

MISE EN SITUATION DE LA SANTÉ DES HOMMES GAIS DANS LA TRAME DE LA SANTÉ DES POPULATIONS

Un document de travail

LE 23 OCTOBRE, 2000



Canadian
Strategy on
HIV/AIDS

La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida



Gay & Lesbian Health Services
of Saskatoon

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce document, communiquez avec :

Centre national de documentation sur le SIDA
Association canadienne de santé publique
400 – 1565, av. Carling
Ottawa (Ontario)
K1Z 8R1

Tél.: (613) 725-3434 / 1-877-999-7740

Télec.: (613) 725-1205

aidsida@cpha.ca

www.clearinghouse.cpha.ca

Il est aussi possible de se procurer ce document sur le site Web du



Gay & Lesbian Health Services
de Saskatoon à

www.gaycanada.com/glhs

Ce document a été publié a été réalisé grâce à une contribution de Santé Canada.

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de Santé Canada.

Remerciements

Ce document de travail, réalisé sous les auspices de Gay & Lesbian Health Services de Saskatoon, a été rédigé par Bill Ryan et Michael Chervin.

Les auteurs souhaitent souligner l'aide inestimable apportée par les personnes suivantes au niveau de l'élaboration finale de ce premier volet d'un projet à facettes multiples :

- Marcie Gibson, Leah Malowanec et Pierre Thériault (pour leur aide avec les divers groupes-focus),
- Jean Dumas (adaptation en français),
- Joanne Marshall-Forgie (conseillère en matière de santé de la population),
- le Groupe national de référence,
- Ron Clarke (Santé Canada) et
- Lori Crozier (Gay and Lesbian Health Services de la Saskatchewan).

Table des matières

Remerciements	3
1. Introduction	7
1.1 Objectifs visés par le document de travail	7
1.1.1 Exposé des objectifs	7
1.1.2 Modalités d'atteinte des objectifs	7
1.2 Contexte du document de travail	8
1.2.1 Motivation stratégique élargie ou cadrage des objectifs du document de travail	8
1.2.2 Caractéristiques du virage récent de la prévention du VIH à la santé gaie	9
1.2.3 Mise en situation du virage récent de la prévention du VIH à la santé gaie dans le contexte d'autres virages ou tendances connexes observés au Canada	13
2. Paramètres, enjeux principaux et caractérisations de la santé gaie	16
2.1 Paramètres propres à la santé (des hommes) gaie pour les besoins de ce document de travail	16
2.1.1 Paramètres de la santé (des hommes) gaie	16
2.1.2 Explication et justification des paramètres	16
2.1.3 Aspects mal définis, risques et dilemmes associés aux paramètres retenus	17
2.2 Enjeux principaux relatifs à un virage vers la santé des hommes gais	20
2.2.1 Facteurs suscitant une préoccupation croissante à l'égard de la santé des hommes gais	20
2.2.2 Avantages perçus relatifs à un virage vers la santé des hommes gais	21
2.2.3 Risques perçus relatifs au virage vers la santé des hommes gais	22
2.2.4 Enjeux problématiques absents ou rarement évoqués à l'intérieur de la documentation examinée	23
2.3 Caractérisations de la santé des hommes gais	24
3. Santé de la population : ses possibilités et limites en matière de santé des hommes gais	28
3.1 Travail de prévention du VIH et approche axée sur la santé de la population : mode de prise en charge au Canada	28
3.1.1 De la promotion de la santé à un accent mis sur la santé de la population : évolution des politiques en matière de santé	28
3.1.2 Promotion de la santé de la population : un modèle hybride classique	33
3.1.3 Santé transformationnelle : un modèle hybride de changement social	34

3.2	La santé des hommes gais et l'approche axée sur la santé de la population au Canada	35
3.2.1	Avantages et possibilités offerts à la santé des hommes gais par le concept de la santé de la population	36
3.2.2	Limites et risques du concept de la santé de la population pour la santé des hommes gais	37
3.2.3	Appropriation critique du concept de la santé de la population par la santé des hommes gais	40
4.	Déterminants de la santé appliqués aux hommes gais	41
	Préface	41
4.1	Niveau de revenu et statut social	42
4.2	Conditions appuyant les choix d'affirmation de l'orientation sexuelle	48
4.3	Réseaux de soutien social	53
4.4	Éducation	57
4.5	Emploi / Conditions de travail	59
4.6	Environnements sociaux et physiques	62
4.7	Habitudes personnelles en matière de santé, capacités d'adaptation et aptitudes à les mettre en pratique	68
4.8	Développement sain de la petite enfance / adolescence	70
4.9	Services de santé	73
4.10	Sexe	76
4.11	Culture	77
4.12	Patrimoine biologique et génétique	80
5.	Conclusion	82
5.1	Tendances liées à l'examen du recentrage des stratégies de prévention de la transmission du VIH chez les hommes gais au Canada	82
5.2	La santé des hommes gais et la santé de la population	86
	Bibliographie	88
I.	Documents consultés selon les noms d'auteur (s) ou d'éditeurs (s)	88
II.	Documents consultés selon la nature ou la source du document	96

Introduction

1.1 Objectifs visés par le document de travail

1.1.1 Exposé des objectifs

Ce document exploratoire vise à :

- dresser une carte du domaine en émergence de ce qu'est la santé des hommes gais (santé gaie) en ce qui concerne, principalement, la documentation en matière de sciences sociales, les rapports produits par les organismes publics, communautaires et ceux des associations professionnelles et, lorsque cela sera jugé pertinent, les publications médicales et d'autres types de documents; cette enquête privilégiera les sources et les expériences communautaires canadiennes, tant francophones qu'anglophones;
- effectuer une exploration de nature critique de la relation et de la pertinence qu'offre une approche axée sur la santé de la population dans le domaine de la santé gaie, en particulier par rapport au contexte canadien;
- donner un aperçu de divers « déterminants de la santé » dans la mesure où ils se rapportent nommément aux hommes gais, en particulier au Canada, en portant une attention particulière à la fois sur ce qu'on retrouve dans la documentation examinée et sur ce qui en est absent;
- servir de tremplin en vue de l'identification et de l'exploration des conséquences occasionnées par un recentrage des stratégies de prévention de la transmission du VIH chez les hommes gais au Canada.

À titre de document de travail exploratoire rédigé à un moment où surviennent des changements importants, et possiblement une métamorphose, dans les domaines de la prévention du VIH et de la santé gaie, ce document souhaite offrir une vision élargie d'un portrait en formation et en mouvance. Ce document vise également à identifier les noeuds des questions difficiles ou des dilemmes rencontrés sur ce terrain de lutte.

1.1.2 Modalités d'atteinte des objectifs

Le contexte dans lequel se situe ce document de travail est tout d'abord campé, pour être suivi par un aperçu de plusieurs des enjeux principaux relatifs au virage vers la santé gaie, dévoilés par l'enquête bibliographique, y compris les caractérisations en émergence qui leur sont propres. Succède une exploration de nature critique d'une approche axée sur la santé de la population, dans la mesure où elle se rapporte à la santé gaie. Les grandes lignes des déterminants de la santé seront abordées, selon leur pertinence avec les hommes gais, en fonction tant de ce qu'en dit la documentation examinée que de ce qu'elle omet de dire. Les conclusions tirées de ces propos qui précèdent, à l'effet de recentrer les stratégies de prévention de la transmission du VIH chez les hommes gais au Canada, sont sommairement évoquées en prévision de leur exploration à l'intérieur d'un document à venir. Des références bibliographiques, regroupées par auteur et par type de document, complètent ce document. Pour en faciliter la consultation et pour mieux illustrer l'accent prononcé mis par ce document sur l'enquête bibliographique, l'analyse des propos tenus au cours de deux récents groupes canadiens de

discussion, du printemps 2000, a été annexée. Chacun de ces groupes de discussion, l'un animé en français et l'autre en anglais, réunissait des professionnels de la santé et des travailleurs communautaires, afin de discuter de la santé gaie.¹

1.2 Contexte du document de travail

1.2.1 Motivation stratégique élargie ou cadrage des objectifs du document de travail

Ce document s'intègre au processus prospectif en cours au sein de la Division sur le VIH/SIDA de Santé Canada, lequel souhaite dynamiser la prévention de la transmission du VIH chez les hommes gais au Canada en la repositionnant dans le contexte des grandes questions relatives à leur santé : la santé gaie. Une telle revitalisation s'impose à la lumière des tendances observées « sur le terrain », au niveau des efforts consentis dans ce domaine dans les communautés et par les travailleurs de première ligne.

Se situant nettement dans le cadre de l'objectif stratégique ci-dessus, ce document de travail de la Division sur le VIH/SIDA s'inspire du principe organisationnel de la santé de la population, le cadre officiel et actuel d'action de Santé Canada et, simultanément, aspire à enquêter de façon éclairée sur les possibilités et les limites de celui-ci vis-à-vis de la santé gaie. *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* (Santé Canada, 1999b), le volumineux rapport produit par Santé Canada en 1999, constitue un exemple récent d'un contexte concret où la nécessité de mener une enquête éclairée sur le concept de la santé de la population à l'égard de la santé gaie est interpellée. Dans cette étude en profondeur, qui s'insère dans un cadre de travail axé sur la santé de la population, les hommes gais semblent ne faire l'objet que d'un seul renvoi mineur (à la toute fin d'une discussion portant sur le suicide); cela mis à part, aucune considération n'est accordée aux hommes gais, aux lesbiennes, aux personnes bisexuelles ou « transgenres² », qu'il s'agisse d'individus, de communautés, de populations ou de groupements de populations. Pourtant, parmi les buts déclarés du Rapport en matière de santé de la population, on retrouve celui de « de diminuer les inégalités des conditions sous-jacentes qui contribuent à désavantager certains Canadiens au niveau de l'atteinte et du maintien d'une santé optimale » (Santé Canada, 1999b). Par exemple, est-ce que les hommes gais ne sont pas considérés dans ce rapport parce que, sur le plan statistique, ils forment un groupement de population trop restreint pour

¹ Venus de partout au Canada et au Québec, des professionnels et des travailleurs communautaires, représentant diverses régions de même que différentes affiliations professionnelles et communautaires, se sont rassemblés pour discuter de la santé et du mieux-être des gais. On y a abordé de grandes questions ayant trait à la santé, au mieux-être, aux nouvelles tendances, à la définition de la santé et du bien-être, à l'accessibilité aux services, aux possibilités d'adaptation des services, aux politiques et aux enjeux associés à la prévention du VIH. Par la suite, le contenu de ces échanges a fait l'objet d'un traitement et d'une analyse; à l'occasion, on retrouvera dans ce document exploratoire des mentions de ceux-ci ou des citations in extenso.

² Note du traducteur : étant donné la multiplicité des termes, des sens et des réalités qui ont cours dans le milieu, l'équipe de traduction et de révision a convenu d'utiliser ce néologisme qualificatif.

être pris en compte à l'intérieur d'un cadre de travail axé sur la santé de la population? La difficulté qui entoure l'obtention de statistiques fiables, quant au nombre d'hommes gais, constitue-t-il un facteur de dissuasion empêchant même le simple fait d'oser évaluer l'ampleur de cette population? Est-il possible que l'orientation sexuelle et la réalité des hommes gais ne soient pas considérées en raison de l'homophobie et de l'hétérosexisme? Les hommes gais sont-ils faussement perçus comme se situant sur un pied d'égalité en ce qui a trait à la santé et aux conditions de vie et, par conséquent, ignorés lorsqu'il est question de la diminution, au sein de groupements précis de population, des inégalités en matière de conditions de vie et de santé? Plutôt que de rechercher des réponses concluantes aux questions précises formulées à partir d'un exemple unique, ce document de travail s'efforce de proposer un contexte où de tels enjeux pourront être explorés et de repousser les limites à l'intérieur desquelles une enquête éclairée à leur sujet pourrait se dérouler. Document exploratoire portant sur un champ en émergence, il a pour but de susciter et de stimuler, chez les personnes évoluant dans les divers secteurs et domaines liés à la santé des hommes gais dans toute leur diversité et à la grandeur du pays, des échanges et des analyses supplémentaires.

1.2.2 Caractéristiques du virage récent de la prévention du VIH à la santé gaie

L'objectif stratégique de ce document exploratoire de travail, à savoir la dynamisation du processus de prévention de la transmission du VIH chez les hommes gais au Canada par son repositionnement dans un contexte de santé gaie, se situe dans le contexte d'un nouveau virage stratégique, discursif et élargi, dont il subit l'influence, en ce qui concerne la prévention du VIH chez les hommes gais.

Les données bibliographiques examinées indiquent que s'amorce au Canada, aux États-Unis, en Australie et peut-être aussi au Royaume-Uni un début de virage, déjà perceptible, au niveau du paradigme et de la pratique dans les domaines de la prévention de VIH parmi les hommes gais et bisexuels et chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (Aggleton, 2000, Association canadienne de santé publique, 1998, Clarke, 1999, Séro Zéro, 2000c, Davey et al., 1999, Gouvernement du Québec, 1999, Jalbert, 1999, Rofes, 1999b, Rofes, 1998, Taghavi, 1999, Trussler, Perchal et Barker, 2000, Ryan, Groupe-focus de langue française, 2000, Ryan, Groupe-focus de langue anglaise, 2000, Ryan, 2000, Dumas et al., 2000). Cette tendance s'avère complexe, non linéaire et, à l'occasion, contradictoire. Le virage, bien qu'il se prend dans un contexte précis quant au moment et à l'endroit, ne s'assimile pas à une démarche simpliste qui nous conduirait d'une vision nécessairement « mauvaise » des choses à une autre inévitablement « bonne ». Un tel virage semble englober les caractéristiques suivantes, bien que celles-ci ne s'appliquent pas à l'ensemble des individus, en tous lieux et en tous temps.

Tableau à des fins de discussion :

caractéristiques du virage s’amorçant dans les domaines de la prévention du VIH parmi les hommes gais et bisexuels ainsi que les HARSAH.

De	À
Axé sur la crise et réactif.	Stratégique et proactif.
Le VIH et le SIDA ont préséance sur les inquiétudes précises en matière de santé.	L’attention est portée sur un contexte de santé globale.
L’accent est mis sur la prévention des MTS et sur la santé en matière de sexualité.	L’accent est mis sur la santé et le mieux-être holistiques.
Action communautaire, organisation et mobilisation.	Développement communautaire à titre de processus plus lent, planifié et multisectoriel.
Élimination des risques / Modèle connaissances – attitude - comportement (KAB) des rapports protégés.	Réduction des risques/méfais s’étendant aux facteurs psychosociaux et socio-environnementaux.
La recherche est définie par le modèle médical.	Exploration d’une approche interdisciplinaire.
La recherche et les interventions sont axées sur le comportement.	La recherche met aussi l’accent sur la culture et sur les discours médiateurs.
Méthodes classiques de recherche.	Recherche participative et enquêtes en concertation.
Le comportement (p. ex. les HARSAH) pris comme cadre.	L’identité/la communauté (p. ex. gaie) prises comme cadre.
De nature soit communautaire, gouvernementale ou provenant du secteur privé.	Partenariats et efforts concertés.
Les hommes gais sont appelés à jouer un rôle, bien qu’ils se situent dans celui de victimes.	Les hommes gais sont appelés à jouer un rôle d’acteurs résilients.
Point de départ : les besoins, les manques, les situations d’urgence.	Point de départ : les forces, l’assurance.
Les dirigeants portent le deuil de leurs collègues et demeurent fidèles au poste.	On s’efforce de susciter la participation de leaders plus jeunes.
Définition dominante de l’identité et de la communauté gaie.	Vision politique plus inclusive de l’identité gaie.

