aux intervenants qui désirent comprendre de manière emphatique ce que signifie être gai ou lesbienne dans notre société. Il ne s'agit pas de les ériger en règles absolues, puisqu'elles ne sauraient se substituer au jugement clinique et au jugement éthique de chaque intervenant. En tant qu'intervenant, nous avons la possibilité d'offrir une expérience positive à notre clientèle en valorisant les relations amoureuses entre personnes de même sexe ou toute autre expérience vitalisante par elles. Nous pouvons servir de miroir confirmant plutôt que déformant dans lequel les gais et lesbiennes pourront puiser force et fierté d'être.

¹ Extrait remanié de " Lorsque le respect ne suffit pas : Intervenir auprès des lesbiennes " dans Irène Demczuk (dir.). *Des droits à reconnaître : les lesbiennes face à la discrimination*, Montréal : éditions du remue-ménage, 1998.

² Linda Garnets, Kristia a Hancock, Susan D. Cochran et al. " Issues in Psychotherapy with lesbians and gay men : a Survey of psychologists ", *American psychologist*, vol. 46, no 9, p. 964-972.

Lors de l'évaluation

Biais hétérosexistes

1. L'intervenant présume que sa cliente ou son client est hétérosexuel.
2. L'intervenant ne tient pas suffisamment compte du fait que sa cliente ou son client soit d'orientation homosexuelle ou s'identifie comme gai ou lesbienne.
3. L'intervenant considère que l'homosexualité est une forme de psychopathologie, un arrêt du développement ou toute autres forme de trouble psychologique.
4. L'intervenant attribue automatiquement les difficultés de sa cliente ou de son client à son homosexualité sans avoir de faits pour appuyer son interprétation.
- 4A. L'intervenant ne fait pas le lien entre les attitudes négatives de sa cliente ou de son client vis-à-vis son homosexualité et les symptômes de détresse qu'elle ou il manifeste.
5. L'intervenant accorde peu d'attention au fait que sa cliente ou son client homosexuel peut être exposé à plusieurs stigmates en raison, notamment, de sa classe sociale, de son origine ethnique ou de sa religion.

Moyens d'y remédier

1. L'intervenant utilise un langage inclusif et accorde la même importance aux difficultés de sa cliente ou de son client homosexuel qu'aux problèmes rencontrés par sa cliente ou son client hétérosexuel.
2. L'intervenant considère l'homosexualité comme une caractéristique importante de sa cliente ou de son client sans présumer qu'elle soit liée aux difficultés qui amènent celle-ci ou celui-ci à consulter.
3. L'intervenant reconnaît l'homosexualité comme un modèle sain et épanouissant de relations humaines au même titre que la relation entre un homme et une femme.
4. L'intervenant tient compte des effets multiples et variés des préjugés et de la discrimination hétérosexiste lors d'une consultation avec une cliente ou un client homosexuel, par exemple : hésitation ou difficulté à nommer son homosexualité, homophobie intériorisée. Il manifeste de l'ouverture, de l'empathie et du soutien.
5. L'intervenant reconnaît, chez sa cliente lesbienne ou son client gai appartenant à diverses minorités, les effets cumulatifs potentiels de statuts minoritaires sur sa santé mentale et physique.

«Au cours de l'intervention

6. L'intervenant insiste sur l'homosexualité de sa cliente ou son client alors que cela n'est pas requis ou pertinent.
7. L'intervenant tente de dissuader sa cliente ou son client de vivre une relation homosexuelle et cherche à changer son orientation sexuelle ou encore lui propose comme traitement une conversion à l'hétérosexualité.
8. L'intervenant banalise les relations homosexuelles considérant qu'elles se vivent de la même manière que les relations hétérosexuelles ou encore, il sous-estime l'influence d'un contexte social hétérosexiste sur ces relations.
9. L'intervenant exprime des croyances qui tendent à inférioriser les relations gaies et lesbiennes en ne présentant que les difficultés associées à ces relations et en occultant leurs caractéristiques émancipatoires.
10. L'intervenant généralise des connaissances acquises auprès de quelques clients ou amis à l'ensemble des gais et des lesbiennes.
11. L'intervenant ne voit pas suffisamment à quel point les croyances négatives de sa cliente ou son client envers son homosexualité ou sa bisexualité nuisent à son développement personnel.
12. L'intervenant sous-estime les conséquences possibles pour sa cliente ou son client du dévoilement de son homosexualité ou de sa bisexualité aux membres de sa famille, à ses enfants, à son employeur, à ses collègues et amis, à son conjoint ou ex-conjoint.
6. L'intervenant considère l'orientation sexuelle comme une caractéristique spécifique de sa cliente ou son client, mais évite d'insister sur cette orientation si elle n'a aucun lien avec le motif de la consultation.
7. L'intervenant ne cherche pas à changer l'orientation sexuelle de sa cliente ou son client, mais l'aide plutôt à identifier ses croyances et attitudes négatives à propos de son homosexualité puis éventuellement à les surmonter.
8. L'intervenant est sensible aux caractéristiques spécifiques des relations gaies ou lesbiennes, à l'omniprésence de l'hétérosexisme et adapte son intervention en conséquence.
9. L'intervenant aborde positivement les relations lesbiennes et gaies en valorisant, par exemple, l'amour entre femmes ou entre hommes, le support mutuel, l'intimité et la communication, l'interchangeabilité des rôles, la réciprocité sexuelle et l'indépendance économique qui caractérisent généralement ces relations, cela sans occulter les difficultés qui leur sont propres.
10. L'intervenant fait attention de ne pas généraliser automatiquement aux lesbiennes ses connaissances sur les hommes gais ou sur les femmes hétérosexuelles, ou encore de généraliser à toutes les lesbiennes et les gais les connaissances acquises auprès de quelques clients uniquement.
11. L'intervenant tient compte des croyances négatives de sa cliente ou son client envers son homosexualité ou sa bisexualité et de leur impact sur le développement personnel.
12. L'intervenant utilise sa connaissance des préjugés sociaux et de la discrimination à l'endroit des lesbiennes et des gais de manière à ne pas inciter outre mesure sa cliente ou son client à dévoiler son orientation sexuelle à des proches qui manifestent des attitudes homophobes extrêmes. Il soutient sa cliente ou son client lorsque celle-ci ou celui-ci manifeste le désir de parler de son

homosexualité ou de sa bisexualité à son entourage.

