

Les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes The mental health issues among gay and lesbian elders

Julie Beauchamp et Line Chamberland

Volume 40, numéro 3, automne 2015

Identités et orientations sexuelles

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034917ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034917ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Beauchamp, J. & Chamberland, L. (2015). Les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes. *Santé mentale au Québec*, 40(3), 173–192.
<https://doi.org/10.7202/1034917ar>

Résumé de l'article

La plupart des gais et lesbiennes aînés ont été marqués dans leur trajectoire de vie par des expériences de discrimination et de stigmatisation reliées à leur orientation sexuelle. Ces expériences négatives peuvent avoir eu des impacts sur leur parcours de vie et sur leur santé mentale. Même si, actuellement, la majorité des aînés gais et lesbiennes ont et maintiennent une bonne santé mentale, il ressort des études que les personnes non hétérosexuelles sont plus à risque de développer certains problèmes tels que l'anxiété, la dépression, les idées suicidaires et la consommation excessive d'alcool et d'autres substances. Cet article présente les facteurs pouvant fragiliser la santé mentale des aînés gais et lesbiennes, soit la victimisation et l'exposition à diverses formes de préjudices au cours du parcours de vie, la gestion continue du dévoilement ou de la dissimulation de l'orientation sexuelle, le degré d'homophobie intériorisée ainsi que la solitude ; et les facteurs potentiels de protection tels que les capacités de résilience, le réseau social et le soutien social. Cet article conclut sur les implications quant à la prise en compte des besoins propres aux aînés gais et lesbiennes. Des recommandations sont mises de l'avant dans une perspective de reconnaissance des enjeux touchant les aînés gais et lesbiennes, et d'amélioration des services qui leur sont offerts.

Les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes

Julie Beauchamp^a

Line Chamberland^b

RÉSUMÉ La plupart des gais et lesbiennes aînés ont été marqués dans leur trajectoire de vie par des expériences de discrimination et de stigmatisation reliées à leur orientation sexuelle. Ces expériences négatives peuvent avoir eu des impacts sur leur parcours de vie et sur leur santé mentale. Même si, actuellement, la majorité des aînés gais et lesbiennes ont et maintiennent une bonne santé mentale, il ressort des études que les personnes non hétérosexuelles sont plus à risque de développer certains problèmes tels que l'anxiété, la dépression, les idéations suicidaires et la consommation excessive d'alcool et d'autres substances. Cet article présente les facteurs pouvant fragiliser la santé mentale des aînés gais et lesbiennes, soit la victimisation et l'exposition à diverses formes de préjudices au cours du parcours de vie, la gestion continue du dévoilement ou de la dissimulation de l'orientation sexuelle, le degré d'homophobie intériorisée ainsi que la solitude; et les facteurs potentiels de protection tels que les capacités de résilience, le réseau social et le soutien social. Cet article conclut sur les implications quant à la prise en compte des besoins propres aux aînés gais et lesbiennes. Des recommandations sont mises de l'avant dans une perspective de reconnaissance des enjeux touchant les aînés gais et lesbiennes, et d'amélioration des services qui leur sont offerts.

-
- a. Étudiante au doctorat en sexologie, Université du Québec à Montréal (UQAM); ex-boursière du Programme stratégique de formation en recherche transdisciplinaire sur les interventions en santé publique: Promotion, Prévention et Politiques Publiques (4P) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ).
 - b. Ph. D., professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal (UQAM) – Titulaire de la Chaire de recherche sur l'homophobie.

MOTS CLÉS homosexualité, gais, lesbiennes, aînés, santé mentale, vieillissement, stigmatisation, résilience, réseau social, soutien social, homophobie intériorisée

The mental health issues among gay and lesbian elders

ABSTRACT Most gay and lesbian elders have experienced discrimination and stigmatization related to their sexual orientation in their life trajectory. These negative experiences may have had an impact on their life course and on their mental health. Even if the majority of gay and lesbian older adults actually have and maintain good mental health, studies show that non-heterosexual people are at a greater risk of developing certain difficulties, such as anxiety, depression, suicidal thoughts and excessive consumption of alcohol and other substances. This article presents the factors that may weaken the mental health of older gay and lesbian people, such as victimization and the exposure to various forms of prejudice in their life course, the continuous management of the disclosure or dissimulation of their sexual orientation, the degree of internalized homophobia, as well as loneliness; and also presents the potential protective factors, such as building resilience, social networks and social support. This article concludes by illustrating the implications concerning the specific needs of the gay and lesbian elders. Some recommendations are also formulated with regards to recognizing the issues affecting gay and lesbian older adults as well as improving the services that are offered to them.

MOTS CLÉS homosexuality, gays and lesbians, aging, mental health, stigmatization

Introduction

Les gais et lesbiennes qui font partie de la génération des aînés ont traversé des périodes historiques caractérisées par des changements majeurs des attitudes envers l'homosexualité. Avant les années 1970, celle-ci était réprouvée de toutes parts, sanctionnée à la fois comme un crime, une maladie et un péché. Au Canada, les comportements homosexuels ayant lieu en privé entre adultes consentants ont été décriminalisés en 1969 (Smith, 2011). En 1973, l'homosexualité comme déviance sexuelle fut retirée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-II), mais le diagnostic de l'homosexualité égodystonique, applicable aux personnes éprouvant des malaises ou perturbées par leur orientation sexuelle, ne fut éliminé qu'en 1987 (Drescher, 2010). Cinq ans plus tard, soit en 1992, l'Organisation mondiale de la santé décidait à son tour de retirer l'homosexualité de la

Classification internationale des maladies (Drescher, 2010). La laïcisation des institutions a affaibli le poids du religieux dans la définition des normes sexuelles. Au cours des deux dernières décennies, des changements politiques et législatifs ont progressivement mis fin à des années de discrimination légale, en octroyant l'égalité de droit aux personnes homosexuelles et en reconnaissant leurs réalités conjugales et familiales, notamment avec la loi sur l'union civile et les nouvelles règles de filiation adoptées au Québec en 2002 et la loi canadienne donnant accès au mariage aux conjoints de même sexe en 2005 (Corriveau, 2006). De telles transformations à la fois reflètent et contribuent à l'émergence d'un discours positif sur l'homosexualité.