Au Canada, ce virage en émergence se manifeste et s’impose à la fois dans le discours et dans les gestes que posent des organismes et des coalitions communautaires comme *AIDS Vancouver* (Perchal, Trussler, Barker et Showler, 1999) et *Séro Zéro* à Montréal (*Séro Zéro*, 2000c, Dumas et al, 2000), bien que des perspectives particulières s’appliquent à chacun d’eux.

À la lumière de la documentation examinée, c’est sous l’effet d’une convergence de facteurs propres aux populations d’hommes gais et de HARSAH, ou de facteurs ayant des répercussions directes sur celles-ci, que se situe ce nouveau virage de la prévention du VIH face à la santé gaie. Ces facteurs semblent englober :

- la réussite et le raffinement de l’activisme issu de la communauté gaie et l’efficacité des efforts d’organisation déployés face à la transmission du VIH et du SIDA;

- la recherche ou les analyses, couronnées de succès ou ayant échoué, portant à la fois sur les pratiques et les stratégies, adoptées dans le cadre des programmes de prévention de la transmission du VIH;
- le prolongement de l'espérance de vie, l'espoir accru d'un avenir possible et un degré d'aptitude sensiblement plus stable pour de nombreux hommes gais vivant avec le VIH, grâce au recours à des produits pharmaceutiques plus efficaces;
- un climat « post-SIDA », caractérisé par un équilibre relatif au sein des communautés gaies, après une période de plus de 15 ans, en ce qui concerne la gestion au quotidien du VIH et du SIDA;
- le désir des organismes communautaires de maintenir leur pertinence et de poursuivre leurs efforts de mobilisation de la créativité et de la participation des gens, dans un climat « post-SIDA »;
- le désir d'insuffler, par des interventions actives, un courant de renouveau au discours hétérosexiste dominant, lequel dans le passé a accolé aux hommes gais une image d'hommes malades ou en mauvaise santé;
- le désir d'unifier et d'instaurer une meilleure cohésion au niveau des travaux communautaires effectués tant auprès des hommes séronégatifs que de ceux qui vivent avec le VIH;
- les perceptions et la participation de générations plus jeunes d'hommes gais.

Dans la documentation examinée, on perçoit souvent le changement de cap vers la santé gaie comme un retour à ce qui prévalait auparavant, alors que des organismes de la communauté gaie et des organismes parapublics de services préconisaient des initiatives axées sur de plus vastes enjeux relatifs à la santé. Par exemple, à Montréal durant les années 1970, le Centre des services sociaux Ville Marie, desservant principalement des clientèles anglophones, avait à la fois dénoncé les attitudes sociales discriminatoires à l'encontre des gais et promu la prestation de soins physiques et psychologiques spécialisés et non discriminatoires pour les hommes gais. Le *Gay Social Service Project* prévoyait la mise en place de services adaptés s'adressant principalement à une clientèle d'hommes gais anglophones. Au début des années 1980, tant à la suite des coupures budgétaires appliquées par le gouvernement du Québec à ses programmes sociaux qu'à la nouvelle réalité relative au SIDA, les priorités ont été modifiées pour privilégier la prestation de soins aux personnes vivant avec le VIH et les campagnes de promotion de pratiques sexuelles sécuritaires (Séro Zéro, 2000c). La *Village Clinic* à Winnipeg, tout comme la *Gay Men's Health Association* à Halifax, constituent d'excellents exemples d'organismes communautaires actifs en matière de santé gaie qui, dans la même veine, ont réajusté leur tir au début des années 1980 (Ryan, communication personnelle, 2000). Par le passé, en règle générale, tant au États-Unis qu'au Canada, les initiatives relatives à la santé gaie ont été tuées dans l'œuf et leur approche réorientée, pour faire face à la situation posée par l'avènement de la crise du SIDA. Bien que certaines initiatives, y compris des efforts informels, puissent avoir maintenu le cap sur des objectifs plus

larges en matière de santé entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990, le virage actuel vers la santé gaie est souvent présenté comme un renouveau.

Outre l'enthousiasme et l'exaltation qui entourent le nouveau virage vers la santé gaie, on note dans la documentation examinée que ce paradigme naissant s'accompagne aussi parfois d'une perception teintée d'ambivalence, notamment s'il est considéré comme un cadre « de rechange » en matière de prévention du VIH. Le nouveau virage est perçu comme étant entaché de risques et d'inquiétudes et, par conséquent, il s'accompagne d'une importante dose d'hésitation.

Certaines de ces hésitations s'inspirent d'un sentiment d'urgence. Ainsi, plusieurs des facteurs perçus comme étant à l'origine du virage vers la santé gaie (comme la disponibilité de traitements antirétroviraux extrêmement actifs) peuvent également être considérés comme susceptibles d'ouvrir la porte à une recrudescence des pratiques sexuelles à risque et, éventuellement, de la transmission du VIH au Canada parmi les hommes gais et bisexuels, tout comme chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (Strathdee, Martindale, Cornelisse, Miller et al., 2000, Major et al., 1999). Cependant, il est possible qu'un tel sentiment d'urgence ne repose pas sur la probabilité d'une « rechute », pas plus qu'il ne s'apparente aux motifs anticipés (Trussler et al., 2000, Samis et Whyte, 1998).

De même, certains vont même jusqu'à le percevoir comme « une hypothèse non-vérfiée à l'effet qu'un nombre accru d'interventions générales ayant pour but de renforcer les partenariats et les rapports qu'entretiennent entre eux les hommes gais ainsi que l'image intrinsèque qu'ils ont d'eux-mêmes entraîneront des effets de contagion à la baisse sur la réduction des risques associés aux pratiques sexuelles et à la consommation de drogues » (Aggleton, 2000).

Par ailleurs, on s'interroge sur les conséquences financières et les répercussions au niveau du financement de l'avènement d'un tel virage pour les organismes. Par exemple, il n'a pas toujours été facile d'obtenir du financement pour des projets communautaires mettant l'accent sur la santé gaie, plutôt que de se concentrer directement sur la prévention du VIH, bien qu'un vent de changement semble souffler à cet égard (Séro Zéro, 2000c). De plus, aux États-Unis, certains se sont préoccupés du fait qu'un virage vers la santé gaie puisse concourir à une réorientation de ressources financières et ce, au détriment des indispensables programmes connexes au VIH conçus à l'intention des hommes gais des minorités visibles (*Gay Men's Health Summit 2000*, 2000).

La documentation examinée demeure muette au sujet de la possibilité additionnelle que cette hésitation soit aussi attribuable au difficile défi à relever, que constitue une mobilisation différente et d'un genre tout à fait nouveau des membres de la communauté. Par exemple, les activistes et les dirigeants chevronnés d'organismes sont familiers à l'art de mobiliser les gens à s'engager et à agir pour faire face à des crises, tout particulièrement celles où un ennemi commun peut être identifié (comme dans le cas du VIH ou du SIDA). De tout temps, un tel mode d'organisation a été perçu comme étant de nature politique, comme une façon significative pour une personne de forger son identification à sa communauté et comme un moyen de « poser un geste d'importance ». Une approche axée sur la mise en valeur de la

santé ou du potentiel organisationnel individuel et communautaire, laquelle suppose explicitement des partenariats de nature alternative, fait appel à des aptitudes et à des dispositions différentes; une telle approche peut susciter un risque perçu comme accru d'intégration au courant dominant.

Le nouveau virage d'un premier cadre, privilégiant la prévention du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, vers un deuxième cadre, qui opte pour la santé gaie, semble déjà avoir imposé sa marque parmi les intervenants de première ligne en prévention du VIH au sein de plusieurs communautés gaies au Canada. Cependant, selon le contexte (par exemple les différences entre le milieu rural, la banlieue et la réalité urbaine, la région canadienne concernée, les particularités entre le Sud et le Nord et ainsi de suite), on note des différences au niveau des perspectives, de la nature et du degré d'implantation. Ce virage est prêt à faire l'objet d'une exploration critique des perceptions relatives aux risques et avantages qu'il présente, de même qu'aux limites et possibilités dont il est porteur.

1.2.3 Mise en situation du virage récent de la prévention du VIH à la santé gaie dans le contexte d'autres virages ou tendances connexes observés au Canada

Dans la documentation examinée sur le nouveau changement de paradigme de la prévention du VIH à la santé gaie, on note l'absence notable de toute allusion à sa situation au sein du ou par rapport au contexte plus large d'autres changements de paradigmes concrets et discursifs, dans certains domaines apparentés au Canada. Un tel contexte élargi englobe les changements de paradigmes survenant dans des domaines juxtaposés comme :

- la gestion des établissements de soins de santé et des organismes de services sociaux;
- les stratégies de développement des Premières nations et des Inuits et, en particulier, celles mettant de l'avant des approches traditionnelles en matière de santé;
- les stratégies de développement international, particulièrement celles qui sont appliquées par l'entremise de l'Agence canadienne de développement international (ACDI);
- les pratiques, politiques et rôles redéfinis de chefs de files que jouent, à la grandeur du Canada, les fondations familiales privées à vocation communautaire, Centraide/United Way et d'autres importantes sources intermédiaires de financement des organismes communautaires;
- la profonde influence qu'ont exercée, au cours de la dernière décennie, des modèles américains dominants et plus récents de développement communautaire, tels que celui de John McKnight (modèle de mise en valeur du potentiel axé sur les actifs en provenance de Chicago en Illinois), sur les discours des organismes gouvernementaux provinciaux et canadiens (p. ex. bureaux régionaux de Développement des ressources humaines Canada (DRHC) ou Santé Canada), sur Centraide/United Way et sur les fondations familiales privées;
- les théories renouvelées sur la citoyenneté et sur les devoirs des citoyens et

- les politiques conservatrices et néo-libérales des gouvernements canadien et provinciaux visant à diminuer de façon draconienne le filet de sécurité sociale et le financement des programmes sociaux, en présentant le partenariat et la privatisation en matière de financement de programmes sociaux comme des panacées susceptibles de diminuer l'effort financier consenti par le gouvernement.

De tels virages ont souvent suscité ambivalence et hésitation chez de nombreux interlocuteurs, en particulier ceux qui oeuvrent auprès d'organismes communautaires et de coalitions. Ces derniers, tout particulièrement, ont souvent formulé des analyses critiques des risques et avantages associés à des virages de cette nature. Ces acteurs comprennent les intervenants actifs au sein d'organismes de prévention du VIH, de même que ceux qui oeuvrent au sein d'organismes communautaires gais.

Au Canada, les changements de paradigmes qui se produisent à l'intérieur d'un contexte élargi comportent les caractéristiques qui suivent. À nouveau, il importe de souligner que toute liste de cette nature entraîne obligatoirement des oublis et des sur-généralisations. Les caractéristiques énumérées ne s'appliquent pas à tous pas plus qu'ils ont une portée universelle; elles sont présentées avec le souci d'alimenter ultérieurement un effort de réflexion critique.

Tableau à des fins de discussion :

caractéristiques d'un changement de paradigme se produisant au Canada au sein des domaines élargis de la gestion des établissements de soins de santé et des organismes de services sociaux, des rôles et politiques des fondations familiales privées et des sources intermédiaires de financement des organismes communautaires tels que Centraide, etc.

De	À
Axé sur la crise et réactif.	Planification stratégique et proactive.
Mode de prestation des services par les organismes et les établissements.	Partie intégrante du développement communautaire.
Professionnels, employés et infrastructures institutionnelles.	Allègement des infrastructures accompagné d'une confiance accrue accordée à des bénévoles.
Dépendance envers des experts et spécialistes très bien rémunérés.	Interdépendance avec des expertises d'origine communautaire.
Se définit en fonction des besoins individuels et des pénuries communautaires.	Inventaire des actifs et mise en valeur du potentiel organisationnel et communautaire.
Le citoyen est perçu comme un consommateur de services et de politiques.	L'engagement du citoyen s'avère primordial à la mise en valeur du potentiel.
Les organismes communautaires sont sur la défensive.	Quoique souvent considérés comme des partenaires, les organismes communautaires disposent d'un financement congru.
Soit de nature communautaire, d'un niveau de gouvernement ou du secteur privé.	Partenariats verticaux et multisectoriels.
Vision de la santé axée sur les déficiences, la prévention ou le traitement de la maladie.	Vision holistique de la santé et axée sur le bien-être.
Prolifération des initiatives communautaires accompagnée de chevauchements possibles.	Partage des ressources organisationnelles et complémentarité.
Programme organisationnel et mise en œuvre de projet.	Organisation, programme, contrôle et évaluation de projet.
Les dirigeants abordent la mi-quarantaine et la cinquantaine.	Efforts intergénérationnels hésitants.
Définition dominante de la notion de communauté.	Sentiment accru d'inclusion, en particulier par l'entremise de la coopération organisationnelle.

La question qui se pose est donc la suivante : dans quelle mesure, ou de quelle façon très précisément, le virage vers la santé gaie peut-il se situer à l'intérieur d'une réalité plus vaste et en mutation. S'il existe une relation positive pertinente, comment les hommes gais et autres peuvent-ils être expressément amenés, dans le cadre d'un virage vers la santé gaie, à mettre à contribution les enseignements critiques et les stratégies acquis de l'expérience ?

Paramètres, enjeux principaux et caractérisations de la santé gaie

2.1 Paramètres propres à la santé (des hommes) gaie pour les besoins de ce document de travail

2.1.1 Paramètres de la santé (des hommes) gaie

Pour les besoins de ce document de travail, la santé gaie se limite à la santé des personnes qui se reconnaissent comme gaies, qui, dans une certaine mesure, assument publiquement leur orientation et qui entretiennent certains rapports significatifs avec la ou les « communauté (s) gaie (s) », que ces rapports soient entiers, ambivalents ou même marginaux. Les hommes, et souvent les jeunes hommes, qui s'identifient comme gais et qui ont établi certains rapports significatifs à l'endroit de la ou des « communauté (s) gaie (s) » sont pris en compte par ces paramètres. Les hommes bispirituels sont inclus, étant donné qu'ils existent chez eux une certaine forme d'identification avec la ou les « communauté (s) gaie (s) » (à nouveau entiers, ambivalents ou marginaux). La santé des adolescents gais est incorporée aux données bibliographiques, en particulier parce que leur santé atteste de manière significative de la santé des hommes gais. Les jeunes hommes gais, et on entend par là les hommes plus jeunes dont l'âge varie d'environ 14 à 19 ans, et les jeunes hommes gais adultes, qui sont âgés de 20 à 29 ans, sont pleinement pris en considération dans ce document de travail sur la santé gaie, tout comme c'est le cas des hommes gais plus âgés et des aînés gais.

2.1.2 Explication et justification des paramètres

Pour ce document de travail, tels qu'indiqué ci-dessus, les paramètres de la santé des hommes gais s'expliquent et se justifient par deux séries de renseignements de référence : (a) la nouvelle documentation sur la santé gaie et (b) l'approche de la santé de la population.