13. Après que sa cliente ou son client ait dévoilé son homosexualité, l'intervenant met fin aux consultations sans référer la personne à un autre service d'aide ou encore sans lui offrir le soutien nécessaire pendant la transition à cet autre service.
13. L'intervenant reconnaît que sa propre orientation sexuelle, ses croyances, ses attitudes ou son manque de connaissance à l'endroit de l'homosexualité peuvent influencer le processus thérapeutique. Il reconnaît ses limites en ayant recours à des consultations, de la supervision ou en référant sa cliente ou son client à un autre intervenant lorsque cela s'avère nécessaire. Dans ce dernier cas, il offre le soutien nécessaire pendant la période de transition.

Dans la compréhension des orientations et des identités homosexuelles

14. L'intervenant admet difficilement que l'orientation homosexuelle puisse se développer à tous les âges de la vie, même après une longue période de vie conjugale hétérosexuelle.
14. L'intervenant comprend que l'attrait érotique pour une personne de son sexe ou du sexe opposé et l'identité qui lui est associée peut varier au cours d'une vie, et aide sa cliente ou son client qui se questionne à propos de la bisexualité ou de l'homosexualité à développer une attitude et une identité positives.
15. L'intervenant perçoit l'homosexualité comme la résultante d'expériences négatives auprès des personnes de sexe opposé, ou comme un complexe d'œdipe mal résolu, ou encore comme une fixation narcissique, une simple expérience sexuelle ou une phase de développement que sa cliente ou son client devra dépasser.
15. L'intervenant est conscient que la recherche sur les causes de l'homosexualité a surtout produit des modèles explicatifs qui tendent à inférioriser les lesbiennes et les gais. Aussi il adopte plutôt une attitude ouverte qui valorise également les relations entre femmes, entre hommes, et entre hommes et femmes.
16. L'intervenant réduit les identités gaies et lesbiennes à la seule dimension de la sexualité, oblitérant ainsi le caractère multidimensionnel des relations amoureuses et du sentiment d'appartenance à une communauté.
16. L'intervenant comprend que l'homosexualité et le lesbianisme en tant que modèles relationnels comportent de multiples dimensions (identitaire, affective, sexuelle, économique, politique, etc.) comme la relation entre un homme et une femme, et évite de concevoir ces unions comme étant uniquement sexuelles.
17. L'intervenant interprète les signes d'attachement et les marques d'attention à son endroit comme étant de la séduction. Il en est de même en ce qui concerne l'intervenante dans sa relation avec sa cliente lesbienne.
17. L'intervenant est conscient des stéréotypes véhiculés à l'endroit de la sexualité des gais et des lesbiennes, notamment, le mythe d'une sexualité débridée et jamais assouvie. Il examine l'impact de ces préjugés sur sa propre perception de sa clientèle.

Dans la compréhension des relations de couple

18. L'intervenant utilise de manière inadéquate un modèle hétérosexuel, par exemple, en présumant qu'il y a nécessairement chez les couples de même sexe des rôles masculin et féminin dans la sexualité et la vie quotidienne ou en considérant que ces couples vivent exactement les mêmes problèmes conjugaux que les personnes hétérosexuelles.
19. L'intervenant méconnaît les caractéristiques spécifiques de la conjugalité chez les gais et les lesbiennes, par exemple, en associant automatiquement la recherche d'intimité souvent plus grande dans les relations entre femmes à un problème de " fusion ", ou en considérant la non-exclusivité sexuelle chez certains gais ou bisexuels comme un problème en soi.
20. L'intervenant sous-estime l'importance des relations amoureuses chez les gais et les lesbiennes, par exemple, en n'offrant pas le soutien nécessaire au maintien d'une relation, en encourageant sa rupture uniquement parce qu'il s'agit d'une relation homosexuelle, ou en ne recommandant pas une thérapie de couple lorsque ce type d'intervention serait le plus approprié.
21. L'intervenant n'accorde pas à un conjoint de même sexe les mêmes droits, bénéfiques, services ou les mêmes attentions qu'il dispense habituellement aux conjoints hétérosexuels.
18. L'intervenant possède des connaissances suffisantes sur les relations amoureuses entre femmes ou entre hommes.
19. L'intervenant reconnaît d'une manière positive les caractéristiques spécifiques de la conjugalité chez les lesbiennes et les gais et adapte son intervention en conséquence.
20. L'intervenant reconnaît l'importance des relations amoureuses chez les gais et les lesbiennes et le rôle stabilisant que peuvent jouer ces relations dans une société hétérosexiste.
21. L'intervenant accorde à un conjoint de même sexe, les mêmes droits, bénéfiques, services et les mêmes attentions que ceux qu'il dispense habituellement aux conjoints hétérosexuels.

Dans la compréhension des relations familiales

22. L'intervenant présume que sa cliente ou son client est un parent inadéquat parce qu'elle ou il est homosexuel, par exemple, en attribuant automatiquement les problèmes de l'enfant au lesbianisme de la mère ou à la présence d'un conjoint de même sexe sans avoir de données pour appuyer ces hypothèses.
23. L'intervenant décourage le désir de maternité ou de paternité chez sa cliente ou son client homosexuel en présumant que la monoparentalité ou la biparentalité féminine ou masculine pourrait être néfaste au développement psychosocial de l'enfant.
24. L'intervenant s'oppose à l'accès des personnes homosexuelles à l'adoption, au rôle de famille d'accueil, à l'insémination artificielle ou à la garde de leurs enfants, en présumant que les relations amoureuses entre femmes ou entre hommes nuisent au développement psychosocial de l'enfant. Par exemple, en affirmant que les enfants connaîtront nécessairement un problème d'identité sexuelle, une marginalisation sociale, ou encore qu'ils seront exposés à un milieu plus sexualisé.
25. L'intervenant sous-estime les effets des préjugés et de la discrimination sur les mères lesbiennes ou les pères gais et n'offre pas une aide adéquate pour les contrer.
22. L'intervenant reconnaît les capacités parentales de sa cliente lesbienne ou de son client gai tout en explorant avec elle ou lui ses doutes au sujet de sa capacité d'être un bon parent ainsi que l'impact de l'hétérosexisme sur le développement de l'enfant.
23. L'intervenant accueille positivement le désir de maternité ou de paternité de sa cliente ou son client homosexuel. Il favorise l'exploration active et ouverte de différents modèles familiaux, en n'établissant aucune hiérarchie entre eux et en tenant compte de la réalité personnelle de sa cliente ou son client.
24. L'intervenant favorise l'accès des personnes homosexuelles à l'adoption, au rôle de famille d'accueil, à l'insémination artificielle ou à la garde de leurs enfants nés d'unions précédentes, en les évaluant à partir de leur situation personnelle.
25. L'intervenant comprend les effets des préjugés et de la discrimination envers les parents homosexuels, leurs couples et leurs enfants et les appuie dans leurs efforts pour faire face à ces injustices.