La perspective du parcours de vie invite à examiner les expériences des aînés gais et lesbiennes dans leur globalité, à la fois sous l'angle individuel, comme un ensemble de trajectoires idiosyncrasiques survenues sur les plans développemental, identitaire, familial, conjugal, éducationnel, professionnel et résidentiel, et sous l'angle sociétal (Bessin, 2009; Cavalli, 2007). La plupart des gais et lesbiennes aînés ont été marqués dans leur trajectoire de vie par des perceptions et des expériences négatives reliées à leur orientation sexuelle. Dans un contexte hostile, voire menaçant, cacher son homosexualité n'était pas un choix, mais une façon de se protéger des conséquences dramatiques qui pouvaient advenir si celle-ci devenait connue (Knauer, 2009). Aujourd'hui, un enjeu majeur qui concerne cette population est son invisibilité sociale que l'on peut attribuer à une convergence de facteurs (Auger et Krug, 2013; Blando, 2001; Shankle, Maxwell, Katzman et Landers, 2003). La discrimination et la stigmatisation y ont certes contribué en incitant plusieurs gais et lesbiennes aînés à dissimuler ou taire leur orientation sexuelle, en particulier hors du cadre de leur vie privée (Addis, Davies, Greene, McBride-Stewart et Shepherd, 2009; Brotman, Ryan et Cormier, 2003; Knauer, 2009). Pour plusieurs, les appréhensions d'un rejet, d'une subtile mise à distance, d'un traitement inéquitable demeurent présentes. D'autre part, l'hétérosexisme et l'âgisme entretiennent l'occultation de leurs réalités. L'idéologie hétérosexiste se traduit au quotidien par la présomption d'hétérosexualité dans les interactions sociales: une personne est considérée comme hétérosexuelle à moins de dévoiler son homosexualité à chaque nouvelle occasion, ce qui va à l'encontre des habitudes de prudence et de discrétion acquises au fil des ans par nombre d'aînés gais et lesbiennes (Chamberland et Petit, 2009). L'âgisme nourrit des préjugés persistants quant à l'asexualité des aînés, surtout parmi les cohortes les plus âgées,

et entretient le tabou sur les interrogations concernant les formes d'expression affectives et sexuelles chez les personnes de ce groupe d'âge (Brotman *et al.*, 2003; Knauer, 2009; Price, 2005).

Une conséquence majeure de l'invisibilité sociale des gais et lesbiennes aînées est la faible prise en compte de leurs trajectoires particulières et de leurs besoins propres dans les services institutionnels et communautaires s'adressant à la cohorte des aînées, de même que dans les activités offertes dans les milieux gais et lesbiens, qui ne sont pas, eux-mêmes, exempts de préjugés âgistes. Cette situation est appelée à se transformer avec les changements démographiques en cours et avec l'arrivée d'une cohorte générationnelle ayant participé aux diverses luttes pour l'égalité, la reconnaissance des droits ou autour du VIH-sida. Il est difficile de chiffrer la part de la population aînée non hétérosexuelle dans la population totale : les estimations varient entre 4 % et 6 % selon l'Institute of Medicine (IOM, 2011) – soit de 2 à 6 millions de personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles (GLB) de plus de 65 ans aux États-Unis d'ici 2030 (Fredriksen-Goldsen et Muraco, 2010) – à 10 % selon Auger et Krug (2013). Quoi qu'il en soit, le poids relatif des aînées gais et lesbiennes va s'accroître avec le vieillissement de la population. La composition de la cohorte des personnes de 65 ans et plus sera transformée avec l'avancée en âge d'une génération homosexuelle plus affirmée sur le plan identitaire et plus revendicatrice sur le plan politique.

Les études sur la santé et le bien-être des aînées gais et lesbiennes sont récentes et peu nombreuses. En ce qui concerne le Québec et le Canada, il n'existe pas de données populationnelles ni d'études se basant sur des échantillons vastes et diversifiés. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée par Statistique Canada vise à recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de santé de la population canadienne. Une mesure de l'orientation sexuelle faisant appel à l'auto-identification y a été ajoutée en 2003, mais elle s'applique seulement aux répondants et répondantes de 18 à 59 ans (Chamberland, Beaulieu-Prévost, Julien, N'Bouké et de Pierrepont, 2012). Cependant, plusieurs recherches menées principalement en Amérique du Nord, en Grande-Bretagne, en Irlande et en Australie se sont intéressées aux inégalités dans l'état de santé et dans l'accès aux services de santé en défaveur des aînées gais et lesbiennes, aux impacts de la stigmatisation et des discriminations vécues tout au long du parcours de vie, mais également au développement de capacités d'adaptation et de résilience suscep-

tibles d'amener cette population à mieux envisager les défis du vieillissement. Le présent article se penche sur les enjeux relatifs à la santé mentale qui ont émergé de la documentation scientifique sur les aînés gais et lesbiennes : l'état de santé mentale, les facteurs qui la fragilisent et ceux qui offrent une protection favorisant le maintien d'une bonne santé mentale, pour se terminer avec quelques recommandations afin de mieux répondre aux besoins des aînés gais et lesbiennes.

La santé mentale des aînés gais et lesbiennes : que sait-on ?

Selon les études disponibles, provenant principalement des États-Unis, la majorité des aînés gais et lesbiennes ont une bonne santé mentale (D'Augelli, Grossman, Hershberger et O'Connell, 2001; Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2011; Jessup et Dibble, 2012; Lévy *et al.*, 2012; Lyons, Pitts et Grierson, 2013; McCann, Sharek, Higgins, Sheerin et Glacken, 2013; Orel, 2004; Shippy, Cantor et Brennan, 2004). Le tableau 1 présente les caractéristiques des principales études citées dans cet article ainsi que leurs limites respectives. Dans une recherche menée par Grossman, D'Augelli et O'Connell (2001) auprès de 416 personnes GLB âgées de 60 à 91 ans en Amérique du Nord (18 sites de recherche aux États-Unis et 1 au Canada), 84 % des participants considèrent avoir une bonne santé mentale. L'enquête nationale de Fredriksen-Goldsen *et al.* (2011) auprès de 2 560 personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres (LGBT) de 50 à 95 ans vivant aux États-Unis révèle que la perception par les participants de leur état de santé mentale globale est positive et que 74 % d'entre eux sont satisfaits de leur vie.