Premièrement, en ce qui concerne la nouvelle documentation sur la santé gaie, on plaide que les hommes gais, et tout particulièrement le travail effectué en matière de santé gaie, ont été positionnés dans le contexte des pratiques discursives du SIDA d'une manière exceptionnellement différente de celle octroyée aux autres groupes. Les pratiques discursives du SIDA sont perçues comme ayant abruptement tué dans l'œuf et exercé une manœuvre d'étranglement sur les tentatives d'organisation en matière de santé gaie. Cela ne s'est généralement pas produit dans le cas, par exemple, des initiatives en matière de santé et des efforts d'organisation des lesbiennes et des personnes transgenres. Le fait d'échapper à cet étranglement métaphorique et concret par une revitalisation des gestes d'organisation en matière de santé gaie, est perçu comme un « recul » par les hommes gais. En effet, il suppose de procéder à une révision complète de la question et à un regroupement des effectifs avant que les efforts ardemment souhaités de mise sur pied d'une alliance élargie sur le plan du travail et de la solidarité, en ce qui concerne les enjeux en matière de santé, n'aient porté fruit (Rofes, 1999b). Par conséquent, par son unicité, la santé des hommes gais diffère de la santé gaie, bisexuelle, lesbienne et transgenre. La santé des hommes gais ne prend pas en considération en tant que tel les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, non plus qu'elle ne tient compte comme tel des hommes qui s'identifient comme bisexuels et des hommes transgenres ou transsexuels en tant que tel, à moins qu'ils ne puissent, d'une façon ou d'une autre, s'identifier à la ou les « communauté (s) gaie (s) ».

De même, on évoque la possibilité que les enjeux et les préoccupations relatifs à la santé des hommes gais puissent, en général, présenter beaucoup plus d'analogie avec la santé des hommes qu'avec celle des femmes, y compris la santé des lesbiennes (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000). En explorant les similitudes et les différences entre la santé des hommes gais et la santé des hommes en général, on peut tirer profit des expériences d'une cohorte d'hommes gais (tels ceux qui vivent des expériences gaies et qui puisent à même un réservoir d'histoire et d'analyses gaies) en se concentrant plus particulièrement sur la santé des hommes gais (Clarke, 1999).

En outre, en ce qui a trait à la recherche en prévention du VIH, l'une des cinq conclusions d'une étude qualitative approfondie, effectuée par *AIDS Vancouver Island* et regroupant 84 participants de la Colombie-Britannique, précisait que « La catégorie des HARSAH ne présente aucune utilité. Les hommes hétérosexuels qui ont des relations sexuelles avec des hommes possèdent des expériences qualitativement différentes de celles des hommes gais et bisexuels. D'importantes conséquences peuvent en découler au niveau des efforts d'éducation pour accroître les pratiques sexuelles sécuritaires » (Samis et Whyte, 1998).

Deuxièmement, en ce qui concerne l'approche axée sur la santé de la population, on reconnaît l'existence de populations discrètes au sein de ces communautés identifiables (ou qui s'identifient comme tel), que de telles communautés reposent sur des assises géographiques, politiques (comme dans le cas d'une municipalité ou d'un pays) ou cimentées par des intérêts ou caractéristiques communes (et par conséquent éventuellement éparpillées à la grandeur d'un territoire de nature géographique ou politique). Une approche axée sur la santé de la population est davantage préoccupée par des communautés entières ou populations, plutôt que par des individus ou des « groupes à risque » (Institute of Health Promotion Research, 1999). Dans la documentation examinée sur une approche axée sur la santé de la population, les communautés ou les populations ne sont pas définies exclusivement en fonction du comportement. Ainsi par exemple, pour les besoins de ce document de travail, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ne sont pas inclus à moins qu'ils ne s'identifient d'une façon quelconque à ou qu'ils n'entretiennent un sentiment d'intérêt commun avec la ou les communauté (s) gaie (s).

2.1.3 Aspects mal définis, risques et dilemmes associés aux paramètres retenus

Le fait de choisir d'axer l'attention sur la santé des hommes gais, plutôt que de se concentrer, par exemple, sur la santé gaie, lesbienne, bisexuelle, bispirituelle et transgenrée, suscite d'importants risques, dilemmes et questions. Ceux-ci sont intrinsèquement liés à un choix qui se justifie, d'abord et avant tout, par les circonstances uniques qui ont voulu que « le SIDA soit devenu une métaphore totalisatrice pour la santé des hommes gais » (The SafeGuards Project, cité par Rofes, 1998). Cette situation s'étend bien au-delà du domaine du symbolisme; l'ampleur de la mortalité, des pertes humaines et du deuil qui, au cours des quelque dix-huit dernières années, ont entouré le VIH et le SIDA au sein des communautés masculines gaies s'est révélée énorme, exténuante et débilitante. Il faut ajouter à cette situation de deuil et de perte immense l'homophobie et l'hétérosexisme, qui contribuent souvent à ce que le processus connexe de deuil soit vécu en cachette; à ce jour, peu de recherches ont été menées pour approfondir ce processus. Actuellement, dans certaines villes canadiennes, on retrouve des proportions allant de 20 à 25 % des hommes gais vivant avec le VIH. Les facteurs psychosociaux de stress, uniques et dévastateurs, qui accompagnent le fait de vivre avec le VIH sont largement reconnus dans la documentation (Ryan,

Hamel et Cho, 1998); par ailleurs, il en va de même en ce qui concerne les facteurs de stress relatifs à la situation économique difficile dans laquelle sont plongées les personnes vivant avec le VIH (Société canadienne du sida, 1996). D'autre part, en règle générale, le VIH est perçu comme ayant fait l'objet, au cours des quatre dernières années, d'expériences différentes au sein de la communauté gaie, tant chez ceux qui vivent avec le VIH que chez les personnes séronégatives. Un sentiment prévaut à l'effet que la crise du SIDA est chose du passé parmi les communautés gaies des pays privilégiés (tels que le Canada, l'Australie et les États-Unis) et des identités et cultures post-SIDA font leur apparition en particulier, bien que cela soit loin d'être exclusif, parmi les hommes gais plus jeunes (Rofes, 1998). Ce changement, et l'éventuelle métamorphose qui s'ensuit, ne s'appliquent qu'aux communautés gaies et, à ce jour, ils conservent le voile de mystère qui entoure de nombreuses conséquences inexplorées relatives à la santé et au bien-être des hommes gais. Ce contexte métaphorique et pratique particulier se présente comme un fondement irrésistible d'exploration du champ de la santé des hommes gais, avant de se pencher plus avant sur des efforts grandement souhaités de mise sur pied d'une alliance élargie en matière de santé lesbienne, gaie, bisexuelle et transgénérée (Rofes, 1999b).

Toutefois, il y a lieu de se demander pourquoi certains parmi les plus privilégiées (hommes gais) au sein d'une alliance (d'hommes gais, de lesbiennes, de femmes et d'hommes bisexuels et de personnes transgénérées) choisissent de faire « caucus », se retirant de façon temporaire pour faciliter un regroupement, faire le plein d'énergie au contact les uns des autres et s'efforcer de reprendre des forces? Lorsque l'on examine la nouvelle documentation sur la santé des hommes gais, cette interrogation ne semble aucunement poindre; elle est plutôt tempérée par les répercussions dévastatrices et généralement reconnues du VIH et du SIDA sur les hommes gais et leurs communautés (Rofes, 1996, Ryan et al., 1998). De plus, en règle générale, une impression prévaut à l'effet que le travail entourant tant le soutien que l'échafaudage d'une alliance pourra bénéficier du fait que les hommes gais acquièrent une meilleure connaissance d'eux-mêmes et réussissent à mieux se positionner.

Il est possible que les aspects mal définis associés à l'« identification (entière, ambivalente ou marginale) avec la ou les communauté (s) gaie (s) » puissent, afin d'être pris en considération au niveau des paramètres de la santé des hommes gais, constituer une épée de Damoclès. Pour aborder cette question, il peut s'avérer utile d'identifier une approche pluraliste, fluide et postmoderne de l'« appartenance » et de l'identification. Les gens peuvent simultanément s'identifier à de nombreuses communautés, passant indifféremment de l'une à l'autre dans un sens ou dans l'autre, tout en accordant à leur séjour dans chacune une signification changeante et différente entourée d'ambivalence. Par exemple, des hommes qui s'identifient comme gais, ou d'autres qui s'identifient comme bisexuels, peuvent simultanément s'identifier ou ne pas s'identifier (selon le contexte) avec la communauté gaie de la région qui est la leur (ou avec la « communauté gaie » dans son sens le plus large). Malheureusement, les paramètres relatifs à la santé des hommes gais qui ont été retenus ont tendance à obliger à ce qu'une réponse soit obtenue à une question statique et pointue : vous identifiez-vous (à « nous ») ou pas? Faire le constat d'une approche contextuelle aux processus d'identification, en matière de santé des hommes gais, pourrait contribuer à vivre de façon productive avec (plutôt que de devoir subir) de tels aspects mal définis, tout en facilitant une exploration critique et un apprentissage de ces derniers.

De plus, l'« identification (entière, ambivalente ou marginale) avec la ou les communauté (s) gaie (s) », pourrait éventuellement constituer un critère qui soit déphasé par rapport au vécu des hommes gais, au

niveau de leur identité, lors de sa prise en considération au niveau des paramètres de la santé des hommes gais. De façon générale, l'existence d'une « communauté gaie », ou à tout le moins d'une « communauté gaie cohérente », s'avère un sujet de discussion difficile, bien qu'on l'assortisse de nuances importantes, parmi les hommes gais au Canada (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000, Trussler et all., 2000). Cependant, il nous semble ici devoir accorder une plus grande pertinence au fait que l'identité gaie (à ne pas confondre avec les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) peut fort bien s'assimiler, aux yeux des hommes gais au Canada, à un concept transparent ayant trait aux rapports émotifs et/ou amoureux qu'ils entretiennent avec d'autres hommes, plutôt qu'à leur sentiment d'identification à une communauté gaie, peu importe que ladite communauté possède des racines géographiques ou métaphoriques (Adam, Schellenberg et Sears, 2000).

En outre, le critère de l'identification avec la ou les communauté (s) gaie (s) peut être porteur d'une connotation surtout urbaine, allant jusqu'à l'éventuelle exclusion des hommes gais des zones rurales au Canada. Étant donné la probabilité de l'existence, dans les régions plus isolées et aux populations plus clairsemées, d'obstacles plus solides au processus de sortie, il se peut que les communautés gaies locales ou régionales manquent de visibilité ou que leur degré d'organisation habituel laisse à désirer; toutefois, cela ne contribue en rien à diminuer le nombre réel d'hommes gais présents.

Les risques concrets inhérents à une focalisation sur la santé des hommes gais (de préférence à la santé gaie, lesbienne, bisexuelle, bispirituelle) peuvent entraîner un afflux d'énergie, de recherche et d'affectation de ressources financières, qui ignorerait les enjeux relatifs à la santé des lesbiennes, des femmes bisexuelles et de nombreuses personnes transgénérées (si elles ne font pas l'objet d'une attention simultanée et correspondante). À court terme, à tout le moins, cette situation risque de provoquer l'affaiblissement des efforts investis et des gains réalisés dans l'instauration d'alliances. De plus, les hommes gais pourraient se voir privés des apprentissages découlant des efforts considérables consentis par les lesbiennes et les femmes bisexuelles en matière de santé. Cela pourrait s'avérer préjudiciable à la santé des hommes gais, tout en menant aussi éventuellement à une ré-instauration, au sein du paysage global, d'une relative invisibilité de l'intervention des femmes. Étant donné les liens plus étroits tissés entre les femmes lesbiennes et bisexuelles et le mouvement féministe, il existe aussi un risque que les analyses relatives à la santé des hommes gais ne puissent tirer profit des analyses propres à ce mouvement qui sont, à prime abord, souvent plus politisées et moins atomistiques.

Avec les paramètres actuels établis en fonction de la santé des hommes gais, il existe également un risque d'exclure nombre de personnes des minorités visibles, qui peuvent ne pas s'identifier comme gaies ou ne pas s'identifier avec la communauté gaie à cause de l'étroitesse de la politique identitaire qui, à travers l'histoire, a été mise de l'avant au sein des communautés gaies dominantes ou identifiées aux personnes blanches. De même, la préoccupation de ne pas devenir (davantage) aliéné au sein du milieu relativement sécuritaire que leur offrent leurs communautés fondées sur la race ou l'appartenance ethnique, ou celle de vouloir empêcher l'aliénation de leurs familles au sein de leurs communautés, peut les mener à une auto-identification comme bisexuels (Sears, 1995) ou tout simplement comme hétérosexuels (y compris les HARSAH). Il est intéressant de noter que dans le cadre de l'innovateur *1999 Gay Men's Health Summit* (Sommet sur la santé des hommes gais de 1999), tenu au Colorado, on ne mettait l'accent que sur les hommes gais et, pourtant, le Pre-Summit Institute (Session préalable au Sommet) (« Health Challenges Facing Gay Men of Color ») (Défis des hommes gais des minorités visibles en matière

de santé), malgré son appellation officielle, a apporté une attention explicite tant aux hommes gais qu'aux hommes bisexuels (Rofes, 1999a).

En dernier lieu, il est bon de remarquer que le fait de justifier les paramètres sur la santé des hommes gais par les exigences d'une approche axée sur la santé de la population (par exemple, que les populations discrètes ne sont pas exclusivement définies par les comportements) n'équivaut pas à un choix inévitable. En bout de ligne, un tel choix s'avère plutôt de nature politique et, par conséquent, modifiable. Les « impératifs » d'une approche axée sur la santé de la population conservent la possibilité de pouvoir être assouplis avec créativité pour s'ajuster aux exigences de la santé des hommes gais.

2.2 Enjeux principaux relatifs à un virage vers la santé des hommes gais

On trouvera ci-après une liste synthétisée de nouveaux facteurs de motivation, d'avantages et de risques perçus, en plus d'une énumération de quelques enjeux dont on croit qu'ils ne reçoivent aucune attention au niveau de la documentation examinée sur la santé des hommes gais. Plutôt que de se vouloir définitive, cette liste est offerte comme un tremplin pour alimenter la réflexion et la discussion.

2.2.1 Facteurs suscitant une préoccupation croissante à l'égard de la santé des hommes gais

Parmi les facteurs justifiant une préoccupation croissante à l'égard de la santé des hommes gais, on retrouve :

- sous un angle très pragmatique, la santé des hommes gais est de plus en plus perçue comme une stratégie plus efficace et comme une solution de rechange inclusive pour la prévention du VIH, étant donné les changements rapides qui modifient les contextes de vie des hommes gais et l'appréciation accrue accordée aux vies des hommes gais plus jeunes;
- la santé des hommes gais est perçue comme le reflet d'un rapport expérientiel général omniprésent des hommes gais avec le VIH, bien qu'ayant fait l'objet de changements substantiels;
- la santé des hommes gais est soutenue d'une part, par une volonté tenace d'oublier l'examen de la vie et du mieux-être des hommes gais à l'aide d'une lentille VIH et du Sida et, d'autre part, de tourner la page de la perte et du deuil associés aux innombrables décès survenus au cours des vingt dernières années et à ceux qui s'avèrent imminents;
- la santé des hommes gais est perçue comme une stratégie confirmant la préséance de la vie et ouverte sur l'avenir et conçue par des communautés gaies, qui connaissent un renouveau sur le plan culturel et en matière de leadership;
- il est maintenant plus facilement possible qu'au cours des 15 à 20 dernières années d'accorder une attention accrue à la santé des hommes gais, parce que la crise du SIDA qui a dévasté les communautés gaies, et qui a rendu impérieux le fait de consacrer une attention aussi soutenue à ces communautés, est maintenant vécue différemment, le climat de crise en moins, et dans un certain rapport d'équilibre au sein de la communauté gaie masculine;

- reconnaître l'importance d'un recentrage constructif de la vision dominante d'un modèle médical et hétérosexiste de la santé, qui exerce une emprise sur les hommes gais en résumant leur santé à la simple absence de maladie et en refusant de sérieusement tenir compte, mis à part le VIH, des questions relatives à leur santé; cette réalité en est venue à s'exprimer au quotidien par une assimilation d'un statut de séronégativité à celui d'une bonne santé et par un constat trop réducteur voulant que vivre avec le VIH signifie une santé qui laisse à désirer;
- prendre les hommes gais un peu plus au sérieux (et que les hommes gais se prennent eux-mêmes un peu plus au sérieux) signifie de prendre au sérieux toutes les questions relatives à leur santé, et non seulement les questions relatives au VIH (aussi importantes soient-elles);
- la santé des hommes gais est susceptible de permettre un relèvement de l'état de santé global des hommes gais.