Dans la formation et l'expertise

- | | |
|--|---|
| <p>26. L'intervenant ne possède pas de connaissances suffisantes sur les réalités vécues par les lesbiennes, gais et bisexuels ou dépend beaucoup trop de ses clients pour se renseigner.</p> <p>27. Dans un contexte éducationnel, l'intervenant offre un enseignement biaisé ou inadéquat au sujet de l'homosexualité et de la bisexualité ou exerce une discrimination active à l'endroit de ses étudiants ou de ses collègues homosexuels.</p> <p>28. Dans un contexte de supervision, l'intervenant ne voit pas l'hétérosexisme ou l'homophobie auxquels sont confrontés ses étudiants ou ses collègues gais ou lesbiennes.</p> | <p>26. L'intervenant connaît les besoins des clientèles lesbienne, gaie et bisexuelle ainsi que les enjeux thérapeutiques qui leur sont spécifiques et utilise de façon pertinente les ressources et services de ces communautés.</p> <p>27. L'intervenant reconnaît l'importance de renseigner ses pairs ou toute autre personne au sujet de l'homosexualité et de la bisexualité et dénonce activement les préjugés, les généralisations abusives ou les fausses informations véhiculés à leur propos.</p> <p>28. Dans un contexte de supervision, l'intervenant tient compte de l'hétérosexisme et de l'homophobie auxquels sont confrontés ses étudiants ou ses collègues gais ou lesbiennes.</p> |
|--|---|

PATHOLOGISATION ET INDIFFÉRENCIATION DE L'HOMOSEXUALITÉ : DEUX VISIONS À DÉPASSER

*par Lynda Peers
avec la collaboration de Irène Demczuk*

Il existe bien sûr des ressemblances entre les personnes hétérosexuelles et homosexuelles mais ce sont leurs différences qui amènent les professionnels des services de santé et des services sociaux à adapter leurs manières de travailler. Intervenir auprès des personnes homosexuelles ne suppose pas l'acquisition de nouvelles techniques thérapeutiques; il s'agit plutôt de connaître leurs réalités spécifiques. Il importe à cet effet de considérer l'impact de la stigmatisation sur le vécu de ces personnes et leurs proches. D'autre part, et afin de bien comprendre les relations qui peuvent aujourd'hui se tisser entre les intervenants et la clientèle gaie, lesbienne ou bisexuelle, il faut aussi connaître certains faits historiques ayant marqué l'évolution de ces relations. C'est pourquoi nous tracerons dans un premier temps les caractéristiques d'une vision pathologique et d'une vision égalitariste de l'homosexualité. L'examen de ces deux perceptions nous permettra de cerner certains pièges à éviter dans l'intervention auprès de ces clientèles.

La pathologisation

L'homosexualité fût longtemps considérée comme une maladie ou un arrêt dans le développement de la personne. Dans cette perspective, la médecine et la psychiatrie se sont intéressées principalement aux causes de l'homosexualité chez l'individu. On a cherché à expliquer l'orientation homosexuelle par une série de facteurs : le résultat d'expériences négatives avec les personnes de sexe différent, un complexe d'Oedipe mal résolu, une fixation narcissique ou une simple expérience dans le cadre d'une exploration de sa sexualité. Certains thérapeutes ont même évoqué la possibilité d'une thérapie de conversion à l'hétérosexualité, ou de dissuasion du comportement homosexuel. Plus généralement, les intervenants ont tendance à dévaloriser l'homosexualité ou plus subtilement à ne présenter que les aspects difficiles du vécu homosexuel. Ils peuvent aussi avoir de la difficulté à reconnaître que l'orientation sexuelle peut changer à tout âge de la vie, au fil des expériences.

La vision pathologique peut aussi teinter la perception des couples et des familles homosexuels. Par exemple, des recherches en sexologie ont considéré à tort, et sans étude empirique valide et fiable, que l'intimité chez les couples gais et lesbiens était impossible : les couples de femmes seraient par définition fusionnels, alors que les couples d'hommes sont présentés comme étant incapables d'engagement mutuel.

En ce qui concerne la parentalité, la pathologisation de l'homosexualité peut se traduire par une attitude qui décourage le désir d'enfant ou qui confronte indûment la personne homosexuelle au sujet de sa capacité d'être un bon parent. L'homosexualité des parents est alors appréhendée comme un problème susceptible de causer des difficultés dans le développement de l'enfant ou comme un facteur prédisposant à la marginalisation.

L'égalitarisme ou " c'est pareil "

Distincte de la pathologisation, la vision égalitariste se traduit par un nivellement des différences entre les réalités hétérosexuelles et homosexuelles. Dans cette perspective, il y a souvent peu d'exploration du vécu homosexuel ou pire, cet aspect de la personne est ignoré alors qu'il représente une expérience marquante pour elle. Il arrive aussi que l'intervenant ne tienne pas compte des effets prolongés de l'hétérosexisme dans les relations que le client ou la cliente entretient avec sa famille, ses amis et son milieu de travail. Ou encore il incite trop fortement sa ou son client à s'affirmer comme gai, lesbienne ou bisexuel-le sans évoquer les risques réels d'ostracisme ou sans valider les

stratégies de survie que le client a développées. À l'inverse, il peut y avoir aussi un manque de reconnaissance des aspects positifs de la démarche d'affirmation de ses clients. Dans l'intervention auprès des couples et des familles, l'égalitarisme se manifeste par le recours au modèle hétérosexuel traditionnel sans tenir compte des particularités des unions de même sexe. On considère, par exemple, que ces couples rencontrent les mêmes problèmes que les couples hétérosexuels ou encore, on minimise les difficultés des parents homosexuels en négligeant de leur apporter un soutien.

Maintenant que certains pièges ont été identifiés, voyons quelques éléments à considérer si l'on veut mieux comprendre le vécu de cette clientèle. Essentiellement, il s'agit d'élargir la compréhension clinique en y intégrant deux dimensions soit, les effets potentiels de la stigmatisation sur le vécu de ces personnes, et les différences existant entre le développement personnel et social des gais et celui des lesbiennes.