Par ailleurs, des études portant sur des populations d'âge varié constatent que les personnes GLB sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale que la population hétérosexuelle en général (Addis *et al.*, 2009; Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan, Muraco et Hoy-Ellis, 2013; Meyer, 2003). King *et al.* (2008) concluent de leur revue systématique et de leur méta-analyse d'études portant sur la santé mentale des personnes GLB en comparaison des personnes hétérosexuelles (cohortes, cas témoins ou études transversales) que les risques de dépression, de troubles d'anxiété, de dépendance à l'alcool et à d'autres substances sont 1,5 fois plus élevés dans la population GLB comparativement à la population hétérosexuelle (tous âges confondus), alors que le risque de tentative de suicide est deux fois plus élevé. Il n'est donc pas étonnant de constater qu'une part appréciable des aînés GLB disent avoir éprouvé des problèmes de santé mentale au cours de

leur vie, principalement des épisodes de dépression et des pensées suicidaires (McCann *et al.*, 2013). De même, parmi les participants à l'enquête de Fredriksen-Goldsen *et al.* (2011), près du tiers disent avoir eu des symptômes de dépression et d'anxiété et 39 % des idéations suicidaires au cours de leur vie. Dans leur étude, Jenkins Morales, King, Hiler, Coopwood et Wayland (2014) estiment les proportions de personnes LGBT ayant probablement vécu une dépression à 15,3 % parmi la génération des baby-boomers et 12,1 % parmi la génération précédente, qualifiée de silencieuse.

Lorsque des problèmes de santé mentale se manifestent ou persistent avec l'avancée en âge chez les aînés gais et lesbiennes, ils demeurent similaires à ceux observés à l'âge adulte : dépression, anxiété, risque suicidaire, consommation excessive d'alcool et de substances, stress, auxquels s'ajoute le sentiment de solitude (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2011 ; Grossman *et al.*, 2001 ; McCann *et al.*, 2013 ; Orel, 2004 ; Reisner *et al.*, 2011). Dans la recherche de Shippy *et al.* (2004), 30 % des participants rapportent des sentiments dépressifs alors que 10 % des participants à l'étude de Grossman *et al.* (2001) disent avoir eu des pensées suicidaires. Enfin, nous disposons d'une étude pancanadienne menée auprès d'un échantillon d'hommes gais et bisexuels âgés de 55 ans et plus. Parmi les 411 hommes gais et bisexuels, près des trois quarts qualifient leur santé mentale d'excellente ou de très bonne alors que 15 % rapportent au moins un problème de santé mentale. Les principales préoccupations rapportées en santé mentale touchent l'anxiété, la solitude et la dépression. Globalement, le portrait de santé mentale qui en ressort est plus positif chez les 65 ans et plus comparativement aux 55-64 ans (Lévy *et al.*, 2012).

Dans l'état actuel, les recherches demeurent trop fragmentaires pour que l'on puisse dresser un portrait précis de l'ampleur des problèmes de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes. Néanmoins, deux constats semblent se dégager : une majorité d'aînés gais et lesbiennes se perçoivent comme ayant une bonne santé mentale, alors qu'une minorité non négligeable, mais variable selon les études, rapportent des problèmes ou des préoccupations relatives à leur santé mentale. Les variations selon les études peuvent être attribuables aux biais d'échantillonnage ainsi qu'aux différentes catégories d'âges considérées.

TABLEAU 1

Liste des principales études citées

Auteurs, année de publication	Pays	Population (âge, orientation sexuelle, genre)	Méthodes/ Recrutement	Principales variables ou principaux thèmes	Limites méthodologiques
D'Augelli et Grossman (2001) D'Augelli et al. (2001) Grossman et al. (2001)	États-Unis (18 sites) Canada (1 site)	N = 416 A = 60-91 ans (m = 68,5) OS = 92% gais et lesbiennes et 8% bisexuels G = 71% hommes et 29% femmes	Questionnaire/ Organisations et groupes sociaux	Caractéristiques de santé mentale (estime de soi, solitude, homophobie intériorisée, risque de suicide), caractéristiques de santé physique, utilisation et abus de substances, réseau de soutien social, expériences de victimisation reliées à l'orientation sexuelle et les expériences avec le VIH/sida	- Échantillon de convenance - Critère de recrutement: auto-identification selon l'orientation sexuelle - Recrutement dans les organisations identifiées comme gais
Fredriksen-Goldsen et al. (2011)	États-Unis	N = 2 560 A = 50-95 ans (m = 66,5 ans) OS = 61% gais, 33% lesbiennes, 5%, bisexuels, 1% queers/autres G = 62,9% hommes, 37,2% femmes, 6,8% transgenres	Questionnaire/ Organisations	Caractéristiques générales, santé physique et mentale, satisfaction de la vie, qualité de la vie, conditions de santé, comportements de santé, dépistage de santé, accessibilité aux services de santé, divulgation, victimisation, discrimination, stigmatisation, caractéristiques de la prestation de soins et de la réception de soins et services nécessaires	- Échantillon de convenance - Critère de recrutement: auto-identification selon l'orientation sexuelle - Enquête de nature transversale, ce qui limite la possibilité de mesurer les relations temporelles entre les variables
Jenkins Morales et al. (2014)	États-Unis	N = 151 A = 50-79 (m = 59,2) OS = 49% gais, 36,4% lesbiennes, 7,3% bisexuels, 7,3% autres identifications G = 47,7% hommes, 45,7% femmes, 3,9% transgenres (2 à l'extérieur des catégories)	Questionnaire en ligne/ Organisations	Barrières dans l'accessibilité aux services, divulgation de l'orientation sexuelle, expériences de violence et victimisation, et santé mentale	- Échantillon de convenance - Critère de recrutement: auto-identification selon l'orientation sexuelle - Recrutement dans les organisations LGBT - Le recrutement en ligne