2.2.2 Avantages perçus relatifs à un virage vers la santé des hommes gais

Parmi les avantages perçus relatifs à un virage vers la santé des hommes gais, on retrouve :

- si elle se situe dans le cadre d'un paradigme de la santé des hommes gais, la prévention du VIH connaîtra un plus grand succès, en particulier chez les hommes gais toutes générations et tous horizons ethniques confondus;
- à titre de « nouveau » discours, la santé des hommes gais peut être dissociée du discours surfait portant sur la prévention du VIH, qui (tout particulièrement dans le contexte américain) est porteur de sous-entendus au sujet des interdictions, du refoulement sexuel, de la peur et les facteurs socio-politiques et autres limitant la capacité des hommes gais à se prendre en charge;
- soutenus par une stratégie qui privilégie le mieux-être optimal, un sentiment de flux ascendant d'énergie, une émergence sexuelle de même qu'une prise en charge de soi, les hommes gais peuvent réussir à émerger de la crise du SIDA;
- la santé des hommes gais est en mesure de répondre plus efficacement aux besoins des hommes gais vivant avec le VIH, un groupe aux effectifs importants au sein des communautés gaies, parce qu'elle porte une attention toute particulière sur le maintien d'une qualité de vie et d'une santé optimale, plutôt que de privilégier une approche mobilisatrice plus étroite et conventionnelle en vertu de laquelle on s'efforce de faire en sorte que les hommes séronégatifs le demeurent;
- la santé des hommes gais peut procurer aux hommes gais une maîtrise accrue de leur propre santé et peut améliorer, de façon importante, leur santé et leur bien-être;
- cette stratégie peut permettre de dynamiser les organismes au sein des mouvements gais et de raffermir les communications établies entre eux et leurs bases communautaires;

- cette stratégie peut permettre de soutenir des méthodologies peu courantes de recherche qui, simultanément, tiennent lieu d'outils d'éducation, de développement communautaire, de mise en place d'activités orientées vers l'action et la recherche;
- cela peut contribuer à assurer que l'on aborde un large spectre de questions relatives à la santé des hommes gais, tant en ce qui concerne les communautés gaies que les établissements de santé majeurs et, par conséquent, que l'on élève le niveau de santé des hommes gais;
- elle offre la possibilité de mobiliser de nouvelles ressources et secteurs de la communauté gaie et d'ailleurs;
- la santé des hommes gais favorise l'élargissement de la recherche et des connaissances dans des domaines relatifs à la vie et au bien-être des hommes gais qui, dans les communautés gaies, avaient été passés sous silence à cause de la crise du SIDA;
- les hommes gais peuvent maintenant réactualiser des initiatives des milieux communautaires « préalables à la crise du SIDA », qui ont été abandonnés et qui abordaient la santé des hommes gais dans une optique plus large;
- on peut aborder des aspects de la santé des hommes gais sans pour autant devoir établir un lien avec le VIH ou en justifier la nécessité par ses répercussions sur le VIH ou sur le risque de transmission du VIH.

2.2.3 Risques perçus relatifs au virage vers la santé des hommes gais

Parmi les risques perçus entrevus au niveau du virage vers la santé gaie, on retrouve :

- aux yeux de certaines personnes, le fait de croire qu'une mise en situation d'enjeux relatifs à la prévention du VIH dans le contexte de la santé des hommes gais (ou de remplacer le discours sur la prévention du VIH par celui sur la santé des hommes gais) permettra en réalité de s'attaquer efficacement aux problèmes associés à la transmission du VIH demeure une voie remplie d'incertitude, non prouvée et équivalent à un grand saut dans l'inconnu;
- les hommes gais vivant avec le VIH peuvent être délaissés, ou il est possible qu'ils ne fassent l'objet d'aucune considération, si l'on met l'accent sur la santé des hommes gais plutôt que de directement cibler les enjeux associés au VIH;
- il est possible que les hommes gais des minorités visibles, peut-être parce qu'ils auront vécu les efforts de prévention du VIH différemment des hommes gais de la culture dominante, vivent également différemment un virage vers la santé des hommes gais, de façon telle que cela soit perçu comme une tentative plus poussée de ne pas tenir compte ou d'oublier les enjeux relatifs à la prévention du VIH parmi eux et, de façon plus générale, chez les communautés de gens appartenant aux minorités visibles;
- il est possible que les organismes qui se sont forgés une image axée sur la prévention du VIH ou sur le SIDA soient forcés de « mordre la poussière », en particulier en matière de financement et de soutien communautaire;

- il est possible que les alliances unissant les communautés gaie, lesbienne, bisexuelle et transgénérée et les organismes communautaires soient disloquées par une accentuation de l'attention portée par les hommes gais à la santé des hommes gais;
- il est possible que cela entraîne une marginalisation accrue des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les projetant dans un vide précaire en ce qui a trait aux ressources en matière de prévention du VIH.

2.2.4 Enjeux problématiques absents ou rarement évoqués à l'intérieur de la documentation examinée

Parmi les enjeux sensibles absents ou rarement évoqués à l'intérieur de la documentation examinée, on retrouve :

- Quels sont les intérêts des organismes et spécialistes en prévention du VIH vis-à-vis d'un recentrage de leur attention sur la santé des hommes gais, et pourquoi y investiraient-ils, alors que le discours et les sources de financement qui prévalent peuvent contribuer au maintien d'une focalisation étroitement définie de la prévention du VIH?
- Comment la santé des hommes gais peut-elle simultanément englober, et même se concentrer, sur la prévention du VIH et, par la même occasion, se « libérer » de l'emprise du discours prédominant qui, encore trop souvent, assimile la santé des hommes gais avec la prévention du VIH et les enjeux relatifs au VIH?
- Le financement public des organismes et des initiatives en matière de prévention du VIH chez les hommes gais ou les HARSAH serait-il réduit, ou la priorité qui lui est rattachée serait-elle révisée à la baisse, si l'attention était reportée et qu'il ne s'agissait plus de composer avec un risque élevé pour la santé publique ou de réagir à une situation de crise?
- Comment est-il possible, dans le cadre de la santé des hommes gais, de se concentrer sur le vécu des hommes gais vivant avec le VIH, y compris ceux qui ne se soumettent pas à des thérapies antirétrovirales ou qui explorent des paradigmes parallèles en matière de santé?
- Comment la santé des hommes gais peut-elle être acceptée comme une occasion de repolitisier des enjeux et des délibérations au sein des communautés gaies, plutôt que d'être tout simplement reléguée au statut d'expression issue du courant dominant?
- Comment la santé des hommes gais peut-elle participer à la redéfinition de ce que l'on entend par politique ou « être politisé » et à la production de nouvelles habiletés aptes à soutenir ces significations renouvelées?
- Dans le domaine de la santé des hommes gais, quels apprentissages peuvent être réalisés à partir des efforts d'organisation entrepris par les lesbiennes et les autres femmes, ainsi que les analyses féministes, en matière de questions relatives à la santé?
- Quelles possibilités concrètes sont offertes aux travailleurs de première ligne dans le domaine de la prévention du VIH, en ce qui a trait à leur adhésion critique et à leur partici-

pation à la définition d'un changement de politique qui replace la prévention du VIH dans le contexte de la santé des hommes gais?

- Comment le virage vers la santé des hommes gais peut-il ne pas se contenter de « combler un retard » avec les transformations qui ont marqué les communautés, les cultures et les vécus des hommes gais, mais aussi participer de façon fructueuse à l'avancement de ces transformations et y contribuer?
- Quelles sont les conséquences du virage vers la santé des hommes gais sur le cadre stratégique et les programmes de la Division sur le VIH/SIDA de Santé Canada se rapportant directement aux hommes gais et aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes?
- Quelles sont les conséquences du virage vers la santé des hommes gais sur la reconfiguration du rapport entre la santé et les intervenants en prévention du VIH au sein de Santé Canada?
- Quel est le rapport entre le virage vers la santé des hommes gais et le changement de la politique fédérale en matière de santé vers une approche axée sur la santé de la population?

2.3 Caractérisations de la santé des hommes gais

Ce chapitre regroupe une sélection d'une multitude de caractérisations émergentes de la santé des hommes gais, que l'on retrouve dans la documentation examinée et qui est surtout d'origine canadienne. Une définition immuable et synthétisée a été exclue. Dans les pages suivantes, on trouvera un montage de caractérisations qui, ensemble, offrent une gamme diversifiée de perspectives ou de points de vue sur la santé des hommes gais.

La santé des hommes gais est souvent au moins caractérisée à double titre d'holistique, les deux motifs n'étant pas toujours compris ou inter-reliés.

Dans un premier sens, le mot holistique renvoie aux besoins en matière de santé d'ordre physique, mental/émotif, intellectuel et spirituel d'un homme gai en tant qu'individu (Olivier et Targett, 1993). Dans ce sens, la santé holistique est perçue comme englobant le « bien-être mental, spirituel, sexuel, intellectuel, social et émotif » (McInnis et Kong, 1998).

Le deuxième sens accordé au mot holistique, outre la signification ci-dessus, prend également en compte un paysage relationnel plus vaste. Par conséquent, l'expression ne vise pas seulement l'individu en tant que tel, mais aussi, en bonne partie, l'individu en rapport avec une autre personne, un groupe, des conditions sociétales élargies et ainsi de suite. Par exemple, Aggleton (2000) s'efforce d'inclure « (...) les dimensions personnelles, interpersonnelles et relationnelles de la sexualité des personnes ». Il propose un modèle holistique de la santé qui se distingue par « un noyau composé des dimensions physiques, mentales, sociales, sexuelles et sensuelles de l'expérience humaine, autour duquel gravitent des dimensions spirituelles, environnementales et sociétales » (Aggleton, 2000).

On retrouve dans une analyse d'un groupe-focus de Montréal, regroupant des représentants de la *Coalitions des organismes communautaires québécois pour la lutte contre le SIDA (COCQ-SIDA)*, un exemple

de caractérisation de la santé des hommes gais qui incorpore les deux significations du terme holistique : « *La santé gaie englobe tout autre chose que des maladies; elle doit être conceptualisée de façon holistique. En effet, la santé gaie doit inclure les aspects médicaux, politiques, légaux, sociaux, culturels, économiques, environnementaux, psychologiques et spirituels des individus concernés* » (Jalbert, 1999).

L'analyse préliminaire effectuée par l'organisme communautaire Séro Zéro des propos tenus au cours de groupes de discussion, ayant réuni en mars 2000 des hommes séronégatifs dans le cadre du volet montréalais du projet « *Three Cities* », a donné lieu à des caractérisations de la santé tels que :

- *notion d'équilibre*
- *santé mentale*
- *être bien dans sa peau*
- *santé mentale et physique inter-reliées, c'est-à-dire par exemple "si un ne va pas l'autre va flancher si on ne fait rien."* (Séro Zéro, 2000a)

Dans nombre des groupes de discussion ci-dessus, il y avait consensus à l'effet que les questions relatives à la santé mentale, en particulier, départagent les besoins en matière de santé des hommes gais par rapport à ceux de la population en général. Séro Zéro a soutenu que, selon les participants :

- «- *la santé mentale et psychologique est la plus importante dimension quand on parle de "santé gaie"*;
- *la santé des hommes gais n'est pas ou peu différente de celle des hommes hétérosexuels sauf pour la santé mentale* » (Séro Zéro, 2000b)

Faisant part de ses réflexions au cours de sa participation, à titre de Canadien, au *1999 Gay Men's Health Summit* à Boulder au Colorado, Clarke (1999) écrit que :

(...) la santé des hommes gais constitue un domaine d'expertise en développement et la teneur de ce domaine occupe un continuum bio-psycho-social : physique, psychologique, spirituel, social et politique. Ce continuum s'avère un cadre conceptuel utile pour repérer les enjeux relatifs à la santé et élargir la portée des points de vue classiques en matière de santé. Il serait difficile de faire valoir que la santé des hommes gais, à titre de domaine d'investigation, diffère grandement de la santé des hommes en général. La plupart des hommes sont préoccupés par les fonctions corporelles et par leur détérioration au fil du vieillissement, par la santé mentale et ses complications axées sur la masculinité, par le confort social, par l'hostilité et la familiarité. Cependant, la santé des hommes gais permet la mise au point d'un savoir-faire centré sur les formes de renforcement et d'affaiblissement occasionnés par le vécu homosexuel sur les hommes, au niveau de leurs environnements personnel et social. Donc, bien que les hommes gais, bisexuels, hétérosexuels et les HARSAH partagent un même continuum de bien-être/maladie, l'expérience du vécu homosexuel nécessite l'ajout de filtres supplémentaires, afin de susciter une compréhension précise du rôle de l'expérience vécue comme facteur de promotion ou de prévention en matière de santé. Et les hommes gais, les hommes qui vivent l'expérience homosexuelle de façon intégrale et publique, façonnent ce domaine d'expertise en identifiant ces filtres et en affinant l'investigation. Alors, le continuum bio-psycho-social se trouve renseigné par une histoire collective, une mémoire récente et lointaine de l'expérience homosexuelle (Clarke, 1999).

Taghavi (1999), dans une analyse des propos d'un groupe-focus portant sur les questions relatives à la santé, lequel rassemblait à Vancouver des lesbiennes, des hommes gais et bisexuels et des personnes transgenres, affirmait ce qui suit :

Plusieurs des histoires qui ont été racontées et une grande partie des échanges se rapportaient à un thème sous-jacent de concept de soi, d'estime de soi, du mérite personnel, d'auto-efficacité, de l'opposition entre une source interne et externe de contrôle, d'incapacité apprise et des défis posés par le développement. Les participants abordaient la « santé » sous l'angle beaucoup plus vaste de « prendre soin de soi-même » (Taghavi, 1999).

Une analyse effectuée par Ryan (2000) des propos échangés au cours d'un groupe de discussion, réunissant en mars 2000 à Toronto des professionnels de la santé et des travailleurs de partout au Canada oeuvrant auprès d'hommes gais, inclut ce qui suit :

Les participants ont échangé des propos sur les limites d'une conceptualisation exclusivement médicale de la santé, en particulier le fait qu'un tel modèle néglige l'importance des déterminants de nature émotive, psychologique, sociale et spirituelle de la santé. Comme l'a énoncé un participant : « Je crois que ce qui s'impose maintenant, c'est de commencer à envisager la santé comme un enjeu de qualité de vie. Un enjeu qui, en outre, touche chaque dimension de la vie : la sexualité, le bien-être émotify, physique, la spiritualité... » (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).

On a également donné à penser que l'une des conséquences d'une vision médicale de la santé, c'est que la santé des hommes gais soit principalement assimilée au VIH/SIDA et que d'autres questions relatives à la santé demeurent ignorées. Un participant a déclaré que certains hommes gais souscrivent eux-mêmes à l'idée que la santé s'assimile à l'absence de maladie en évoquant « Je n'ai pas le VIH, donc je suis en santé » (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).

De plus, la discussion a :

clairement mis en lumière les liens entre les définitions de la santé et du bien-être individuel et celles de la santé et du mieux-être communautaire. Cette discussion souligne le caractère indissociable de ces deux concepts.» Comme tel, « les efforts déployés pour la santé et le bien-être devraient s'étendre au-delà du travail avec les individus pour comprendre aussi le travail avec les communautés » (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).