Les effets traumatisants de l'hétérosexisme

Vivre dans un contexte social plus ou moins acceptant entraîne des effets multiples sur la santé psychologique des gais et des lesbiennes. Au moment de l'intervention, il importe de considérer quels stéréotypes ont été intériorisés par l'individu au sujet de l'homosexualité, comment ses relations avec son entourage ont-elles été modifiées aux différents moments qui ont marqué sa " sortie " (coming out). Pour les personnes qui vivent dans la clandestinité, il faudra explorer les aspects douloureux et les raisons qui motivent cette décision en reconnaissant le besoin légitime de protection que ressent l'individu. Outre le rejet, le harcèlement, l'humiliation ou la violence que peuvent vivre les gais, lesbiennes ou bisexuel-le-s, il importe aussi de considérer les effets d'une absence de reflets positifs de leurs réalités. Plusieurs personnes iront chercher dans les communautés qu'ils et elles auront créées, des images positives d'eux-mêmes qui favorisent leur affirmation.

Des différences entre les femmes et les hommes

L'activité sexuelle proprement dite joue un rôle différent dans le processus de développement de l'orientation ou de l'identité sexuelles. Plusieurs études américaines attestent que les gais ont tendance à agir à partir de leurs sentiments ou attirance en moyenne 5 ans plus tôt que les lesbiennes. Le délai entre les premières attirances et la première relation sexuelle est en moyenne de 2 ans chez les gais et de 6 ans chez les lesbiennes. Ajoutons que les gais vivent en moyenne leur première relation amoureuse 2 ans avant de comprendre ce que signifie le mot " homosexuel " alors que l'écart est de 4 ans chez les lesbiennes. Les études montrent bien comment la socialisation selon le sexe influence le développement de l'orientation et de l'identité sexuelles. Si la sexualité masculine est généralement caractérisée par l'initiative, l'action, la demande d'une gratification immédiate et par la capacité de détacher la sexualité de l'affectivité, les stratégies qu'utiliseront les gais pour éviter l'auto-étiquetage s'inscriront dans cette veine. Ainsi, lors de la période de questionnement de leur orientation sexuelle, plusieurs gais auront tendance à nier le sentiment amoureux afin d'éviter l'identification à l'homosexualité. Toutefois, les hommes tendent à s'auto-étiqueter comme homosexuels plus rapidement que les femmes, et à s'y identifier à partir de leur comportement sexuel. Pour les lesbiennes, les fantasmes précèdent en général le contact physique et, pour la grande majorité des lesbiennes interrogées, la relation sexuelle implique un lien émotif. De plus, pour éviter l'auto-étiquetage, les lesbiennes auront tendance à mettre plus d'emphase sur les sentiments alors que la relation sexuelle est perçue comme " spéciale " ou " exceptionnelle ". Les femmes ont moins tendance à s'identifier comme lesbienne à partir d'une seule expérience sexuelle, ou même à partir de quelques unes.

Le développement d'une orientation et d'une identité sexuelles différentes de la norme suppose aussi une certaine transgression des rôles sexuels traditionnels. L'hétérosexualité est associée à des

rôles sexuels prescrits qui prennent appui sur le principe de la complémentarité des sexes. Or dans une union homosexuelle, chaque individu peut plus ou moins afficher des caractéristiques “ androgyne ” c’est-à-dire supposées appartenir à l’un et à l’autre sexe, car il y a absence de normes. Les gais et lesbiennes peuvent donc, dans le cours de leur développement, acquérir des habiletés que l’on associe à l’autre sexe. Le masculin et le féminin ne sont plus vus comme des caractéristiques complémentaires et exclusives à un sexe mais comme des qualités humaines nécessaires au “ vivre ensemble ”.

Le rôle masculin étant traditionnellement plus valorisé, l’homosexualité apparaît plus menaçante pour les hommes que pour les femmes. Les hommes ont tendance à rejeter l’homosexualité plus souvent et plus intensément que les femmes. Ils peuvent aussi sentir qu’ils ont plus à perdre en devenant homosexuel. D’autre part, les femmes vont plus souvent passer par une période bisexuelle avant de s’identifier comme lesbienne. Devenir lesbienne implique de faire le deuil des avantages associés au fait d’avoir un partenaire masculin, et de se trouver dans une position plus vulnérable face aux critiques des hommes qui ne tolèrent pas la transgression des rôles sexuels. Au-delà des rôles sexuels, il existe des différences importantes à l’intérieur de chacun des groupes.

Conclusion

Il importe finalement de considérer les aspects potentiellement positifs d’une démarche de validation de soi-même en tant que gai ou lesbienne. Quelques aspects positifs possibles sont : l’exploration, la découverte, ou la réappropriation de sa capacité d’aimer et de vivre une intimité affective et sexuelle avec quelqu’un, de désirer et d’avoir du plaisir, de s’engager, de s’affirmer, d’être différent-e tout en maintenant un lien positif avec l’entourage immédiat, de créer ou recréer une famille ou un réseau; ou encore de s’insérer dans une communauté.

Ajoutons en terminant qu’intégrer la dimension de l’homosexualité dans l’intervention amène à s’impliquer non seulement auprès d’une clientèle identifiée comme gaie ou lesbienne mais aussi auprès des parents, des enfants, des ex-conjoints ou des conjoints actuels, ainsi qu’auprès de toute personne qui se questionne sur son orientation sexuelle.

2.3 COMMENT ABORDER LA QUESTION DE LA SEXUALITÉ AVEC LES CLIENTÈLES ?

LES ASPECTS PSYCHOSEXUELS

Texte 3.3.B

Comment aborder la question de la sexualité avec les clientèles ?

Michel Dorais, Ph.D., T.S.

Lorsqu'un intervenant rencontre des clientèles venues en consultation en raison de risques de MTS ou de sida, il peut être amené à aborder la question de leur vie amoureuse et sexuelle (pour faire leur histoire de vie ou leur carrière sexuelle, par exemple). Voici quelques attitudes susceptibles de faciliter sa tâche.

1. ÊTRE SOI-MÊME CONFORTABLE

Avant tout, être confortable dans sa propre sexualité représente un préalable pour amener les autres à discuter de la leur. Comme on n'a pas tous connu les mêmes expériences amoureuses ou sexuelles, reconnaître la diversité des expériences et des pratiques sexuelles de même que celle des besoins et des mobiles qui les motivent est primordial.