Auteurs, année de publication	Pays	Population (âge, orientation sexuelle, genre)	Méthodes/ Recrutement	Principales variables ou principaux thèmes	Limites méthodologiques
Lévy <i>et al.</i> (2012)	Canada	N = 411 hommes gais et bisexuels A = 55-65 +	Questionnaire en ligne/ Organisations	Variables sociodémographiques, indicateurs de l'état de santé, préoccupations relatives à la santé et aux relations interpersonnelles	- Le recrutement en ligne : plus difficile de rejoindre les hommes plus âgés - Sous-représentation des hommes de 65 ans et plus
Lyons <i>et al.</i> (2013)	Australie	N = 415 hommes gais (99%) A = 40-60 +	Questionnaire en ligne/ Organisations et autres sites reliés	Variables démographiques, mesures de santé mentale positive et variables psychosociales	- Le recrutement en ligne ne rejoint pas les hommes gais sans accès à Internet - Enquête de nature transversale : impossibilité de déterminer les directions de la causalité
McCann <i>et al.</i> (2013)	Irlande	Questionnaire N = 144 A = 55-80 + (m = 60) OS = 61 % gais, 20 % lesbiennes, 9 % bisexuels, 6 % ne s'identifient pas, 2 % hétérosexuels, 2 % autres G = 65 % hommes, 27 % femmes, 7 % transgenres, 1 % autres Entrevues N = 36 A = 55-74 OS = 22 gais, 13 lesbiennes, 1 bisexuel G = 22 hommes, 11 femmes, 2 transgenres, 1 autre	- Questionnaires par la poste ou par téléphone - Entrevues semi-dirigées/ Organisations	Questionnaire : variables démographiques, expérience de vie, orientation sexuelle et identité de genre, santé et bien-être, expériences dans les services et enjeux de santé mentale Entrevue : questions sur les expériences et les perceptions d'être une personne aînée LGBT en Irlande ainsi que sur la santé mentale	- Échantillon non probabiliste - Critère de recrutement : auto-identification selon l'orientation sexuelle - Sous-représentation des femmes et des personnes de 70 ans et plus

Auteurs, année de publication	Pays	Population (âge, orientation sexuelle, genre)	Méthodes/ Recrutement	Principales variables ou principaux thèmes	Limites méthodologiques
Orel (2004)	États-Unis	N = 26 A = 65-84 (m = 72,3) G et OS = 10 hommes gais, 13 femmes lesbiennes, 3 femmes bisexuelles	Groupes de discussion et entretiens/ Organisations	Besoins et préoccupations en tant que personnes aînées GLB et leur degré de satisfaction vis-à-vis des prestataires de services	- Échantillon de convenance - Critère de recrutement : auto-identification selon l'orientation sexuelle - Faible nombre de participants dans les groupes de discussion - Autosélection : souvent dépendant du degré d'activité et de participation dans la communauté GLB
Shippy <i>et al.</i> (2004)	États-Unis	N = 233 hommes gais A = 50-82 (m = 62)	Questionnaire/ Organisations	Caractéristiques sociodémographiques, satisfaction de la vie, santé, prestation des soins, besoins personnels et réseau social et de soutien social	- Échantillon de convenance - Échantillon constitué d'hommes gais relativement jeunes (m = 62)

Les facteurs affectant négativement la santé mentale

La théorie du stress découlant d'un statut minoritaire (*minority stress*), élaborée par Meyer (2003, 2007), propose un cadre d'analyse des écarts en santé mentale entre les personnes GLB et les personnes hétérosexuelles en identifiant des facteurs pouvant engendrer un stress chronique chez les personnes dont l'orientation sexuelle ne se conforme pas aux attentes culturelles hétérosexistes : d'une part, les facteurs externes, c.-à-d. ceux relatifs à la victimisation et à l'exposition à diverses formes de préjudices, d'autre part, les facteurs internes, c.-à-d. ceux référant aux dimensions subjectives telles que l'homophobie intériorisée et la gestion continue du dévoilement ou de la dissimulation de l'orientation sexuelle dans les différentes sphères de vie. Le cumul de tels facteurs crée des environnements stressants pour les personnes GLB et affecte leur bien-être, pouvant ainsi mener au développement de problèmes de santé mentale (Chamberland et Petit, 2009 ; Fish, 2010 ; IOM, 2011). Pour sa part, de Vries (2015) propose de

distinguer trois formes de stigmatisation : la stigmatisation réelle ou vécue (*enacted stigma*) qui se traduit par des comportements et des manifestations homophobes tels que le rejet, les préjugés ou la violence ; la stigmatisation ressentie (*felt stigma*) correspondant aux effets des expériences négatives antérieures vécues ou observées reliées à l'orientation sexuelle et qui se reflètent dans l'adoption de comportements de protection pour prévenir la stigmatisation anticipée ; et la stigmatisation intériorisée (*internalized stigma*) qui réfère à l'homophobie intériorisée.

Les recherches démontrent que la majorité des aînés gais et lesbiennes ont connu des expériences de stigmatisation et de discrimination en lien avec leur orientation sexuelle pendant leur parcours de vie. Les participants à l'étude de Grossman *et al.* (2001) rapportent avoir subi diverses formes de violence dans le passé : insultes verbales (63 %), menaces de violence (29 %), voies de fait (16 %) et avec une arme (12 %), discrimination au travail (20 %), menace de dévoilement de leur orientation sexuelle (*outing*) (29 %). Les résultats sont similaires dans l'étude irlandaise de McCann *et al.* (2013) qui prend également en compte la violence conjugale et la violence sexuelle rapportées par respectivement 16 % et 7 % de leurs participants. Ces violences peuvent avoir été répétées. Selon l'enquête de Fredriksen-Goldsen *et al.* (2011), les deux tiers des participants ont été discriminés ou victimisés au moins trois fois au cours de leur vie. Selon l'étude de Jenkins Morales *et al.* (2014), dans la majorité des cas, les expériences de violence et de discrimination n'ont pas été rapportées aux autorités. Les personnes ayant dévoilé leur orientation sexuelle plus tôt dans leur vie sont davantage enclines à avoir vécu des expériences de discrimination, de stigmatisation et de harcèlement (D'Augelli et Grossman, 2001 ; Jenkins Morales *et al.*, 2014). Il ressort également de l'étude de D'Augelli et Grossman (2001) que la santé mentale des aînés GLB ayant été attaqués physiquement en raison de leur orientation sexuelle est plus fragile. Selon Koh et Ross (2006), le développement de symptômes psychiatriques n'est pas lié à l'orientation sexuelle en soi, mais à la stigmatisation. L'affirmation vis-à-vis des autres peut être vue comme une mesure indirecte du degré de confort par rapport à son orientation sexuelle, mais elle expose également à la stigmatisation. Ces résultats montrant l'ampleur des expériences de victimisation vécues par les aînés gais et lesbiennes dans leur parcours de vie appuient la théorie de Meyer selon laquelle la prévalence de problèmes de santé mentale est attribuable à l'accumulation de stressseurs sociaux liés à l'orientation sexuelle (Meyer, 2003). Outre celle de D'Augelli et Grossman (2001), il manque toutefois

d'études qui permettraient d'analyser plus en profondeur les effets persistants au cours de la vieillesse de la stigmatisation vécue dans le passé, de même que les facteurs pouvant en atténuer les répercussions négatives. De plus, selon D'Augelli et Grossman (2001), font aussi défaut les études explorant à quel âge ou à quel stade de la vie la victimisation reliée à l'orientation sexuelle a le plus d'impact négatif.