Tafoya et Wirth (1996) abordent la santé mentale de personnes bispirituelles dans un cadre qui tient compte de leur santé mentale, spirituelle, émotive et physique. Une telle approche holistique correspond aux traditions autochtones, et elle s'avère peut-être particulièrement cohérente avec une vision holistique propre aux personnes bispirituelles : « (...) quand on est une femme, on voit le monde comme une femme, quand on est un homme, on voit le monde comme un homme, mais d'être bispirituel (le) signifie que l'on peut regarder dans les deux directions et, par conséquent, comprendre le monde d'une manière plus holistique » (Tafoya et Wirth, 1996). Dans le contexte du travail effectué dans le domaine de la promotion de la santé au Canada, Cain (1995) observe l'avantage détenu par les communautés autochtones, issu des enseignements traditionnels, et établit un rapport avec les communautés gais en ce qui a trait à l'approche holistique qui associe la santé aux préoccupations communautaires.

Parfois, des rapports canadiens, qui abordent plus particulièrement les questions relatives à la santé des gais, lesbiennes et personnes bisexuelles, s'inspirent et centrent leurs propos autour de la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé :

La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Il s'agit de la mesure de la capacité que possède un individu ou un groupe, d'une part, à réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et, d'autre part, à modifier ou à composer avec l'environnement (cité par Hellquist, 1996).

Si la définition de l'OMS présente un certain attrait, comment les hommes gais peuvent-ils espérer se l'approprier et l'articuler, afin de lui permettre de « s'appliquer » aux conditions et aux aspirations qui caractérisent leurs propres vies et mouvements sociaux? Le simple fait que l'Organisation mondiale de la santé ait attendu jusqu'à tout récemment, au tout début des années 1990 (Tafoya et Roeder, 1995), avant de radier l'homosexualité de la catégorie des maladies mentales peut contribuer à susciter une force d'impulsion, visant à s'assurer que sa définition de la santé s'articule en fonction des particularités des vies et préoccupations des hommes gais.

Un important contexte sociétal autour de la pénurie de définitions de la santé des hommes gais, en particulier des versions holistiques de la santé qui mettent en relief le bien-être et la santé optimale, s'énonce autour du fait que « les vies et les besoins des hommes gais/homosexuellement actifs, le sexe, le VIH et le SIDA mis à part, n'ont jamais vraiment été reconnus » (Aggleton, 2000). Les forces, les qualités et le ressort psychologique des hommes gais, sur les plans émotif, psychologique, spirituel et physique, n'ont pas nécessairement été le point de mire d'une préoccupation de nature sociétale. Aggleton (2000) propose qu'un examen minutieux de telles forces serve de tremplin dans le cadre des travaux futurs qui seront entrepris dans le domaine de la santé des hommes gais.

À l'exception de courtes caractérisations de la santé des hommes gais, on note l'existence de quelques tentatives, qui visaient à aborder un plus large spectre de questions relatives à la santé des hommes gais de façon telle qu'il en découle une définition implicite de la santé des hommes gais. Par exemple, le livre *The Gay Men's Wellness Guide* (Penn, 1997), un volumineux ouvrage que l'on doit à la *National Lesbian and Gay Health Association* (américaine), couvre la santé et le bien-être de type physique, émotif, mental et sexuel ainsi que, dans une certaine mesure, le mieux-être spirituel.

Santé de la population : ses possibilités et limites en matière de santé des hommes gais

3.1 Travail de prévention du VIH et approche axée sur la santé de la population : mode de prise en charge au Canada

3.1.1 De la promotion de la santé à un accent mis sur la santé de la population : évolution des politiques en matière de santé

Dans le paysage canadien, nombreux sont ceux qui, oeuvrant dans le domaine du travail communautaire en prévention du VIH, et de façon plus générale en santé communautaire, sont tout à fait familiers avec le concept de politique de promotion de la santé. Bien qu'un cadre d'action et une approche axée sur la santé de la population aient été officiellement entérinés voilà déjà six ans, ils semblent toujours relativement entourés d'un voile de mystère. Alors qu'à l'échelle internationale, les politiques de promotion de la santé s'imposent comme la norme, le Canada semble être le seul pays au monde qui, depuis ce temps, a accordé à son approche axée sur la santé de la population le statut de politique officielle. Comme tel, la politique canadienne axée sur la santé de la population peut être envisagée comme une expérience et un précédent à l'échelle internationale. Alors qu'à titre d'approche, le concept de la santé de la population fait l'objet d'études de plus en plus poussées sur le plan international, le Canada est perçu comme étant à l'avant-garde en matière de recherche et de formulation de politiques en santé de la population (Institute of Health Promotion Research, 1999).

En bref, la promotion de la santé est « le processus qui consiste à permettre aux gens d'augmenter le contrôle qu'ils exercent sur leur santé et de l'améliorer », tel que défini par la Charte d'Ottawa (OMS/Europe, 1986), adoptée en 1986 à la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, organisée au Canada. Un cadre de travail axé sur la promotion de la santé incorpore trois mécanismes :

- 1- l'autocontrôle, ou les décisions que prennent et les gestes que posent les individus dans l'intérêt de leur propre santé,
- 2- l'entraide, ou les gestes que posent les personnes pour s'aider les unes les autres à composer avec les problèmes et
- 3- des environnements sains, ou la création de conditions et de milieux propices à la santé (Santé Canada, 1986).

Trussler et Marchand notent que la Charte d'Ottawa esquisse un programme en matière de promotion de la santé :

- prendre soin les uns des autres,
- créer des milieux favorables,
- renforcer l'action communautaire,
- perfectionner les compétences qui multiplient les options en matière de santé,
- réorienter les services de santé dans le respect des besoins de la personne toute entière et
- mettre la santé à l'ordre du jour des responsables de l'élaboration des politiques à tous les niveaux (Trussler et Marchand, 1997b).

Depuis le milieu des années 1980, un cadre de travail axé sur la promotion de la santé a contribué à susciter et à soutenir les efforts et l'action de source communautaire en prévention du VIH au Canada (Wong, 1997a, Wong, 1997b, Trussler et Marchand, 1997b). Il est bien possible que la promotion de la santé, par l'entremise de sa programmation et de son soutien financier aux projets et aux organismes communautaires qui luttent contre le VIH et le SIDA, constitue un facteur contributif du nouveau changement de paradigme au Canada, qui privilégie la santé des hommes gais à la prévention du VIH.

Le Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) qui, depuis 1989, fait partie intégrante de la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA et qui demeure encore à ce jour la plus importante source nationale de financement au Canada pour le travail communautaire en prévention du VIH, semble à ce jour principalement inspiré par un cadre de travail axé sur la promotion de la santé.

Le changement officiel d'orientation pour un cadre de travail axé sur la santé de la population, par l'adoption en 1994 par le gouvernement fédéral canadien du document *Stratégies d'amélioration pour la santé de la population*, aussi connu comme *Le livre vert*, a constitué une incursion explicite en matière de programmation connexe au VIH. Toutefois, le concept de la santé de la population semble, actuellement, jouer un rôle influent au niveau de la programmation ou des directives de financement du PACS, plutôt que d'agir comme principe directeur. Parmi les orientations propres à un cadre de travail axé sur la santé de la population faisant partie intégrante du PACS, on retrouve un processus décisionnel fondé sur des données probantes, le fait d'aborder des déterminants précis de la santé et la formation de partenariats pour agir dans le cas de ces déterminants. Les principes du PACS, dans la mesure où ils s'apparentent à ses directives de financement, sont : la création de milieux favorables, la promotion de la santé pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les initiatives en matière de prévention, le renforcement des organismes communautaires, le développement communautaire, la promotion de la santé, les partenariats / la coopération, la santé de la population et l'évaluation (Santé Canada, 2000).

On trouvera ci-après une liste de caractéristiques propres tant au cadre de travail axé sur la promotion de la santé qu'à celui privilégiant la santé de la population, suscité par le changement officiel d'une politique pour l'autre (sans que cela corresponde nécessairement à un changement de programmation) dans le contexte canadien. Bien qu'une telle caractérisation s'avère parfois utile, elle comporte obligatoirement sa part de simplification à l'extrême.

Tableau :

caractéristiques d'un virage de la promotion de la santé à la santé de la population en matière de politique canadienne

De	À
Accent sur les processus aptes à permettre aux individus d'acquérir un meilleur contrôle sur leur santé.	Accent sur les résultats découlant de politiques et de gestes concrets et ce, dans le cas de nombreux déterminants de la santé.
L'éducation, l'organisation communautaire et la promotion et la défense des droits deviennent des processus permettant aux gens de se prendre en mains.	L'action multisectorielle à propos des inégalités, en particulier par l'entremise d'une redistribution des ressources.
La communauté est encouragée à participer à la définition en commun des priorités.	Processus décisionnel fondé sur les données probantes.
Focalisation sur le plan local, dans un climat de soutien aux efforts mis de l'avant par les groupes vulnérables, tels qu'identifiés par les organismes.	La préoccupation se porte du côté de la santé de la population générale (sur le plan statistique) et sur l'atténuation des inégalités en matière de santé qui sont le lot de populations précises.
Focalisation expérientielle.	Focalisation statistique et comparative.
Accent sur la prise en charge individuelle et communautaire.	Accent sur les conditions de vie mesurables de populations et sur les façons de les améliorer.
Démarche ascendante accompagnée d'un soutien vertical descendant.	Il est primordial d'instaurer des partenariats intersectoriels, multiniveaux, verticaux et horizontaux.
Accent à la fois sur la prévention de la maladie et sur la santé.	Accent sur la santé, à titre de mesure susceptible de permettre aux gens de s'adapter ou d'être à la hauteur des circonstances et des changements.
Accent sur l'atteinte de résultats à court, moyen et long terme.	Accent sur l'atteinte de résultats à moyen et à long terme.
Soulignement de plus vastes « prérequis » en matière de santé; pourtant, l'accent ne porte habituellement que sur les aspects psychosociaux.	Focalisation des études et de l'action sur de larges « déterminants » interdépendants de la santé.
Intégration de considérations écosystémiques.	Absence relative de la durabilité écologique à titre de facteur en matière de santé; à l'occasion, la durabilité est un « ajout ».

Les déterminants de la santé se présentent comme des « facteurs et des conditions qui exercent une influence sur la santé des individus et des communautés. Pour interpréter cette définition, il s'avère indispensable de comprendre que les déterminants de la santé n'agissent pas indépendamment les uns des autres » (Santé Canada, 1998a). La liste normalisée des « déterminants de la santé », actuellement reconnus par Santé Canada au niveau de son cadre de travail axé sur la santé de la population, sont les suivants :

- le niveau de revenu et le statut social,
- les réseaux de soutien social,

- l'éducation,
- l'emploi / les conditions de travail,
- les environnements sociaux,
- les environnements physiques,
- les habitudes personnelles en matière de santé et les capacités d'adaptation,
- le patrimoine biologique et génétique,
- le développement sain de la petite enfance,
- les services de santé,
- le sexe et
- la culture.

La recherche et l'établissement de rapports sur l'état de santé d'une population donnée, pour chacun des déterminants reconnus de la santé, ne constituent pas en soi une expression d'un cadre de travail axé sur la santé de la population. À la limite, un tel cadre de travail est sollicité, par exemple, en faisant appel à un processus coopératif se fondant sur les données probantes lors d'interventions touchant plusieurs déterminants, afin de s'attaquer à des problèmes sur l'étude de l'état de santé d'une population donnée (Santé Canada, 1998b).

Au cours des dernières années, la définition de la santé, que l'on retrouve dans la documentation examinée sur la santé de la population, s'est éloignée de celle qui veut que la santé s'apparente à un état de bien-être physique, mental et social ou à une qualité de vie. Définie en ces mots, la santé est perçue de façon à être confondue avec les déterminants de la santé et, en outre, il devient plus difficile de discuter de l'effet de la santé sur le mieux-être social et sur la qualité de vie. De préférence, « une approche axée sur la santé de la population reconnaît la santé comme étant une aptitude ou une ressource plutôt qu'un état », se référant à « la capacité des gens de s'adapter ou de réagir aux difficultés comme aux changements imposés par la vie ou de les contrôler » (Santé Canada, 1998b, *Institute of Health Promotion Research*, 1999).

Perceptions du concept de la santé de la population
dans le domaine de la prévention du VIH

On constate qu'une approche axée sur la santé de la population présente, auprès de diverses populations, des avantages éventuels précis dans le domaine de la prévention du VIH. Parmi ces possibilités, on retrouve par exemple celle de justifier un soutien et une participation accrues pour effectuer les changements qui s'imposent, dans le cadre de politiques plus vastes où la santé représente beaucoup plus que ce laisse présager sa définition classique (Trussler et Marchand, 1997a, Trussler et Marchand, 1997b). Selon Wong (1997a, 1997b), une approche axée sur la santé de la population ouvre des possibilités dans des domaines tels que la planification des programmes en matière de prévention du VIH; elle faciliterait l'approfondissement de notre compréhension des déterminants de la santé, ce qui aiderait à conjurer les crises du VIH et du SIDA. Il est possible, à bon droit, de situer les inégalités d'ordre socio-économique comme un déterminant central de la santé, de la maladie et de la vulnérabilité; en tant que telle, une

approche axée sur la santé de la population justifierait d'indispensables changements en profondeur des politiques en ce qui a trait aux inégalités d'ordre socio-économique (Institute of Health Promotion Research, 1999).

Pour les nombreuses personnes travaillant dans les domaines de la prévention du VIH et du SIDA, la transition qui s'est opérée, au cours du milieu des années 1990, de la promotion de la santé à la santé de la population au niveau de la politique du gouvernement canadien a néanmoins constitué un motif d'intense questionnement, de malaise même (de Burger, 1997), y compris celles qui en pressentaient en même temps les avantages éventuels.

Dans le domaine de la prévention du VIH, l'approche axée sur la santé de la population a été perçue comme une menace au maintien des percées importantes réalisées dans ce domaine par les efforts consentis par les organismes communautaires, percées souvent catalysées par une programmation et une approche axées sur la promotion de la santé (Riesch Toepell, 1997). Le concept de la santé de la population a suscité des préoccupations, à l'effet qu'il ne faciliterait pas le maintien de l'accent sur le développement communautaire dans des domaines comme celui de la prévention du VIH; une impression prévaut selon laquelle la documentation relative au concept de la santé de la population ne souligne pas, ni même ne mentionne, le développement individuel, de groupe ou communautaire (Wong, 1997a, Wong, 1997b, Trussler et Marchand, 1997b).

De même, le processus décisionnel quantitatif fondé sur les données probantes, qui caractérise une approche axée sur la santé de la population, suscite des hésitations dans un domaine où les ressources ne sont pas forcément suffisantes pour permettre la détermination et le suivi d'indicateurs mesurables exprimant une approche communautaire holistique. Dans le cadre d'une approche axée sur la santé de la population, la méthodologie qualitative utilisée pour effectuer des recherches sur le vécu en matière de VIH de membres vulnérables de la communauté semble inutile (Trussler et Marchand, 1997b).

Les indicateurs dominants de santé, utilisés dans le contexte du paradigme de santé de la population, se fondent en réalité sur l'inexistence de déficience ou de maladie; cela va à contre-courant de la perspective, propre au concept de promotion de la santé, de « qualité de vie » inhérente au vécu en matière de santé et bien-être qui, dans le cadre d'une approche axée sur la santé de la population, peut-être perçue comme « râtelant trop large » (Trussler et Marchand, 1997a, Trussler et Marchand, 1997b, Bourget, date inconnue).