2. ÉTABLIR UN CONTACT QUI METTRA LA PERSONNE À L'AISE POUR ABORDER CES QUESTIONS INTIMES

Beaucoup de gens sont gênés ou embarrassés quand vient le temps de parler de leur vie amoureuse ou sexuelle. Ils craignent d'être jugés, voire rejetés. Aussi, importe-t-il d'abord de les mettre à l'aise, de créer un climat de confiance propice à une entrevue qui porte sur leur vécu amoureux et sexuel. Quelques questions préalables sur d'autres aspects, moins tabous, de leur existence peuvent servir d'entrée en matière. Il faut que l'interlocuteur perçoive l'intérêt de l'intervenant à l'écouter, à le comprendre. La posture de l'intervenant, son expression faciale, l'intonation chaleureuse de sa voix, l'atmosphère et la disposition de son bureau,

le reflet qu'il fait des dires de son client, voilà autant de moyens mis à sa disposition.

3. PRÉSERVER ET GARANTIR LA CONFIDENTIALITÉ

Une fois qu'il est assuré que l'entrevue se fasse à l'abri des indiscretions, il peut être nécessaire de rassurer la personne cliente quant à la confidentialité de ses échanges avec l'intervenant. Non sans raison, les personnes peuvent craindre que leur vie intime soit sujette à des divulgations qui leur portent préjudice. Ces résistances méritent d'être prises en considération. Une entente qui stipule qu'aucun renseignement ne sera divulgué à des tiers sans l'assentiment de la personne concernée est d'usage.

4. DÉMONTRER SON EMPATHIE

Tous n'ont pas le même vécu sexuel ou amoureux. Néanmoins, tous méritent d'être écoutés et compris de façon empathique. Aussi, que les clientèles partagent les valeurs de l'intervenant ou pas, qu'elles s'adonnent à des pratiques qu'il adopte ou qu'il réprouve, elles lui donnent toutes l'occasion de mieux comprendre la nature et la culture humaines. Sans compréhension, il n'y a pas d'aide possible. Aussi, il importe de respecter les expériences des autres, quelles qu'elles soient, et d'éviter de juger, d'étiqueter, ou de condamner. L'intervenant a beaucoup à apprendre des expériences d'autrui, en particulier lorsqu'elles diffèrent des siennes.

5. ENCHAÎNER NATURELLEMENT LES QUESTIONS

Qu'il dresse la carrière sexuelle d'une personne ou qu'il l'interroge sur quelque aspect que ce soit de sa vie amoureuse ou sexuelle, l'intervenant doit faire en sorte que l'enchaînement de ses questions suive le fil logique et le rythme de son interlocuteur. Ainsi, il peut paraître plus aisé d'aborder la vie sociale ou amoureuse de la personne avant d'aborder ses pratiques sexuelles comme telles.

LES ASPECTS PSYCHOSEXUELS

6. ADAPTER SON QUESTIONNEMENT

Il faut savoir s'adapter aux réactions, réticences, silences, pudeurs ou hésitations des sujets interviewés. Les mêmes questions peuvent produire des réactions extrêmement diversifiées selon les personnes rencontrées. Par exemple, des femmes ou des hommes qui se prostituent régulièrement peuvent être moins réticents à parler de leurs activités «professionnelles» que de leur vie privée, alors que chez des personnes qui se prostituent occasionnellement, la prostitution peut constituer un sujet tabou. Autre exemple : un homme qui s'identifie comme hétérosexuel peut être très hésitant à confier qu'il a eu des relations homosexuelles, alors qu'un homme qui s'identifie comme homosexuel passera parfois volontiers sous silence ses activités hétérosexuelles antérieures.

7. PROCÉDER SANS A PRIORI, EN SUPPOSANT QUE TOUTE PRATIQUE EST POSSIBLE CHEZ TOUT INDIVIDU

Alfred Kinsey appelait cette attitude la «présupposition» : lorsqu'il ne connaît pas la vie sexuelle ou amoureuse de la personne, l'interviewer devrait la questionner comme si toute activité sexuelle était possible. Ainsi, plutôt que de demander quel était le sexe des partenaires passés, il peut demander quel est le nombre de partenaires féminins et de partenaires masculins qu'a connu la personne. Il suffit, pour ce faire sans choquer la personne, de la prévenir, que, compte tenu de la diversité des clientèles, aucun comportement ne peut être pris pour acquis, d'où la diversité des questions auxquelles l'interlocuteur doit toutefois se sentir tout à fait libre de répondre.

8. ADAPTER SON VOCABULAIRE

En matière de sexualité, les mots ne veulent pas dire la même chose et ne sont pas utilisés de la même façon par tout le monde. En tant que professionnel, l'intervenant possède un certain jargon, mais ses clientèles ont aussi le leur, qui n'est pas moins riche de sens ou de légitimité. La personne se sentira plus à l'aise si elle perçoit que l'intervenant comprend ses expressions et que, au moyen de reflets ou de

clarifications par exemple, il les valide (validant ainsi leur propre expérience des choses).

9. ÉVITER D'INFLUENCER LES RÉPONSES

Parfois, plus ou moins consciemment, les questions posées peuvent induire leurs propres réponses. Par exemple : «Vous m'avez dit que vous êtes marié, je présume que vous n'avez pas de relations homosexuelles, n'est-ce-pas?» ou encore «Un homme qui me semble responsable comme vous prend sûrement ses précautions, tel que le condom, non?». Il importe de s'exercer à éviter d'influencer ainsi les réponses et de réduire du même coup leur validité.

10. ÉVITER LES QUESTIONS MULTIPLES

En posant simultanément plusieurs questions, l'intervenant s'expose à obtenir des réponses ambiguës, imprécises ou incomplètes. Sans compter que tant l'interviewer que l'interviewé risque alors de perdre de vue l'une des questions posées. Par exemple, la question : «Avez-vous eu plusieurs partenaires, de quel sexe étaient-ils et quelles pratiques sexuelles aviez-vous avec eux?» comporte trois sous-questions. Il est vraisemblable que la personne sera alors portée à en oublier ou à en esquiver une partie. Une question à la fois serait préférable.

11. REPOSER, AU BESOIN, LES MÊMES QUESTIONS, MAIS DE FAÇON DIFFÉRENTE

Pour toutes sortes de raisons, il peut arriver que des réponses restent vagues ou hésitantes. Cela est souvent le cas lorsqu'on aborde des questions taboues pour la personne interrogée, telle que l'infidélité conjugale, par exemple. Souvent, reposer la même question, mais légèrement différemment et un peu plus tard, lorsque le climat de confiance est mieux installé, peut s'avérer efficace.