L'acceptation de son orientation sexuelle ainsi que la gestion de son dévoilement ou de sa dissimulation peuvent également avoir des impacts sur la santé mentale. Dans l'étude de Lévy *et al.* (2012) chez les hommes gais et bisexuels de 55 ans et plus, l'acceptation de l'orientation sexuelle ainsi que la peur qu'elle soit découverte constituent des préoccupations de santé importantes pour près de 20 % des participants. De même, constatent Chamberland et Petit (2009) dans leur recension des études sur les lesbiennes âgées, ces dernières doivent composer avec les jugements intériorisés qui réproouvent le lesbianisme et les craintes d'être étiquetées, ce qui entraîne des difficultés d'ajustement qui se traduisent par des indices de précarité sur le plan de la santé mentale (faible estime de soi, niveau élevé de détresse psychologique, idées suicidaires) et des comportements à risque, telle la consommation d'alcool ou de drogue. La gestion de la divulgation ou non de son orientation sexuelle est un processus continu qui perdure tout au long de la vie. Les répercussions peuvent être dramatiques lors d'un événement comme la perte d'un conjoint ou d'une conjointe, particulièrement quand la relation n'était pas ouvertement connue (Orel, 2004). À ce sujet, McCann *et al.* (2013) ont constaté que certains des participants ressentaient que leur deuil n'était pas véritablement reconnu par la famille, les amis et la communauté plus large, et que cette non-reconnaissance se répercutait sur leur santé mentale.

D'autre part, le sentiment de solitude peut affecter la santé mentale des aînés gais et lesbiennes et il semble que le degré d'homophobie intériorisée peut intensifier ce sentiment (Jacobs et Kane, 2012). La faible intensité de la vie sociale et la solitude ressentie font partie des difficultés fréquemment rapportées par les aînés GLB (Grossman *et al.*, 2001). Selon l'étude de Jenkins Morales *et al.* (2014), la majorité des baby-boomers (58,5 %) et des aînés de la génération silencieuse (65,7 %) disent manquer « parfois » ou « souvent » de compagnie, et respectivement 21,2 % et 9,4 % d'entre eux se sentent « souvent » exclus. La solitude préoccupe plus du quart des répondants de l'enquête canadienne auprès des hommes gais et bisexuels de 55 ans et plus (Lévy *et al.*, 2012). Le sentiment de solitude et les symptômes dépressifs seraient égale-

ment associés au fait d'avoir vécu des expériences de victimisation antérieurement (Grossman *et al.*, 2001; Jenkins Morales *et al.*, 2014). Il faut rappeler que les gais et les lesbiennes vieillissants sont plus nombreux à vivre seuls que les hommes et les femmes hétérosexuels (Addis *et al.*, 2009), qu'un grand nombre n'ont pas eu d'enfants et qu'un réseau de soutien social restreint pourrait augmenter leur risque de vivre de la solitude et de l'isolement social (Shippy *et al.*, 2004). En somme, concluent Fredriksen-Goldsen et Muraco (2010) dans leur recension de la documentation scientifique, la solitude, une faible estime de soi, l'homophobie intériorisée et la victimisation – passée, actuelle ou anticipée – en raison de l'orientation sexuelle sont des prédicteurs d'une santé mentale fragile.

Les facteurs de protection : résilience, réseau social et soutien social

Des études ont suggéré une série de facteurs associés à une bonne santé mentale chez les gais et lesbiennes aînés et offrant un potentiel de protection contre les effets négatifs de la stigmatisation, entre autres : revenus élevés et sécurité financière, occupation d'un emploi à temps plein, bonne santé physique, bon fonctionnement cognitif, estime positive de soi, capacités de résilience, vision positive de son orientation sexuelle (ou faible degré d'homophobie intériorisée), être en couple, avoir des amis proches, présence d'un réseau social, disponibilité du soutien social, implication dans la communauté LGBT, vivre peu de solitude, croire que le public a une opinion positive vis-à-vis des homosexuels et ne pas avoir vécu de discrimination dans la dernière année (Brown, Alley, Sarosy, Quarto et Cook, 2001; D'Augelli *et al.*, 2001; Grossman *et al.*, 2001; Jones et Nystrom, 2002; Lyons *et al.*, 2013). On l'aura constaté, cette liste inclut à la fois des facteurs généraux qui ne sont pas propres aux personnes GLB et des facteurs qui leur sont propres (p. ex. homophobie intériorisée) ou dont la concrétisation prend des formes qui leur sont particulières, comme les attitudes de la population à leur égard. Nous aborderons dans les paragraphes suivants les enjeux relatifs aux capacités d'adaptation et de résilience des aînés gais et lesbiennes ainsi qu'au maintien d'un réseau social.

En premier lieu, il faut souligner, et de nombreuses études l'ont démontré, que les aînés gais et lesbiennes ont développé des capacités d'adaptation et de résilience (*crisis competence*) relativement aux événements dramatiques qu'ils peuvent avoir vécus, tels que les expériences

de discrimination, et pour réduire les tensions liées au processus du *coming out*. C'est sans doute là une des pistes d'explication du constat de plusieurs études, à savoir qu'une large majorité se disent généralement heureux au cours du vieillissement (Butler, 2004 ; de Vries, 2015 ; Fredriksen-Goldsen et Muraco, 2010 ; Friend, 1991 ; Metlife, 2010 ; Morrow, 2001). Ces capacités acquises au long du parcours de vie peuvent aider les aînés gais et lesbiennes à maintenir une bonne santé mentale et à surmonter les difficultés souvent associées au vieillissement, y compris pour les hommes vivant avec le VIH (Butler, 2004 ; Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2011 ; McCann *et al.*, 2013 ; Metlife, 2010 ; Orel, 2004 ; Wallach, 2011). Des entrevues auprès d'hommes québécois de 50 à 71 ans vivant avec le VIH ont mis en évidence sept dimensions de cette résilience : la maturité, l'acceptation de soi, l'autonomie, les épreuves surmontées, l'appréciation de la valeur de la vie, l'attitude positive et le sentiment d'être chanceux (Wallach, 2011). Selon l'étude de King et Orel (2012) auprès de 316 hommes gais de 45 à 85 ans, dont 38 vivant avec le VIH, un niveau plus élevé de résilience est associé à moins de problèmes de santé mentale alors qu'un niveau plus faible est corrélé à davantage de besoins de santé non satisfaits et à un report dans la recherche de services de santé physique ou mentale. Encore une fois, l'analyse montre que la stigmatisation et l'homophobie intériorisée affectent négativement le niveau de résilience.