Certains s'inquiètent aussi du fait que des initiatives plus urgentes en prévention du VIH pourraient être sacrifiées au détriment de stratégies d'amélioration de l'état de santé qui, en grande partie, s'avèrent encore non fondées, privilégient le long-terme et l'approche descendante et qui misent sur les effets de retombées générées par des initiatives stratégiques d'envergure qui sont le propre de l'approche axée sur la santé de la population (Riesch Toepell, 1997, Trussler et Marchand, 1997b). L'approche axée sur la santé de la population semble en gros peu sensible au rôle crucial joué par l'approche de promotion de la santé, en ce qui a trait à l'apport de connaissances indispensables au sujet des déterminants de la santé. Par exemple, le travail en prévention du VIH, fondé sur une approche de promotion de la santé, réalisé dans les prisons canadiennes a articulé la portée des droits de la personne dans les prisons à titre de déterminant crucial de la santé (Riesch Toepell, 1997).

Comme ce fut en grande partie le cas pour l'approche de promotion de la santé, lorsqu'elle a fait son apparition dans le paysage au milieu des années 1980, le cadre de travail axé sur la santé de la population a été condamné parce qu'il fournissait des motifs valables d'ordre idéologique pour entreprendre des compressions des coûts dans le milieu des soins de santé (Leonard, 1998).

De même, les perceptions demeurent excessivement floues quant au mode de prise en compte, par une approche axée sur la santé de la population, de communautés précises mais non identifiées qu'on réussissait avec raison à rejoindre grâce aux efforts entrepris dans un contexte de promotion de la santé, comme les personnes qui oeuvrent dans l'industrie du sexe, ou celles qui font usage de drogues injectables ou qui sont sans abri (Riesch Toepell, 1997).

Étant donné tout ce qui précède, personne ne sera étonné du fait que pour certains individus, évoluant dans le domaine de la prévention du VIH au Canada, une approche axée sur la santé de la population ne soit pas considérée comme une solution de rechange complète, ni viable ni souhaitable, à une approche de promotion de la santé, en particulier à l'égard de ses répercussions sur les programmes et le travail effectué sur le terrain (Trussler et Marchand, 1997b).

3.1.2 Promotion de la santé de la population : un modèle hybride classique

Avec l'adoption par le gouvernement canadien d'un cadre commun de travail axé sur la santé de la population fondé sur une approche de même type, on en est venu à proposer, tout particulièrement après avoir pris en considération les prolongements pratiques et les gestes à poser, d'autres cadres de travail ou modèles inspirés du concept de la santé de la population (Wong, 1997b). Quelques modèles, comme celui de la promotion de la santé de la population (Hamilton et Bhatti, 1996), se sont fortement inspirés, quasiment mot pour mot, de l'approche axée sur la santé de la population et ont exercé une forte influence au sein de Santé Canada. D'autres cadres de travail ou modèles, tels que celui de la santé transformationnelle (Trussler et Marchand, 1997b), ont assimilé plusieurs aspects de l'approche axée sur la santé de la population, tout en en écartant de nombreuses composantes.

Le concept de promotion de la santé de la population, présenté à titre de modèle à Santé Canada par Hamilton et Bhatti (1996), constitue l'expression dominante et la plus légitimée des cadres de travail inspirés d'une approche axée sur la santé de la population, qui se soit présenté comme une solution de rechange au cadre de travail adopté officiellement. Le modèle de promotion de la santé de la population s'efforce de démontrer à quel point il est possible de faire appel aux stratégies d'ensemble en promotion de la santé, pour prendre les mesures voulues à l'endroit de tous les déterminants de la santé recensés à l'intérieur du cadre d'action relatif à la santé de la population qui a été adopté. Le concept de promotion de la santé de la population « se veut un outil de planification et un point de départ à l'élaboration d'autres modèles conçus en fonction de besoins précis » (Hamilton et Bhatti, 1996). Le modèle n'a pas été expressément mis au point par rapport au travail en prévention du VIH, mais plutôt à titre de cadre de travail général. Toutefois, selon toute vraisemblance, il exerce une forte influence sur la programmation relative au VIH; actuellement, on peut peut-être considérer le PACS comme une programmation ayant subi l'influence, ou même comme étant encadrée par un modèle de promotion de la santé de la population.

Dans la documentation examinée, la promotion de la santé de la population, à titre de cadre de travail, est perçue comme invitant à la prudence. Par exemple, Wong (1997b) nous prévient que les concepts de santé de la population et de promotion de la santé, considérés individuellement comme cadres de travail, « possèdent une perspective singulière en matière de santé qui ne devrait pas être diluée par un regroupement forcé ». Leonard (1998) souligne qu'un modèle de promotion de la santé de la population émousse le tranchant de ce qui pourrait s'apparenter à une appropriation de plus en plus progressive et dangereuse du concept de la santé de la population. En vertu d'une telle version plus critique, les inégalités d'ordre socio-économique seraient positionnées comme un déterminant principal des déficiences en matière de santé et c'est sans compter les conséquences que cela entraînerait au niveau de l'affectation de ressources. Cela provoquerait la remise en question d'aspects économiques et idéologiques importants de la structure sociale canadienne existante, ce qui n'est pas le cas du concept de promotion de la santé de la population (Leonard, 1998). À titre d'interprétation « plus consensuelle et prudente » du concept de la santé de la population, la promotion de la santé de la population s'est répandue parmi les responsables de l'élaboration des politiques et des stratégies du gouvernement canadien (Leonard, 1998).

3.1.3 Santé transformationnelle : un modèle hybride de changement social

Tel qu'entrevu ci-dessus, Leonard (1998) souligne que la promotion de la santé de la population est limitée, en particulier en ce qui concerne son aptitude à s'attaquer aux importantes inégalités d'ordre socio-économique qui, au Canada, se répercutent sur la santé. Bien que Leonard se penche plus particulièrement sur des enjeux associés au VIH et ne fournit pas de plus amples renseignements sur ce à quoi pourrait s'apparenter une solution de rechange au concept de promotion de la santé de la population en plus de s'en emparer à des fins stratégiques, d'autres évoquent des perspectives et des modèles pouvant conduire à une approche plus transformative du concept de la santé de la population.

Jackson (1994), animée par une préoccupation à l'égard de l'approche relative à la prise en charge de soi individuelle et communautaire que soutient un cadre de travail axé sur la promotion de la santé, annonce une critique progressive du concept relativement conservateur de promotion de la santé de la population, en particulier en ce qui a trait aux conséquences occasionnées par le rôle que jouent les travailleurs du secteur de la santé publique et les associations. Selon elle, les deux principaux rôles dévolus à la santé publique par rapport aux déterminants de la santé s'apparentent : (a) au devoir des travailleurs du secteur de la santé publique de favoriser la prise en charge de soi et le perfectionnement des compétences chez les personnes marginalisées, afin qu'elles puissent elles-mêmes militer pour améliorer leur situation face aux déterminants de la santé, et (b) à l'obligation pour les associations de la santé publique de mettre à contribution leurs ressources et leur crédibilité, pour intervenir à proprement parler en faveur de changements d'orientation (Jackson, 1994).

Dès le début, Trussler et Marchand (1994), pour le compte d'AIDS Vancouver, ont élaboré un modèle critique et inventif de cadre de travail axé sur la promotion de la santé, qui incorporait des aspects de la théorie relative à la santé de la population formulée en 1991 par Frank Mustard. On y retrouve une insistance sur les micro-processus de développement communautaire, présentés comme élément indispensable aux initiatives communautaires locales, ainsi que sur les macro-connaissances des déterminants de la santé de nature sociale et structurelle. Proposant une méthodologie participative, Trussler et Marchand invitent les personnes directement touchées par les questions relatives au VIH à participer à

un effort commun de construction de connaissance, qui soit à la fois éducatif (tant dans ses intentions que dans ses effets), constructif sur le plan théorique et stratégique ou pragmatique (Trussler et Marchand, 1994). Dans la foulée de la mise en œuvre de cette méthodologie, et après y avoir greffé une analyse critique de cinq modèles de soins de santé, y compris celui relatif à la santé de la population, Trussler et Marchand ont ensuite proposé en 1997 un modèle de travail communautaire en prévention du VIH appelé santé transformationnelle (Trussler et Marchand, 1997b).

À titre de modèle mettant formellement l'accent sur le changement social, et privilégiant en même temps une approche communautaire axée sur la poursuite d'un processus, la santé transformationnelle soutient une interprétation socio-environnementale de la santé et de la maladie qui logiquement « nous conduit à l'adoption de méthodes et de remèdes sociaux pour les groupes et les communautés touchés par le VIH » (Trussler et Marchand, 1997b). Comme il s'agit d'un modèle d'apprentissage social, le processus s'accompagne de trois phases : « l'étude » (écoute du vécu relatif au VIH/SIDA), « la planification » (mise au point d'une stratégie), et « l'action » (mise sur pied de milieux et de réseaux sociaux de soutien). Le modèle incorpore l'analyse de déterminants (d'ordre individuel, interpersonnel, culturel et structurel) de la vulnérabilité par rapport au VIH sur le plan local et des modalités d'application de la stratégie à une vaste gamme de champs de pratique portant sur le VIH/SIDA (d'ordre interpersonnel, avec les organismes, communautaire et sociétal) (Trussler et Marchand, 1997b).

Pour s'attaquer aux problèmes relatifs au VIH, un modèle de santé transformationnelle, à l'opposé d'un modèle de promotion de la santé de la population, semblerait considérablement plus congruent face aux comportements courageux, ainsi qu'aux analyses et aux forces des organismes gais, lesbiens, bisexuels et ceux des personnes transgénérées au Canada.

Plutôt que de coller un cadre de travail définitif au travail de prévention du VIH, les efforts d'élaboration de modèles et de méthodologies de Trussler et Marchand ouvrent la voie à d'importantes possibilités de s'employer, de façon inventive, à la reconstruction des modèles de santé gouvernementaux dominants conçus en fonction de l'ensemble de la population canadienne.

3.2 La santé des hommes gais et l'approche axée sur la santé de la population au Canada

Quels sont les avantages éventuels et les limites d'un cadre de travail axé sur la santé de la population en matière de santé des hommes gais? Le cadre d'action en santé de la population du gouvernement canadien s'avère-t-il fructueusement pertinent, ou infructueusement discordant, avec le virage vers la santé des hommes gais et le repositionnement du processus de prévention du VIH dans le cadre de la santé des hommes gais? Sur le plan méthodologique, quelle est la façon la plus cohérente eu égard à la santé des hommes gais de trouver réponse à ces questions? Dans ce chapitre, nous nous efforcerons de mettre en lumière, de façon critique, ces questions.

C'est d'abord et avant tout grâce aux efforts, relatifs aux questions ayant trait au VIH, consentis par les hommes gais et leurs alliés que nous devons le changement concret de paradigme en faveur du concept de la santé des hommes gais. Par conséquent, il n'y aurait rien de surprenant à ce qu'un contexte analytique acceptable, bien que non exclusif, pour l'évaluation d'un modèle de santé de la population en

matière de santé des hommes gais soit constitué des travaux intellectuels et pratiques accomplis par les hommes gais et leurs alliés en ce qui a trait aux enjeux relatifs au VIH.

Pour examiner la pertinence pour la santé des hommes gais d'un cadre de travail axé sur la santé de la population, il faut s'inspirer et tabler sur les forces de ceux qui ont analysé la pertinence d'un tel cadre de travail pour le travail de promotion de la santé et de prévention du VIH. Cela suppose l'accroissement de la portée de leurs apprentissages et, à l'occasion la formulation d'extrapolations à partir de ceux-ci, afin d'aborder l'ensemble du panorama de la santé des hommes gais.

3.2.1 Avantages et possibilités offerts à la santé des hommes gais par le concept de la santé de la population

De tout temps, les organismes gais, et ceux issus d'alliances élargies, se sont révélés des agents catalytiques et des acteurs novateurs, pour ce qui est de donner un nom et d'aborder un large éventail de déterminants de la santé, y compris l'éducation, le niveau de revenu, l'environnement social incluant les droits de la personne, les appuis sociaux, les services sociaux et de soins de santé, l'emploi et les conditions de travail. De même, ils se sont montrés articulés et judicieux, au niveau de l'établissement des liens entre ces déterminants de la santé et les vies/circonstances entourant la mort et les niveaux de bien-être/oppression des hommes gais.

Par conséquent, l'importance de ce que l'on désigne sous le nom de déterminants de la santé au sein d'un cadre de travail axé sur la santé de la population, et des gestes posés à l'égard de ceux-ci, n'offre rien de nouveau aux communautés gaies; depuis de nombreuses années, ces dernières et leurs alliés ont joué un rôle de chefs de file au niveau des efforts déployés à l'égard de ces déterminants.

Au niveau du cadre d'action relatif à la santé de la population, ce qui semble davantage sortir des sentiers battus ou s'apparenter un peu plus à une nouveauté, c'est le fait d'y inclure, en toute légitimité, une étude minutieuse des domaines englobés par des efforts entrepris, et qui visent plus particulièrement des enjeux en matière de santé et même certaines questions très pointues relatives à la santé. Lorsque la notion de santé est remaniée (étendue) pour se définir comme « la capacité des gens de s'adapter ou de réagir aux difficultés comme aux changements imposés par la vie ou de les contrôler » (Santé Canada, 1998b, Institute of Health Promotion Research, 1999), on peut plus facilement saisir la correspondance, tout comme l'énorme contribution, consentie par les communautés gaies à l'égard de leur santé, par l'entremise de leurs efforts courageux et innovateurs à s'attaquer aux déterminants de la santé.

En définitive, un cadre de travail axé sur la santé de la population offre l'important bienfait de justifier la reconnaissance, l'intensification et l'apport de ressources additionnelles, afin d'agir dans des domaines où, historiquement, les hommes gais et leurs organismes se sont attaqués, soit de façon explicite ou implicite, à des questions étroitement associés à la santé. Cela viserait particulièrement, sans toutefois s'y limiter, des enjeux politiques.

La nécessité, particulièrement dans un cadre de travail axé sur la santé de la population, d'une concertation intersectorielle et multiniveaux ou de partenariats relatifs à divers déterminants de la santé offre une possibilité d'envergure de renforcement d'alliances classiques et de mise en place d'alliances nouvelles, en particulier dans le but de susciter, sans s'y limiter, des changements en profondeur de poli-

tiques. Une reconfiguration des alliances classiques pourrait susciter un niveau insoupçonné de créativité et d'efficacité.

Un modèle axé sur la santé de la population pourrait en outre ouvrir la porte à l'intensification d'efforts concertés pour s'attaquer à des inégalités sociales et systémiques, dans le but d'obtenir une diminution des inégalités ou des disparités en matière de santé entre diverses populations ou communautés.

De plus, l'approche holistique qui caractérise les nouvelles définitions propres à la santé des hommes gais permettrait manifestement de soutenir une exploration du concept de la santé de la population et de ses répercussions. Cela s'avère particulièrement juste lorsque par « holistique », on entend une description qui s'étend bien au-delà de celle des besoins individuels, pour englober une compréhension des aspects relationnels qualitatifs de la santé des hommes gais comme, par exemple, en ce qui concerne les rapports avec d'autres individus, avec des réseaux de personnes, avec des groupes ainsi que les conditions sociétales (Aggleton, 2000). Ce sens donné à la santé holistique, qui fait partie intégrante du nouveau paradigme de santé des hommes gais, s'amalgame solidement à un cadre de travail axé sur la santé de la population et à l'accent qu'il porte sur les conditions ou les facteurs qui incluent, tout en allant bien au-delà, le comportement individuel, les « habitudes de vie », les antécédents médicaux familiaux des personnes ou le bagage génétique, à titre de facteurs principaux et déterminants d'influence sur la santé. Le concept de la santé de la population possède la capacité éventuelle de propulser la santé des hommes gais, afin d'approfondir la signification relationnelle du mot holistique ainsi que la totalité de ses conséquences.