12. NE PAS FORCER LES CONFIDENCES

Une relation d'aide - fut-elle de nature éducative ou préventive - n'a rien d'une enquête policière. On ne peut forcer les personnes ni à faire des confidences ni à dire la vérité à propos d'elles-mêmes. Seule la

L E S A S P E C T S P S Y C H O S E X U E L S

confiance réciproque qui existe ou qui se créera (lors d'une entrevue ultérieure, par exemple) entre l'interviewer et l'interviewé peut venir à bout des résistances de celui-ci à se confier en toute authenticité. Parfois, le temps doit faire son oeuvre. Il est hasardeux de «confronter» les réponses d'une personne si une certaine relation de confiance et de respect mutuel n'est pas déjà établie.

MODULE 1

Document 3.1

Résilience et empowerment

(d'après Michel Dorais, Le Métier d'aider, VLB éditeur, 2015)

Les personnes de la diversité sexuelle, en particulier les jeunes, rencontrent parfois des problèmes liés à des préjugés, de la discrimination, de la stigmatisation ou de l'intimidation ou du rejet. Comme intervenants, nous pouvons certainement les soutenir, eux, leur famille ou leurs proches dans la recherche de solutions individuelles, familiales, scolaires, communautaires ou collectives à ces problèmes. Pour ce faire, le recours aux concepts de **résilience** et d'**empowerment (capacité d'agir)** est des plus utiles.

La faculté à de sortir de ses problèmes malgré des circonstances adverses s'appelle la résilience. Si on croit au changement, mettre l'accent sur le potentiel des gens et plus particulièrement sur leur faculté de résilience devient vite un incontournable. Plus encore, encourager leur capacité d'agir sur leur propre vie, ce que l'on nomme l'empowerment, est important dans le cas des personnes se sentant marginalisées ou exclues. Aussi, prenons la peine d'expliquer ce que sont la résilience et l'empowerment ou capacité d'agir.

Le concept de résilience suggère que les humains ont la faculté de faire face à l'adversité, lorsqu'elle se présente, voire d'en prévenir les impacts les plus négatifs. Le psychiatre Boris Cyrulnik, lui-même survivant du génocide juif lors de la seconde guerre mondiale, a beaucoup contribué à vulgariser le concept. Pour lui, la résilience est «cette aptitude à tenir le coup et à reprendre son développement dans des circonstances adverses¹». Comme la résilience est plutôt une faculté, une habileté ou une capacité qu'un résultat, elle peut être continûment développée. En somme, c'est un processus qui produit un résultat positif, soit l'atteinte d'un certain équilibre, grâce notamment à une faculté de réagir avec créativité aux problèmes et aux traumatismes sans se laisser détruire ou abattre.

Le résilient entend s'en sortir ou du moins se protéger – et va finir par prendre tous les moyens à sa portée pour ce faire, y compris des mécanismes de défense qui ne sont pas forcément considérés d'emblée positifs, tel que le déni, la fuite en avant, la sublimation, etc. Le problème ou le traumatisme deviennent dès lors des défis à surmonter. Il suffit parfois d'une seule personne significative pour encourager cette résilience. Une jeune femme disait : «Ma grand-mère décédée croyait en moi. Elle était certaine que j'étais quelqu'un de bien». Le souvenir ému de cette grand-mère jouera un rôle certain dans le rétablissement de cette jeune femme blessée par la vie, car il lui appelait qu'elle avait encore et toujours des capacités appréciables et une valeur humaine.

La résilience, que l'on pourrait aussi décrire comme un ressaisissement de soi après la rencontre de problèmes ou de traumatismes, fait appel en fait à plusieurs types de réactions complémentaires :

¹ B. Cyrulnik, *Les Vilains Petits Canards*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 19.

- une faculté compensatoire ou adaptative devant l'adversité;
- une recherche «naturelle» d'équilibre, ou du moins de rééquilibre;
- la possibilité de contrer des facteurs de vulnérabilité (ce qui nous tire vers le bas) par des facteurs de protection (ce qui nous tire vers le haut) appropriés à la personne et à son milieu de vie;
- la tendance à se définir par ses projets de vie plutôt que par son passé uniquement, surtout s'il est porteur de limitations, d'aléas et de souffrances.

La résilience se traduit ainsi en deux mouvements : une relative résistance devant l'adversité et la (re)construction de soi et de sa vie. Lorsqu'on les observe de plus près, les personnes dites résilientes ont développé pour la plupart, au moins minimalement, les caractéristiques suivantes: une soif d'autonomie, une vivacité d'esprit, une aptitude aux relations humaines, le sens de l'initiative, de la créativité (en particulier pour résoudre des problèmes et développer projets de vie), des valeurs, de l'humour, un sentiment de sa propre valeur, la capacité de survivre à des situations éprouvantes, enfin la capacité d'anticiper et de planifier un avenir meilleur. Autrement dit, si nous n'avons pas le choix des événements qui nous adviennent, nous avons le choix d'y réagir d'une façon ou d'une autre, et, dans le cas des personnes résilientes, plus positivement que négativement.

La résilience n'est pas un attribut, répétons-le, mais une faculté susceptible d'être continûment développée. Pour des intervenants psychosociaux, soutenir ou encourager la faculté de résilience d'un individu, d'une famille ou même d'une communauté, c'est amenuiser leurs facteurs de vulnérabilité et leur (re)donner espoir. Ils peuvent ainsi être des tuteurs de résilience. Des mesures relativement simples et efficaces peuvent être prises en ce sens:

- diminuer dans toute la mesure du possible l'impact ou l'ampleur des problèmes ou traumatismes éprouvés;
- contrôler ou réduire les réactions en chaîne, lorsque des problèmes en provoquent d'autres, contenant ainsi la détérioration de la situation;
- maintenir et même renforcer chez les gens leur estime d'eux-mêmes et leur sentiment de compétence à agir sur leur vie;
- miser sur les opportunités positives qui subsistent, plutôt que s'en remettre à la fatalité ou au hasard;
- maximiser le recours à un réseau de soutien (famille, amis, pairs, connaissances, communauté, etc.).

La résilience postule que des réactions ou conditions gagnantes peuvent émerger toute situation, fût-ce en recadrant cognitivement un événement qui serait en tout autre temps ou tout autre lieu vu comme destructeur. La résilience est en somme un état de bien-être subjectif en dépit de conditions ou situations de vie objectivement difficiles, voire traumatisantes. Elle met en branle des mécanismes de défense qui poussent l'individu à affronter le stress, qui se transforme en quelque sorte en stimulation.