Par ailleurs, plusieurs recherches ont déjà démontré l'importance de la famille de choix, des amis, du réseau social et du soutien social dans la vie des aînés gais et lesbiennes comme des éléments contribuant à leur santé et à leur bien-être (de Vries et Megathlin, 2009 ; Grossman *et al.*, 2001 ; Lyons *et al.*, 2013 ; Masini et Barrett, 2008 ; Shippy *et al.*, 2004). Fredriksen-Goldsen *et al.* (2012) avancent que l'étendue du réseau social et la disponibilité du soutien constituent des facteurs potentiels de protection pouvant diminuer les symptômes de dépression. Ces constats n'étonnent pas en soi, mais le maintien d'un réseau familial et social pose des défis uniques pour les aînés gais et lesbiennes compte tenu des possibles ruptures antérieures de liens sociaux et des préjugés persistants à leur égard, notamment dans leur propre cohorte générationnelle. D'autres études font ressortir certaines particularités du soutien social en rapport avec l'orientation sexuelle. Ainsi, selon l'étude de Grossman *et al.* (2001), la solitude ressentie est à l'inverse de la grandeur du réseau de soutien social et la connaissance de l'orientation sexuelle par les membres de ce réseau accroît la satisfaction quant au soutien reçu. D'autre part, les recherches montrent que la

présence d'un conjoint ou d'une conjointe engendre des impacts positifs relativement à la solitude, à l'homophobie intériorisée, à l'étendue du réseau social ainsi qu'à la connaissance de l'orientation sexuelle par les membres de ce réseau, ce qui rejaillit sur le sentiment de bien-être et la santé mentale (Chamberland et Petit, 2009; Grossman *et al.*, 2001). La communauté LGBT pourrait aussi jouer un rôle phare auprès de la population gaie et lesbienne vieillissante en lui offrant des services et des programmes adaptés à ses réalités (Fredriksen-Goldsen et Muraco, 2010; Shippy *et al.*, 2004). Selon l'évaluation d'un programme d'intervention visant à réduire le risque de transmission du VIH ayant ciblé des hommes gais vieillissants (40 ans et plus) et présentant des symptômes de dépression, d'anxiété et de solitude, il ressort que le développement d'un réseau de soutien social contribue à réduire les symptômes de dépression, d'anxiété sociale et de solitude des participants (Reisner *et al.*, 2011).

Ce portrait, général et non exhaustif, rend compte de la complexité des enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes. Il est important de souligner que des limites méthodologiques ont été soulevées dans les recherches présentées (voir Tableau 1). Une première limite concerne l'échantillonnage: toutes les études recensées font appel à des échantillons de convenance, donc non représentatifs de l'ensemble de la population des aînés gais et lesbiennes. Les modes de recrutement favorisent l'autosélection des participants et des biais peuvent en découler. Ainsi, le recrutement à travers des organisations LGBT rejoint en premier lieu les personnes présentes ou actives dans ces organisations, donc moins isolées socialement. Quant au recrutement en ligne, il rejoint plus difficilement les personnes aînées, en particulier les plus âgées, n'ayant pas accès ou peu familières avec Internet. En second lieu, le critère de recrutement le plus souvent retenu est celui de l'auto-identification selon l'orientation sexuelle, ce qui peut exclure des personnes ayant des comportements homosexuels, mais ne s'identifiant pas comme telles ou n'endossant pas les termes «gai» ou «lesbienne». Enfin, l'enquête transversale ne permet pas de saisir les phénomènes dans leur évolution temporelle. Dans l'ensemble, le faible nombre d'études empiriques, en particulier au Québec, permet difficilement d'affiner le portrait offert. Il faut donc insister sur la diversité des expériences, des parcours de vie et des ressources de ces aînés.

Implications et recommandations

Les différentes formes de discrimination et de stigmatisation sur la base de l'orientation sexuelle ainsi que le stress lié au processus de divulgation/dissimulation de l'orientation sexuelle peuvent également avoir des effets sur l'accès aux services sociaux et de santé par les aînés gais et lesbiennes, de même que sur la prise en compte de leurs besoins par le personnel médical et professionnel (Addis *et al.*, 2009 ; Brotman *et al.*, 2003 ; IOM, 2011 ; Jessup et Dibble, 2012 ; Knauer, 2009 ; McCann *et al.*, 2013 ; Orel, 2004). Un constat récurrent dans les recherches sur l'accessibilité et l'adaptation des services offerts dans divers types de milieux est celui de l'hétérosexisme qui sévit dans le système de santé (Fish, 2006). Que ce soit dans les grandes villes (Brotman *et al.*, 2006 ; Brotman *et al.*, 2007 ; Sussman *et al.*, 2013) ou dans les communautés rurales (Knochel, Quam et Croghan, 2011), il semble que la plupart des fournisseurs de services aux aînés ne perçoivent pas de différences entre les clients hétérosexuels et non hétérosexuels, tout en mettant l'accent sur la nécessité de traiter tout le monde sur le même pied d'égalité. Cependant, le fait qu'ils soient peu conscientisés par rapport aux parcours de vie des aînés gais et lesbiennes et qu'ils hésitent à aborder ouvertement les questions d'identité et de sexualité limite leur capacité de répondre adéquatement à leurs besoins en tenant compte de la spécificité de leur réseau familial et social. Les présomptions hétérosexistes ne favorisent guère la divulgation de l'orientation sexuelle ni la mise en place d'un cadre de communication accueillant et soutenant. La combinaison de l'âgisme et de l'hétérosexisme peut compromettre l'accès des aînés gais et lesbiennes à des ressources adaptées à leurs réalités et à leurs parcours de vie non seulement dans le système de santé, mais aussi dans leur communauté de vie, ce qui peut nuire à la prévention, retarder l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement, ou encore entraîner le refus de tout recours à un service ou de toute demande d'aide (Jessup et Dibble, 2012). Ces contraintes à l'accessibilité des services peuvent à leur tour entraîner l'aggravation de problèmes de santé physique et mentale chez les aînés GLB (Brotman *et al.*, 2003). D'autre part, les aînés gais et lesbiennes ont exprimé des inquiétudes quant à leur acceptation et leur traitement dans les résidences pour aînés (Brotman *et al.*, 2003 ; Hughes, 2008 ; Orel, 2004 ; Stein, Beckerman et Sherman, 2010), et ces craintes peuvent s'amplifier avec la fragilisation de l'état de santé et la diminution des capacités.