Un cadre de travail axé sur la santé de la population, avec son accent portant sur les effets et les résultats à moyen et à long terme, pourrait aussi se révéler un modèle opportun pour « prendre du recul » par rapport à l'action et à la planification stratégique proactive, qui sont mis en évidence par le virage vers la santé des hommes gais.

De même, il semblerait qu'un cadre de travail axé sur la santé de la population rejoint et soutienne la proposition d'une accentuation sur l'aspect identitaire ou communautaire qui caractérise la santé des hommes gais, de préférence à une focalisation comportementale sur les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

3.2.2 Limites et risques du concept de la santé de la population pour la santé des hommes gais

Simultanément aux vertus possibles, offertes par un cadre de travail axé sur la santé de la population, dans le virage vers la santé des hommes gais, on voit se profiler les limites de ce cadre de travail pour le paradigme naissant de la santé des hommes gais; ces limites sont nombreuses et, par moment, stupéfiantes, en particulier lorsqu'elles sont soupesées par rapport à d'autres modèles qui, eux aussi, incorporent une forte prépondérance de nature socio-environnementale.

Comme l'ont déjà énoncé ceux et celles qui étudient les limites d'une approche et d'un modèle axés sur la santé de la population en travail de prévention du VIH, celui-ci ne tient aucunement compte des forces de la promotion de la santé, et ne considère pas non plus la somme de connaissances engrangées par les personnes, tout particulièrement les travailleurs communautaires, qui ont procédé avec créativité à sa mise en œuvre.

Une des principales forces du modèle de promotion de la santé réside dans l'importance qu'il accorde aux processus qui contribuent à la prise en charge de soi individuelle et communautaire, lesquels processus, voisins de la missions des organismes communautaires, demeurent absents du discours sur le concept de la santé de la population. Dans le cadre dudit discours, l'action communautaire locale semble logiquement se limiter à l'obtention, par les organismes communautaires, de consensus au sein des divers secteurs composant la communauté élargie (privé ou commercial, parapublic et ainsi de suite) et les niveaux de gouvernement (local, régional, provincial et fédéral) pour que surviennent des changements fondamentaux de politiques sur divers déterminants inter-reliés de la santé. Bien que cela recèle des possibilités éventuelles d'avancement pour la santé des hommes gais, la portée en demeure limitée.

L'approche axée sur la santé de la population semble ignorer l'importance des approches communautaires d'apprentissage de l'autonomie pour l'identification, l'extension ou la redéfinition des déterminants de la santé. Souvent, le travail communautaire soutenu par un modèle de promotion de la santé, que la santé des hommes gais semble déterminée à ne pas laisser tomber, permet la mise en lumière de déterminants de la santé antérieurement camouflés ou voilés, susceptibles de remettre en question le discours politique et les politiques classiques (Hellquist, 1996) et même, peut-être, le discours composant la trame du cadre de travail actuel axé sur la santé de la population (Riesch Toepell, 1997).

L'attention que porte le modèle de la santé de la population sur le processus décisionnel fondé sur les données probantes, où ces données s'avèrent à toutes fins et intentions de nature quantitative, constitue une limite sérieuse à l'avancement de la santé des hommes gais, qui met de plus en plus l'accent sur la recherche qualitative et participative, les enjeux relatifs à l'identité et l'expérientiel, lesquels peuvent ou non englober des méthodes quantitatives par la même occasion. Le critère actuel de la santé de la population (en pratique) qui est l'absence de maladie pour mesurer l'état de santé, malgré ses définitions officielles de la santé qui incluent la santé optimale et le bien-être, présente un sérieux problème pour la santé des hommes gais.

La nécessité de partenariats au sein de la « communauté » élargie, qui fait partie intégrante d'un modèle axé sur la santé de la population, pourrait éventuellement amener les organismes de soins de santé des hommes gais et les groupes connexes à s'écarter de leur mission communautaire. Le concept de la santé de la population se montre enclin à présupposer qu'il existe un consensus au niveau des valeurs et des intérêts parmi les secteurs excessivement différents de la communauté élargie (par exemple, les entreprises de petite taille, de taille moyenne et les grandes sociétés, les résidents des localités, les organismes communautaires, les établissements parapublics, les organismes religieux, les divers niveaux de gouvernement, les populations marginalisées). De plus, l'approche axée sur la santé de la population semble considérer que le rôle dévolu aux organismes communautaires s'apparente à celui d'un animateur, responsable de susciter un tel consensus en faveur de changements fondamentaux de politiques à l'égard de divers déterminants de la santé, sans aucune considération en matière d'équité au sujet des rapports de pouvoir qui prévalent entre ces divers secteurs et, éventuellement, abstraction faite de la mission des organismes communautaires et de leur autonomie.

Un autre problème posé par un cadre de travail axé sur la santé de la population pour la santé des hommes gais réside dans l'ambiguïté, et les messages contradictoires éventuels, dont le cadre de travail serait porteur au sujet du rapport entre l'attention portée à la santé de la population générale et à celle

de groupements de population moins importants au sein de cette population générale élargie. Dans la documentation relative au concept de la santé de la population, cette ambiguïté semble s'être atténuée depuis le milieu des années 1990. Depuis 1994, alors que la santé de la population était officiellement entérinée comme politique fédérale, on a semblé accorder une prépondérance officielle accrue à la « diminution des inégalités en matière de santé qui prévalent entre les groupements de population » au Canada, à titre d'objectif incorporé au cadre de travail, de concert avec le « maintien et l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population » (Santé Canada, 1998b). Par conséquent, la promotion de gestes de prévention et d'actes positifs envers des déterminants qui affectent la santé de groupements précis de la population, en particulier ceux qui sont désavantagés par des rapports d'inégalité, semble maintenant officiellement confirmée (Santé Canada, 1999a). Cependant, un voile d'ambiguïté continue néanmoins d'entourer la signification exacte du mot « populations » dans un cadre de travail axé sur la santé de la population. Wong (1997b) note que Santé Canada a envisagé l'utilisation d'une approche privilégiant le « cycle de vie » (enfance et jeunesse, début et mitan de la vie adulte et vieillesse) pour la définition des populations, de même que l'appartenance selon le sexe, le statut d'autochtone et le niveau de faibles revenus. Par exemple, l'adoption dominante d'une approche privilégiant le « cycle de vie » laisse planer des « questions au sujet du traitement qui serait accordé, disons à la communauté gaie et lesbienne, au moment d'effectuer des coupes transversales de populations en fonction de certaines considérations propres à la santé » (Wong, 1997b). Par la même occasion, Wong (1997b) s'interroge à savoir si la définition ouverte de communauté, qui accompagne le concept de promotion de la santé (tirée des lignes directrices du PACS : « groupes de personnes qui se côtoient à l'intérieur d'un espace géographique ou groupes de personnes qui partagent certaines caractéristiques »), aurait sa place dans le cadre du concept de la santé de la population.

L'ambiguïté entourant la définition des populations au sein d'un cadre de travail axé sur la santé de la population, et ses conséquences, apparaissent évidentes dans le volumineux document *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, publié en 1999 par Santé Canada. S'appuyant sur un cadre de travail axé sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé* semble se contenter d'un seul renvoi fugace en ce qui concerne les hommes gais et les lesbiennes (non pas expressément à titre de populations ni de groupements de population, mais plutôt dans le contexte d'une discussion portant sur des « groupes très vulnérables en matière de suicide »). Cette pénurie d'attention subsiste et ce, malgré les objectifs déclarés en matière de santé de la population de ce document, y compris l'objectif « de diminuer les inégalités des conditions sous-jacentes qui contribuent à désavantager certains Canadiens au niveau de l'atteinte et du maintien d'une santé optimale » (Santé Canada, 1999b). Dans un cadre de travail axé sur la santé de la population, la légitimité des populations gais, à titre de populations, continue d'être entourée d'une certaine dose d'ambiguïté et celle-ci suscite des interrogations. Tel qu'énoncé dans l'introduction de ce document de travail, les raisons pour lesquelles les hommes gais ne sont pas pris en compte à l'intérieur de *Pour un avenir en santé* tiennent-elles au fait que, par exemple, statistiquement, à titre de groupement de population, il s'agit d'un groupe trop restreint pour faire l'objet d'une étude dans un cadre de travail axé sur la santé de la population ou qu'il s'avère tout simplement trop difficile de recueillir des statistiques sûres au sujet des hommes gais pour oser même s'aventurer à déterminer l'ampleur de la population? Est-ce pour cause d'homophobie et d'hétérosexisme que les hommes gais et l'orientation sexuelle ne sont pas pris en considération? Les hommes gais sont-ils faussement perçus comme appréciant une forme d'équité en ce qui concerne les

conditions de vie et la santé et, conséquemment, ignorés au niveau de l'équation de la diminution des inégalités associées à des groupements de population précis?

Le fait de s'attaquer stratégiquement à l'ambiguïté mentionnée ci-dessus s'accompagne d'un risque important. Après des années durant lesquelles ils ont été réduits au statut de problèmes médicaux ou de victimes déshumanisées, les hommes gais soulignent que le travail en matière de santé des hommes gais devrait commencer par une reconnaissance, une acceptation et une affirmation du ressort psychologique, des réserves de force et du courage des hommes gais (Aggleton, 2000, Rofes, 1998). Cependant, le fait d'aborder, de manière classique, l'ambiguïté du cadre de travail axé sur la santé de la population, pour ce qui est de considérer les hommes gais comme une population (et leur possible effacement), tout comme celle entourant l'orientation sexuelle de façon plus générale, pourrait facilement conduire les hommes gais à se repositionner eux-mêmes comme de simples victimes (d'inégalités tant en matière de conditions de vie que de santé), afin de manifester se « tailler une place » à l'intérieur du cadre de travail. Il semblerait que cela pose un défi de taille.

3.2.3 Appropriation critique du concept de la santé de la population par la santé des hommes gais

Sur le plan méthodologique, une approche axée sur la santé de la population, qui serait communautaire, progressiste ou transformative, devrait stimuler une participation ascendante, au moment de s'employer à tirer au clair ses résonance et dissonance simultanées avec la santé des hommes gais. Logiquement, une approche transformative apporterait son soutien à une libéralisation des moyens aptes à permettre une appropriation critique de la théorie et des principes du concept de la santé de la population par les individus oeuvrant au niveau communautaire, en se fondant sur leur questionnement et leur identification des problèmes, en tirant profit de leur immense réservoir de connaissances communautaires, de leur expérience et de leur champ d'expérimentation. Saisir l'occasion, soutenu en cela par les ressources nécessaires, de susciter la refonte, par ceux et celles qui oeuvrent au niveau communautaire, du concept de la santé de la population, pourrait constituer l'assise solide d'un processus d'élaboration participative des politiques qui ferait appel, de façon importante, à la participation de ceux et celles qui sont directement touchés par celles-ci.

Déterminants de la santé appliqués aux hommes gais

Préface

Les déterminants de la santé sont les facteurs et les conditions qui, selon la recherche, influencent l'état de la santé (Santé Canada, 1998b). L'un des principaux objectifs de ce chapitre consiste à donner un aperçu et à étudier les affirmations et, par moment, les omissions de la documentation examinée au sujet de chacun des douze déterminants de la santé (qui ont à ce jour été identifiés dans le cadre de la politique de Santé Canada) en ce qui a trait aux hommes gais. Bien que cet objectif s'avère important comme tel dans le contexte de ce document de travail, il s'accompagne en même temps de celui de souligner les perceptions à l'égard du (des) type (s) d'influence que semble (nt) exercer chaque déterminant de la santé sur la santé des hommes gais, en prenant en compte les nouvelles définitions de la santé de ces hommes. En temps normal, il peut s'avérer plus ardu d'atteindre ce dernier objectif, puisque la documentation ne regorge pas explicitement d'information relative à ces influences sur la santé des hommes gais.

Santé Canada reconnaît que, dans le contexte canadien, un cadre de travail axé sur la santé de la population est flexible et qu'il se situe à l'intérieur d'un processus dynamique de développement. Par exemple, on reconnaît que la nature et l'étendue des déterminants, utilisés dans le cadre de la politique de Santé Canada, ne sont pas « coulés dans le béton »; on croit plutôt que la liste standard des douze déterminants de la santé « est susceptible d'évoluer au fil de l'accroissement des connaissances dans le domaine » (Santé Canada, 1998b). Le fait de participer activement à l'instauration progressive d'un cadre de travail axé sur la santé de la population, en particulier dans la mesure où les vies des hommes gais en sont affectées, constitue une expression de leur vitalité, un processus inhérent à la prise en charge de soi individuelle et communautaire.

Par exemple, les connaissances mises à jour en matière de santé des hommes gais suggèrent d'étendre la portée des déterminants de la santé pour y inclure les *Conditions appuyant les choix d'affirmation de l'orientation sexuelle*. Cette catégorie sera incluse à la liste classique des déterminants retenus par Santé Canada. La poursuite des travaux dans le domaine de la santé des hommes gais suscitera, dans doute, d'autres changements ou l'ajout d'autres déterminants de la santé et du bien-être des hommes gais au Canada.

Tel qu'indiqué dans ses grandes lignes ci-dessous, la documentation examinée montre que, au Canada, les hommes gais et leurs communautés doivent faire face à des disparités, à des inégalités, de même qu'à d'importantes vulnérabilités, par rapport aux déterminants de la santé. D'autre part, de tout temps et encore aujourd'hui, les hommes gais se sont courageusement attaqués à ces inégalités en faisant appel à diverses pistes de solutions, tant individuelles que collectives.

Tout au long de ce chapitre, il est crucial de souligner que dans le cas de chacun des déterminants de la santé évoqués, la santé et le mieux-être des hommes gais au Canada ne sont pas uniquement influencés par la dynamique de l'hétérosexisme et de l'homophobie, bien que ces derniers puissent exercer une influence très considérable. « L'homophobie, le racisme, la discrimination fondée sur la capacité physique, les préjugés de classe et d'autres formes de stéréotypes et de discrimination constituent des facteurs qui concourent à accroître la vulnérabilité des hommes gais à une variété de préoccupations en matière de santé » (McInnis et Kong, 1998). Les hommes gais constituent un groupe d'individus qui proviennent d'un éventail diversifié de communautés superposées. De même, tous les hommes gais pos-

sèdent de multiples identités et se positionnent à de multiples paliers (non pas seulement des hommes gais perçus par la société comme « minoritaires »), tout comme les hommes gais sont associés à une appartenance ethnique et sexuelle et s'apparentent à une classe sociale ainsi qu' à une orientation sexuelle (Fung, 1995). Seuls peut-être les hommes gais positionnés parmi les plus privilégiés (en ce qui a trait à la classe sociale, à l'origine raciale, au sexe, à la religion, à la langue, à l'origine ethnique et ainsi de suite) seront vraisemblablement en mesure d'éprouver le sentiment que l'hétérosexisme et l'homophobie constituent les seuls obstacles sociétaux réels, dans le cas d'un déterminant donné de la santé ou pour ce qui est de partager la qualité ou le niveau d'état de santé dont jouit la population canadienne en général, car il est possible que cette vision soit celle qui se rapproche le plus de leur propre vécu.

Dans la même veine, le ressort psychologique manifesté par les hommes gais et leurs communautés n'est pas uniquement attribuable aux gestes courageux qu'ils ont posé en présence de la dévastation provoquée par l'hétérosexisme et l'homophobie. Le ressort psychologique déployé par les hommes gais est aussi nourri, et renforcé, par la résistance personnelle et communautaire à d'autres formes inter-reliées d'attitudes oppressives, telles que le racisme, l'antisémitisme, les préjugés de classe, la discrimination fondée sur l'âge, le sexisme et ainsi de suite, de même que par un passé communautaire de fierté sur le plan de la résistance et de la tolérance.