Tout se passe comme si la personne résiliente se posait les questions suivantes et faisait en sorte y répondre de façon constructive pour elle: «Comment vais-je être moins vulnérable ou moins souffrir?», «Comment vais-je m'en sortir?», «Comment vais-je être réussir à être relativement heureux quand

même, malgré tout ?». En somme, le résilient reconnaît et utilise sa faculté de s'adapter, recherche activement un nouvel équilibre en misant sur ses compétences et ses forces, et se définit par ses projets de vie plutôt que par son passé douloureux.

Les contes d'enfant, tels que le Petit Poucet ou le Petit Chaperon Rouge sont des récits de résilience. Idem pour des personnages de bandes dessinés et de films tels que Batman, dernier survivant à la mort précoce et violente de ses parents ayant puisé dans cette expérience pour devenir un survivant venant même en aide à autrui. La plupart des superhéros de bande dessinée sont en fait des résilients : ils sont orphelins, ont dû et doivent encore traverser maintes épreuves, en ont tiré des leçons de vie faisant en sorte qu'ils entendent maintenant non seulement vivre pleinement mais sauver la vie des autres.

«Avoir souffert ne condamne pas à un destin de malheur» écrit le thérapeute Jacques Lecomte, dans *Guérir de son enfance*². «La vie n'est pas ce que l'on a vécu, mais ce dont on se souvient et comment on s'en souvient», concluait pour sa part Gabriel Garcia Marquez dans *Vivre pour la raconter*³. En somme, c'est la relation que l'on a à nos problèmes qui définit comment on va les régler – ou pas. Or, le sentiment d'avoir la force de s'en sortir est le socle de la résilience.

Le concept de résilience peut volontiers être associé à celui d'empowerment, terme souvent traduit en français par «capacitation», pouvoir ou capacité d'agir. Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener ont bien décrit l'essence de ce concept dans *L'empowerment, une pratique émancipatrice*⁴. Comme processus, l'empowerment implique le développement de son pouvoir d'agir et les apprentissages menant à cette émancipation. Son utilisation auprès des personnes étiquetées, marginalisées ou stigmatisées est des plus pertinentes. En effet, d'une part ces dernières ont souvent à ce point intériorisé l'oppression subie que leur estime d'elles-mêmes s'en trouve affectée; c'est la cas par exemple, dans l'homophobie intériorisée.

Un processus d'empowerment fera en sorte que la personne va développer des connaissances lui permettant de recadrer son expérience, par exemple en concevant l'oppression subie comme source d'apprentissage et de mobilisation. À titre d'exemple, j'apporterais le cas d'une adolescente lesbienne qui, malgré l'intimidation qu'elle subit à l'école, se conscientise sur l'homophobie et l'hétérosexisme. Elle va alors remettre en questions les prémisses sur lesquels ces préjugés reposent (par exemple, que l'hétérosexualité serait en elle-même supérieure à l'homosexualité). Elle va ainsi être en mesure de ne pas se sentir coupable d'être intimidée, comme c'est le but de ceux qui la harcèlent, et de dénoncer ce qu'elle subit. Plusieurs jeunes qui militent contre l'intolérance homophobe sont ainsi d'ex-victimes qui ont transformé en capacité d'agir l'épreuve qu'ils ont traversée.

Réaction saine devant une situation qui ne l'est pas, l'empowerment se manifeste par un refus de la fatalité, du statu quo, d'un ordre des choses moralement et socialement injuste. Il implique une conscientisation qui instaure un rapport différent à soi et aux autres, mais aussi aux idéologies et aux institutions sociales qui briment ou qui oppriment. Pas étonnant que la notion ait beaucoup eu la faveur

² J. Lecomte, *Guérir de son enfance*, Paris, Odile Jacob, 2010.

³ G. Garcia Marquez, *Vivre pour la raconter*, Paris, Grasset, 2003.

⁴ Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener, *L'empowerment, une pratique émancipatrice*, Paris, La Découverte, 2013.

du mouvement des femmes, du mouvement américain de libération des Noirs et des mouvements LGBT, par exemple.

L'empowerment est non seulement conscientisation mais décision et surtout action visant à prendre son destin davantage en main, à intervenir par soi-même pour soi et parfois aussi pour ses pairs. Pour ce faire, un savoir alternatif est développé, lequel redéfinit la situation afin de voir le pouvoir que l'on peut avoir sur cette dernière. C'est un bel exemple de recadrage mobilisateur. Par exemple, être trans, être gay ou lesbienne n'est plus considéré comme un moins mais comme un plus et, de surcroît, comme occasion de solidarité avec ses semblables.

La recherche d'empowerment couvre autant la vie personnelle que collective. D'autant que, comme l'ont montré les mouvements LGBT, des changements sociaux sont généralement requis pour permettre une émancipation personnelle durable. C'est la raison pour laquelle l'intervention psychosociale se doit d'être critique, y compris face aux structures et cultures dans lesquelles elle évolue : elle ne saurait se contenter d'une lecture individualiste des problèmes rencontrés, même quand notre action consiste dans un premier temps à aider des individus.

Beaucoup de problèmes individuels sont en fait les symptômes de problèmes sociaux, tels que la production de marginalisation, de discrimination et d'inégalités de toutes sortes. Le sociologue Alain Touraine disait à juste titre: «Ce que l'on appelle un problème individuel, c'est, dans beaucoup de cas, le déplacement d'un problème qui ne peut pas être traité comme problème collectif et qui va être déplacé sur la maillon le plus faible, de telle sorte qu'il va se manifester sous forme de problème individuel; par conséquent, le véritable problème va être, ici (...) de re-collectiviser les problèmes individuels, de faire reprendre en charge par une collectivité les problèmes dont elle s'est, si je puis dire, débarrassée sur les individus les plus faibles⁵».

Lorsque compris dans sa dimension à la fois individuelle et collective, la notion d'empowerment ouvre une porte sur le changement social. Elle favorise à la fois l'utilisation et le développement de toutes ses forces et compétences. Elle implique aussi une conscience critique permettant de solidariser avec ceux et celles qui expérimentent le même problème que soi. Dans un cas comme dans l'autre, le but est de redéfinir un problème afin de lui apporter des solutions viables et constructives pour les populations qui le vivent. À échelle collective, l'empowerment est ni plus ni moins qu'une participation à la vie citoyenne, laquelle est garante de démocratie.

⁵ Extrait d'une conférence de Alain Touraine prononcée dans le cadre du colloque «Les professions sociales à l'aube du 3^e millénaire» et parue dans *Informations Sociales*, no 5, 1981.