Il ressort de recherches américaines que les programmes de formation sur les expériences de vie et les besoins des aînés gais et lesbiennes offerts dans les organisations publiques de santé ont des impacts positifs sur le développement des compétences culturelles des praticiens, en favorisant une meilleure compréhension des disparités en matière de santé, une connaissance des ressources LGBT et l'adoption de comportements préconisant des environnements respectueux et inclusifs pour les aînés non hétérosexuels (Hardacker, Rubinstein, Hotton et Houlberg, 2014; Porter et Krinsky, 2014). Jacobs et Kane (2012) proposent plusieurs recommandations pour améliorer la formation des intervenants auprès des hommes gais et bisexuels aînés. Selon eux, une meilleure connaissance du contexte sociohistorique dans lequel ceux-ci ont vécu et des impacts de l'homophobie intériorisée, en particulier chez les hommes vieillissants, leur permettrait de concevoir des stratégies visant à changer leurs perceptions et leurs attitudes négatives vis-à-vis de leur orientation sexuelle. Les intervenants formés seraient également plus aptes à encourager l'acquisition de compétences et le développement de stratégies d'adaptation permettant de diminuer le sentiment de solitude des aînés gais. Ces recommandations sont en cohérence avec celles de King et Orel (2012) qui mettent l'accent sur une meilleure compréhension par les intervenants et les praticiens des effets de l'homophobie intériorisée sur l'accessibilité et l'utilisation des services, mais également sur l'identification de stratégies de résilience afin d'accroître le recours aux services et d'améliorer l'état de santé.

En dernier lieu, ce portrait général laisse entrevoir que les lacunes sont nombreuses sur le plan de la connaissance et qu'il importe de poursuivre des études portant sur les enjeux de santé mentale chez les aînés gais et lesbiennes afin de mieux comprendre les facteurs de stress et de protection pouvant affecter leur santé mentale au cours du vieillissement.

Références

- Addis, S., Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S. et Shepherd, M. (2009). The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: A review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 17(6), 647-658. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00866.x
- Auger, J. A. et Krug, K. (dir.) (2013). *Under the Rainbow: A Primer on Queer Issues in Canada*. Halifax et Winnipeg: Fernwood Publishing.
- Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques: quelques éléments de problématique. *Informations sociales*, 6(156), 12-21.

- Blando, J. A. (2001). Twice hidden: Older gay and lesbian couples, friends and intimacy. *Generations*, 25(2), 87-89.
- Brotman, S., Ryan, B. et Cormier, R. (2003). The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *The Gerontologist*, 43, 192-202.
- Brotman, S., Ryan, B., Meyer, E., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Peterkin, A. et Richards B. (2006). *Les besoins en santé et services sociaux des aînés gais et lesbiennes et de leurs familles au Canada - Rapport synthèse*. Montréal: École de service social de McGill.
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A. et Richard, B. (2007). Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada, *The Gerontologist*, 47(4), 450-503.
- Brown, L. B., Alley, G. R., Sarosy, S., Quarto, G. et Cook, T. (2001). Gay men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(4), 41-54. doi:10.1300/J041v13n04_06
- Butler, S. S. (2004). Gay, lesbian, bisexual, and transgender (GLBT) elders. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 9(4), 25-44. doi:10.1300/J137v09n04_02
- Cavalli, S. (2007). Modèle de parcours de vie et individualisation. *Gérontologie et société*, 123, 55-69.
- Chamberland, L., Beaulieu-Prévost, D., Julien, D., N'Bouké, A. et de Pierrepont, C. (2012). *Portrait sociodémographique et de santé des populations LGB au Québec – Analyse secondaire des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes*. Montréal: Chaire de recherche sur l'homophobie, Université du Québec à Montréal.
- Chamberland, L. et Petit, M.-P. (2009). Le vieillissement chez les lesbiennes: y a-t-il des enjeux spécifiques? Dans M. Charpentier et A. Quéniart (dir.), *Vieilles et après! Femmes, vieillissement et société* (p. 107-136). Montréal: Les éditions du remue-ménage.
- Corriveau, P. (2006). *La répression des homosexuels au Québec et en France – Du bûcher à la mairie*. Québec, Canada: Septentrion.
- D'Augelli, A. R. et Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among older lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of interpersonal violence*, 16(10), 1008-1027. doi:10.1177/088626001016010003
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Hershberger, S. L. et O'Connell, T. S. (2001). Aspects of mental health among lesbian, gay, and bisexual adults. *Aging & Mental Health*, 5(2), 149- 158. doi:10.1080/13607860120038366
- de Vries, B. et Megathlin, D. (2009). The meaning of friendship for gay men and lesbians in the second half of life. *Journal of GLBT Family Studies*, 5(1-2), 82-98. doi: 10.1080/15504280802595394
- de Vries, B. (2015). Stigma and LGBT aging: Negative and positive marginality. Dans A. Orel et C. A. Fruhauf (dir.), *The lives of LGBT older adults: Under-*

- standing challenges and resilience* (p. 55-71). Washington: American Psychological Association.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 427-460. doi:10.1007/s10508-009-9531-5
- Fish, J. (2006). *Heterosexism in Health and Social Care*. Hampshire/New York: Palgrave/Macmillan.
- Fish, J. (2010). Conceptualising social exclusion and lesbian, gay, bisexual, and transgender people: The implications for promoting equity in nursing policy and practice. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), 303-312. doi:10.1177/1744987110364691
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Barkan, S. E., Muraco, A., et Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health disparities among lesbian, gay and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1802-1809.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emler, C. A., Kim, H.-J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J. et Hoy-Ellis, C. P. (2012). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53(4), 664-675. doi:10.1093/geront/gns123
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Emler, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J. et Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults*. Seattle: Institute for Multigenerational Health.
- Fredriksen-Goldsen, K. I. et Muraco, A. (2010). Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Research on Aging*, 32(3), 372-413. doi:10.1177/0164027509360355
- Friend, R. A. (1991). Older lesbian and gay people: A theory of successful aging. *Journal of Homosexuality*, 20(3/4), 99-118.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., et O'Connell, T. S. (2001). Being lesbian, gay, bisexual, and 60 or older in North America. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(4), 23-40. doi: 10.1300/J041v13n04_05
- Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A. et Houlberg, M. (2014). Adding silver to the rainbow: The development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. *Journal of Nursing Management*, 22, 257-266. doi:10.1111/jonm.12125
- Hughes, M. (2008). Imagined futures and communities: Older lesbian and gay people's narratives on health and aged care. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1-2), 167-186. doi:10.1080/10538720802179211
- Institute of Medicine. (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jacobs, R. J. et Kane, M. N. (2012) Correlates of loneliness in midlife and older gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 24(1), 40-61. doi:10.1080/10538720.2012.643217

- Jenkins Morales, M., King, D., Hiler, H., Coopwood, M. S. et Wayland, S. (2014). The Greater St. Louis LGBT health and human services needs assessment: An examination of the silent and baby boom generations. *Journal of Homosexuality*, 61(1), 103-128. doi:10.1080/00918369.2013.835239
- Jessup, M. A. et Dibble, S. L. (2012). Unmet mental health and substance abuse treatment needs of sexual minority elders. *Journal of Homosexuality*, 59, 656-674. doi:10.1080/00918369.2012.665674
- Jones, T. C. et Nystrom, N. M. (2002). Looking back... looking forward: Addressing the lives of lesbians 55 and older. *Journal of Women & Aging*, 14(3-4), 59-76.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., et Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(70), 1-17. doi:10.1186/1471-244X-8-70
- King, S. D. et Orel, N. (2012). Midlife and older gay men living with HIV/AIDS: The influence of resiliency and psychosocial stress factors on health needs. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 24(4), 346-370. doi:10.1080/10538720.2012.721669
- Knauer, N. J. (2009). LGBT elder law: Toward equity in aging. *Harvard Journal of Law & Gender*, 32, 1-58.
- Knochel, K. A., Quam, J. K. et Croghan, C. F. (2011). Are old lesbian and gay people well served? Understanding the perceptions, preparation, and experiences of aging services providers. *Journal of Applied Gerontology*, 30(3), 370-389. doi:10.1177/0733464810369809
- Koh, A. S. et Ross, L. K. (2006). Mental health issues: A comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 33-57. doi:10.1300/J082v51n01_03
- Lévy, J. J., Adam, B., Blais, M., Chamberland, L., Dumas, J., Engler, K., Léobon, A., Ryan, B., Thoër, C. et Wells, K. (2012). Le vieillissement chez les hommes gais et bisexuels canadiens: un portrait de l'état de santé et des préoccupations relatives à la santé et aux relations interpersonnelles. *Frontières*, 25(1), 82-104. doi:10.7202/1018232ar
- Lyons, A., Pitts, M. et Grierson, J. (2013). Factors related to positive mental health in a stigmatized minority: An investigation of older gay men. *Journal of Aging and Health*, 25(7) 1159-1181. doi:10.1177/0898264313495562
- Masini, B. E. et Barrett, H. A. (2008). Social support as a predictor of psychological and physical well-being and lifestyle in lesbian, gay, and bisexual adults aged 50 and over. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1/2), 91-110. doi:10.1080/10538720802179013
- McCann, E., Sharek, D., Higgins, A., Sheerin, F. et Glacken, M. (2013). Lesbian, gay, bisexual and transgender older people in Ireland: Mental health issues. *Aging & Mental Health*, 17(3), 358-365. doi:10.1080/13607863.2012.751583
- MetLife Mature Market Institute. (2010). Out and aging: The MetLife Study of lesbian and gay baby boomers. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(1), 40-57. doi: 10.1080/15504280903472949

- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. Dans I. N. Meyer. et M. Northbridge (dir.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender population* (p. 242-267). New York, États-Unis: Springer.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Morrow, D. F. (2001). Older gays and lesbians. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(1-2), 151-169.
- Orel, N. A. (2004). Gay, lesbian, and bisexual elders: Expressed needs and concerns across focus groups. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2/3), 57-77. doi:10.1300/J083v43n02_05
- Porter, K. E. et Krinsky, L. (2014). Do LGBT aging trainings effectuate positive change in mainstream elder service providers? *Journal of Homosexuality*, 61(1), 197-216. doi:10.1080/00918369.2013.835618
- Price, E. (2005). All but invisible: Older gay men and lesbians. *Nursing Older People*, 17(4), 16-18.
- Reisner, S. L., O'Cleirigh, C., Hendriksen, E. S., McLain, J., Ebin, J., Lew, K., Callis, B., ... Mimiaga, M. J. (2011). "40 & Forward": Preliminary evaluation of a group intervention to improve mental health outcomes and address HIV sexual risk behaviors among older gay and bisexual men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 23(4), 523-545. doi:10.1080/10538720.2011.611113
- Shankle, M. D. Maxwell, C. A., Katzman, E. S. et Landers, S. (2003). An invisible population: Older lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals. *Clinical Research and Regulatory Affairs*, 20(2), 159-182. doi:10.1081/CRP-120021079
- Shippy R. A., Cantor M. H. et Brennan M. (2004). Social networks of aging gay men. *Journal of Men's Studies*, 13, 107-120.
- Smith, M. (2011). Canada: The power of institutions. Dans M. Tremblay, D. Paternotte et C. Johnson (dir.), *The Gay and Lesbian Movement and the State* (p. 73-87). Londres: Ashgate.
- Stein, G. L., Beckerman, N. L. et Sherman, P. A. (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 421-435. doi:10.1080/01634372.2010.496478
- Sussman, T., Churchill M., Brotman, S., Chamberland, L., Daley, A., Dumas, J., MacDonnell, J., MacIntosh, H., Ryan, B., Enriquez, M. C., Heffernan, D., Henriques, A. et Singh, S. (2013). *Identifying barriers, developing solutions: Addressing the health and social needs of gay, lesbian, bisexual and transgender older adults who reside in long-term care homes. An environmental scan – Rapport de recherche*. Montréal: Université McGill, Université York et Université du Québec à Montréal.
- Wallach, I. (2011). «Je suis heureux d'avoir l'âge que j'ai»: la résilience des hommes gais âgés vivant avec le VIH au Québec. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 30(2), 157-171.