ON NE VA PAS S'ARRÊTER EN SI BON CHEMIN, DE SAINS ET SAUFS, (M. DORAIS & E. VERDIER), VLB, 2005, P. 148-49.

Brève synthèse de ce qui précède

On aura compris tout au long de cet ouvrage à quel point il est essentiel de minimiser tes facteurs de vulnérabilité tout en renforçant tes facteurs de protection devant l'adversité que constituent la méconnaissance de la diversité sexuelle et les préjugés, les intolérances, parfois les violences qu'elle rencontre. Autrement dit, ce qui rend plus fort aura toujours avantage à être développé, alors que ce qui affaiblit moralement ou socialement aura avantage à être amenuisé. Récapitulons quelques-uns de ces éléments.

FACTEURS DE VULNERABILITE	FACTEURS DE PROTECTION
A la remorque de ce pensent les autres	Esprit critique face aux préjugés
Honte ou haine de soi	Fierté de soi et de ses réalisations
Isolement	Recherche de soutien et solidarité
Peur des autres	Affirmation de soi
Silence	Prise de parole
Crainte de se révéler à autrui	Risque assumé d'être visible
Acceptation du rejet et de la «tolérance»	Exigence du respect des droits et libertés et d'une pleine égalité
Objet de ridicule	Sujet humoristique actif
Ignorance de la diversité sexuelle	Partage et développement de connaissances
Respect des points de vue les plus intolérants (sous prétexte que «toutes les idées se valent»)	Respect sans compromis de soi et de ses pairs
Impossibilité de se défendre	Habilités d'autodéfense
Posture de victime	Posture d'acteur social
Acceptation passive des étiquettes	Refus des étiquettes imposées
Soumission aux pressions des autres quant à son style de vie	Choix créatif de son style de vie

POWER POINT «VERS LA MISE EN ŒUVRE D' ACTIONS CONCERTÉES VISANT L'ÉLIMINATION DE L'HOMOPHOBIE



**Vers la mise en œuvre
d'actions concertées visant
l'élimination de l'homophobie**

Thème 5

65

Institut national
de santé publique
Québec



Démarche et étapes

- Chercher l'appui de la direction
- Créer un réseau d'alliés
- Développer un plan d'actions
- Identifier le niveau d'intervention
- Poser des gestes concrets
- Évaluer les actions entreprises

66

Institut national
de santé publique
Québec

Chercher l'appui de la direction

- Expliquer la légitimité de votre démarche.
- Sensibiliser au besoin de réduire le climat d'homophobie qui fait du tort, autant aux jeunes qu'aux adultes.
- Promouvoir une approche « préventive ».
- Présenter votre plan d'actions.

67

Institut national
de santé publique
Québec

Créer un réseau d'alliés

- Ne pas agir seul(e).
- Identifier des organismes ou des personnes intéressés, à l'interne comme à l'externe.
- Si possible, inclure des jeunes dans la démarche
- Développer des stratégies de communication en réseau.
- Élaborer un plan d'actions.

68

Institut national
de santé publique
Québec

Développer un plan d'actions

- Évaluer les besoins du milieu.
- Consulter les personnes ressources.
- Développer des objectifs à court, moyen et long terme.
- Valider les moyens et les échéanciers.
- Intégrer l'approche dans un contexte plus général de prévention et de lutte contre les préjugés et la violence.

69

Institut national
de santé publique
Québec

Identifier le niveau d'intervention

Interventions systémiques en regard de l'homophobie

- Politiques/Règles de conduite : évaluer leur efficacité, adapter au besoin.
- Définir les procédures à suivre face aux actes homophobes.
- Faire connaître ces nouvelles règles et procédures dans le milieu.

70

Institut national
de santé publique
Québec

Identifier le niveau d'intervention

Interventions systémiques en regard des besoins des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels.

- Les services d'aide
 - Évaluer l'ouverture des services d'aide de votre établissement à la question de l'orientation sexuelle
 - Proposer la formation *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité*
 - Offrir un perfectionnement au besoin

71

Institut national
de santé publique
Québec

Identifier le niveau d'intervention

Interventions systémiques en regard des besoins des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels.

- L'apprentissage
 - Inclure la question de la diversité des orientations sexuelles dans le curriculum académique en tenant compte des niveaux d'apprentissage.
 - Aborder la question des stéréotypes masculins et féminins.

72

Institut national
de santé publique
Québec

Identifier le niveau d'intervention

Interventions systémiques en regard des besoins des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels

– L'apprentissage

- Aborder l'homosexualité de manière inclusive dans le cadre d'apprentissage sur la diversité sociale, la famille, la prévention du suicide, etc.
- Aborder l'homosexualité de manière spécifique en déconstruisant les fausses croyances et en présentant des informations justes.

73

Identifier le niveau d'intervention

Interventions systémiques en regard des besoins des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels

– Les services de documentation

- Évaluer l'inventaire de votre documentation concernant l'orientation sexuelle
- Rendre disponible l'information juste et adéquate à propos de l'homosexualité et de la bisexualité
- S'assurer que la documentation est appropriée en fonction de l'âge

74

Identifier le niveaux d'intervention

Interventions ciblées

- Formation, sensibilisation et suivi auprès :
 - De la direction
 - Des collègues ou des pairs
 - Des jeunes

75

Institut national
de santé publique
Québec

Poser des gestes concrets

- Diffuser des affiches de prévention de l'homophobie
- Placer des dépliants aux endroits stratégiques
- Ne pas présumer de l'hétérosexualité des jeunes
- Adapter le langage en le rendant inclusif de la diversité des orientations sexuelles

76

Institut national
de santé publique
Québec

Poser des gestes concrets

- Organiser un événement de sensibilisation dans le cadre de la Journée internationale de lutte contre l'homophobie
- Réaliser cet événement avec la collaboration de vos partenaires internes et externes
- Susciter la participation des jeunes

77

Institut national
de santé publique
Québec

Évaluer les actions entreprises

- En fonction du plan d'actions adopté, évaluer le degré d'atteinte des objectifs et les résultats
- Mesurer les impacts qualitatifs et quantitatifs
- Élaborer des pistes de suivi

78

Institut national
de santé publique
Québec

Quelques ressources

Fédération canadienne des enseignants et enseignantes

www.ctf-fce.ca

Journée internationale contre l'homophobie

www.emergence.qc.ca

Alter-héros

www.alterheros.com

79

Institut national
de santé publique
Québec

En conclusion

Visibilisez l'ouverture de votre
organisation et la vôtre à la diversité
des orientations sexuelles

81

Institut national
de santé publique
Québec