4.1 Niveau de revenu et statut social

Le niveau de revenu et le statut social semblent les déterminants de la santé les plus importants, en ce qui a trait à la population générale. Au sujet de la population canadienne en général, il a été démontré que le niveau de revenu affecte de façon positive tant la perception qu'ont les gens de leur santé que leur santé elle-même, tel que définie en termes classiques. Pour chaque échelon gravi dans l'échelle des revenus, un accroissement de la probabilité d'une excellente santé se fait sentir (Santé Canada, 1994).

Néanmoins, la santé de la population ne semble pas bénéficier outre mesure de la croissance économique soutenue que connaissent des pays déjà prospères. Pour occasionner des effets positifs sur l'état de santé de la population générale, l'accentuation de la croissance économique ne joue un rôle-clé que dans les pays où le revenu par habitant est relativement peu élevé. Dans les pays développés, y compris le Canada, l'instauration d'un revenu équitable et la redistribution des richesses et des ressources au sein d'une population a un effet déterminant plus important sur l'état de santé de leurs concitoyens que celui procuré par la croissance économique (Hamilton et Bhatti, 1996, Société canadienne du sida, 1996, Santé Canada, 1999a).

Dans la documentation relative à la santé de la population, le statut social semble invariablement s'apparenter au statut socio-économique (historique et actuel). L'origine sociale et le statut sur le plan professionnel exercent une influence au niveau des effets sur la santé. Le statut social est perçu comme affectant la santé « par la détermination du niveau de contrôle que les gens exercent sur les problèmes de la vie courante et, conséquemment, leur capacité à poser des gestes » (Hamilton et Bhatti, 1996).

Il est concevable de croire que l'on puisse étendre la définition accordée par la documentation à l'expression « statut social », à des considérations qui dépassent les origines sociales, la position atteinte dans l'échelle sociale et le statut sur le plan professionnel. En effet, aux yeux de nombreuses personnes composant la majorité hétérosexuelle, les hommes gais sont homophobiquement perçus comme possédant

un statut social moindre. Cette réalité est souvent rendue très tangible par l'imposition d'un traitement différencié, souvent dégradant, sur le plan des rapports interpersonnels et au-delà; souvent, ce traitement a été entériné et exacerbé par les lois et les règlements du gouvernement, mis en application par des institutions hétérosexistes (Ryan et al., 1998). Selon toute vraisemblance, une telle définition élargie du statut social concordera avec le vécu de nombreux hommes gais.

Cependant, le recours élargi à la classe sociale engendre un dilemme de taille : il risque de contribuer à la disparition, dans le cadre du discours sur la santé des hommes gais, de l'origine sociale, de la position atteinte dans l'échelle sociale et du statut sur le plan professionnel et, par voie de conséquence de minimiser la portée de leur influence. Par exemple, il appert que les hommes gais d'origine modeste et ceux qui appartiennent à la classe ouvrière, des hommes gais qui, après de nombreuses luttes, occupent toujours des emplois peu rémunérés dans des industries de services, ou qui oeuvrent dans la rue comme travailleurs du sexe, demeurent souvent absents du discours général que tiennent et des considérations que privilégient les communautés gaies en vue et, ou bien ils ne sont pas évoqués (honte implicite), ou ils sont étiquetés de façon exotique par les hommes gais de classe moyenne comme des « durs » ou tout simplement mis de côté ou rendus invisibles par les hommes gais de classe moyenne. Il est possible que cette situation ait été aggravée par la toute récente frénésie des stratégies de commercialisation sélective ciblant les personnes qui, au sein des communautés gaies, occupent une situation financière plus avantageuse et qui, par conséquent, sont représentés avec plus d'emphase dans la publicité et les médias comme étant « représentatifs » et présentant « de la valeur ». Il semblerait que de telles tendances se répercutent sur la santé et le bien-être des hommes gais et aussi, éventuellement, forcent les communautés gaies en vue à une plus grande responsabilité. Ce dilemme est soulevé à titre de sujet nécessitant un certain approfondissement.

Généralement, les hommes gais sont vus comme des personnes qui disposent d'un revenu supérieur à celui de la population générale (Penaloza, 1996). Un ensemble de facteurs, dont les suivants, semble avoir donné naissance à ce mythe :

- des stratégies du marketing, gais ou non, axés sur les activités commerciales et à la recherche de clients dans le cadre de stratégies de commercialisation orientées vers les communautés gaies, ou même vers les médias ayant ciblé la clientèle gaie, et qui s'emploient à promouvoir les hommes gais comme un « marché rêvé » disposant de revenus annuels de l'ordre de milliards de dollars (Penaloza, 1996, Wardlow, 1996);
- des organisations de droite d'allégeance chrétienne qui insistent pour affirmer que les hommes gais ne sont pas opprimés, et que leurs préoccupations s'assimilent à celles de « groupes d'intérêts » plutôt qu'à des enjeux touchant les droits humains et dignes d'une responsabilité sociétale élargie;
- des études qui misent sur des comparaisons entre les revenus des gais et des lesbiennes et ceux de la population générale, en se fondant sur des données recueillies par les services des ventes et du marketing de publications gaies et lesbiennes dont les lecteurs, par définition, ne sont pas représentatifs du courant principal de l'ensemble des consommateurs gais, et qui auraient pour effet de gonfler le revenu moyen des gais et des lesbiennes (Lukenbill, 1995, Penaloza, 1996);

- la probabilité que les gais économiquement mieux nantis soient plus susceptibles de l'afficher ouvertement et donc, qu'ils soient plus accessibles aux démarches d'étude de marché (Bowes, 1996).

Selon le *Yankelovich Monitor Survey*, les revenus des hommes gais sont en réalité inférieurs à ceux des hommes hétérosexuels; cette réalité s'applique autant au revenu personnel moyen qu'au revenu moyen du ménage (Lukenbill, 1995). Le *Yankelovich Monitor Survey* constitue une étude crédible, parce qu'il a fait appel à un échantillon représentatif et auto-sélectionné sur le plan national (É.-U.) de gais et de lesbiennes (Penaloza, 1996).

Le *Yankelovich Monitor Survey* démontre également que les revenus moyens (tant sur le plan personnel que sur celui du ménage) des lesbiennes, bien que légèrement supérieurs à ceux des femmes hétérosexuelles, demeurent toujours substantiellement inférieurs à ceux des hommes gais (Lukenbill, 1995), ce qui reflète des inégalités générales entre les sexes.

Les statistiques du *Yankelovich Monitor Survey*, une publication américaine, suggèrent l'existence possible, parmi les hommes gais, de niveaux de pauvreté plus importants (81 % d'entre eux se situent dans le dernier quart pour ce qui est de la catégorie du niveau de revenu) que chez les hommes hétérosexuels (65 % d'entre eux appartiennent à la même gamme de revenus inférieurs) (Lukenbill, 1995).

La pauvreté et les hommes gais selon les études canadiennes

Une enquête canadienne semblable à celle *Yankelovich Monitor Survey*, menée auprès d'hommes gais et de lesbiennes, un sondage qui englobait les niveaux de revenus, ne semble pas avoir été publiée. Hellquist (1996), pour le compte de *Gay and Lesbian Health Services* de Saskatoon, nous remémore les difficultés inhérentes au fait de sonder les communautés gaies, lesbiennes et bisexuelles; un vaste nombre de personnes choisissent de demeurer incognito, de ne pas s'identifier à quiconque effectue une étude ou un sondage au sein de la communauté; en conséquence, un nombre important de gens à l'intérieur de ces communautés se retrouvent souvent exclues. Et, comme le souligne Bowes (1996), ceux et celles qui s'avèrent plus vulnérables, sur le plan économique, sont plus susceptibles de faire partie des personnes exclues de ces enquêtes.

Au Canada, une étude communautaire souligne (plutôt que de tirer des conclusions à cet égard) l'existence de « niveaux élevés de pauvreté » parmi les lesbiennes, les hommes gais, les personnes bisexuelles et transgenres (Perchal et Brooke, 1995). Dans une autre étude communautaire, mettant à contribution cinq années de travail sur des questions relatives à la santé auprès d'une population locale canadienne, on souligne que « notre expérience révèle l'existence d'un nombre disproportionné de lesbiennes, d'hommes gais et de personnes bisexuelles touchant des prestations d'aide sociale » (Hellquist, 1996). La documentation examinée ne fait aucunement état de la présence d'un nombre disproportionné d'hommes gais souffrant d'invalidités attribuables à des problèmes psychologiques. Bien que les travailleurs communautaires soient souvent d'avis qu'il existe une vaste classe marginale sur le plan économique au sein des communautés gaies, y compris des personnes vivant d'aide sociale, associée à leur identité gaie, de telles indications demeurent anecdotiques ou au niveau

d'impressions individuelles dans la documentation examinée; cela laisse supposer la nécessité d'un approfondissement de la recherche. Dans un même ordre d'idées, un nombre disproportionné d'hommes gais semblent éprouver des problèmes avec la justice ou incarcérés et pourtant, aucune allusion à ce fait ne transpire de la documentation examinée; à nouveau, une recherche accrue s'impose.

Les personnes transgénérées, dont certaines peuvent aussi s'identifier comme gaies, supportent des frais excessivement élevés pour la chirurgie de conversion sexuelle (laquelle est considérée comme une opération plastique/esthétique), les frais de déplacement pour le traitement chirurgical, l'électrolyse et la rééducation vocale. De plus, les personnes transgénérées peuvent aussi éprouver des difficultés à occuper un emploi à cause de la discrimination.

Par ailleurs, une courte étude a découvert qu'environ un cinquième des lesbiennes, des hommes gais et des personnes bisexuelles étaient convaincus qu'ils n'avaient pas été embauchés pour cause de discrimination (fondée sur l'orientation sexuelle) en matière d'emploi (Perchal et Brooke, 1995). Le Congrès du travail du Canada (1994) souligne que les hommes gais et les lesbiennes se voient systématiquement refuser des emplois. Dans un rapport de recherche, une association canadienne de personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgénérées, oeuvrant dans le domaine de la santé, note que, bien que les participants à son étude ne constituaient pas un échantillon aléatoire, la plupart d'entre eux appartenaient à la catégorie des bas salariés, et elle esquissait un modèle illustrant les possibilités limitées en matière de revenu qui étaient prévisibles parmi les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgénérées (Taghavi, 1999). Lors d'une étude sur les besoins en matière de santé des gais et lesbiennes du Nouveau-Brunswick, les participants ont mentionné que leur cheminement de carrière était limité par leur orientation sexuelle (Olivier et Targett, 1993).

Les personnes vivant avec le VIH au Canada, dont la plupart sont des hommes gais (Myers, Godin, Calzavara et al., 1993), sont souvent pauvres ou aux prises à de graves difficultés financières, attribuables souvent à des enjeux liés aux politiques gouvernementales, y compris des critères inégaux en matière d'assurance-emploi (AE), un accès réduit aux prestations d'assurance-emploi et les coûts exorbitants des produits pharmaceutiques pour ceux qui vivent au-dessus du seuil de subsistance que procurent les prestations d'aide sociale (Clarke, 1994, Société canadienne du sida, 1996). On peut supposer que cette situation a provoqué des répercussions profondes et nuisibles sur le bien-être économique des communautés gaies. La situation financière en dents de scie, l'incertitude et la misère qui accompagnent habituellement le fait de vivre avec le VIH pourraient difficilement ne pas avoir occasionné de conséquences négatives sur le mieux-être et l'état de santé globaux, d'ordre mental, émotif, physique et spirituel des communautés gaies canadiennes.

Un nombre disproportionné d'adolescents et de jeunes gais se retrouvent sans abri (Santé Canada, 1996, Hellquist, 1996). L'orientation sexuelle constitue un facteur majeur, qui amène les jeunes à se retrouver et à demeurer à la rue (Association canadienne de santé publique, 1998), mode de vie qui se caractérise par une grande pauvreté et, souvent, par des conditions qui s'assimilent à la survie. Plus d'un quittent leurs familles à cause d'un rejet de

nature homophobe ou par crainte d'être rejetés; plusieurs jeunes se sentent dans l'obligation de quitter leur ville natale pour des telles raisons, en particulier s'ils sont originaires de régions rurales.

Les hommes gais forment une coupe transversale d'un assemblage de communautés, y compris celles qui se caractérisent par une pénurie de capitaux à leur disposition où l'on retrouve un fort taux de chômage. Par exemple, les hommes bispirituels font partie de populations et de nations plus étendues, qui s'efforcent souvent de s'attaquer à des niveaux de pauvreté et de chômage renversants. Dans les communautés canadiennes antillaises de langue anglaise, par exemple, le chômage est source de préoccupation (*Many Voices*, date inconnue). De nombreux hommes gais originaires des régions rurales du Canada, en particulier celles qui traversent une période d'érosion ou de restructuration de leur économie fondée sur l'exploitation des richesses naturelles, peuvent se retrouver sans emploi de façon disproportionnée. Le fait de s'attaquer aux problèmes de disparité de revenus, de chômage et de pauvreté chez les hommes gais supposerait donc, en toute logique, que l'on aborde de front les mêmes enjeux au sein de l'ensemble des communautés auxquelles les hommes gais appartiennent.

Dans l'analyse d'une étude portant sur l'accès aux soins de santé de la population vancouveroise, Hamid Taghavi (1999) soulève des questions-clés, en ce qui concerne leur pertinence dans un cadre de travail axé sur la santé de la population, au sujet des données relatives aux revenus fournies par les participants. Parmi les questions de Taghavi, on retrouve :

- « De quelle façon la santé des individus gais, lesbiens, bisexuels et transgénérés (GLBT) est-elle affectée par leur revenu?
- Quels sont les déterminants de la santé qui, plus fortement que les autres, portent atteinte au revenu des individus gais, lesbiens, bisexuels et transgénérés (GLBT)? » (Ibid.)

L'analyse de questions de cette nature à un micro-niveau pourra servir d'outil d'information complémentaire, au niveau d'études visant à approfondir les connaissances, à un macro-niveau, de la relation entre le niveau de revenu des hommes gais et leur santé.

En s'inspirant d'un modèle classique de santé de la population, une intervention portant sur le revenu et le statut social, à titre de déterminants de la santé en ce qui a trait à la santé des hommes gais, nous conduirait logiquement à réaliser des recherches plus poussées sur les données statistiques comparatives relatives aux caractéristiques de revenu et de classe des hommes gais, y compris les niveaux de pauvreté chez les hommes gais. Cependant, il est fort possible que cela ne s'avère pas une avenue stratégique prioritaire très appropriée. Bowles (1996) et Hellquist (1996) soulignent tous les deux les difficultés majeures associées aux sondages effectués auprès des hommes gais, en particulier en ce qui concerne l'exclusion des plus socialement vulnérables d'entre eux. Par exemple, on perçoit que les hommes gais qui présentent une plus grande vulnérabilité sur le plan économique sont moins susceptibles de s'identifier comme gais au moment des sondages. D'ici à ce que l'on assiste à une atténuation sensible de l'homophobie et de l'hétérosexisme, il pourrait s'avérer à la fois inefficace et improductif de mobiliser des ressources pour procéder à de telles enquêtes.

Dans ce domaine, il est possible que la recherche qualitative puisse constituer une avenue plus pertinente que la seule recherche quantitative. La recherche qualitative tirerait profit de l'adoption d'une approche participative (Hagey, 1997, Trussler et Marchand, 1997b), en vertu de laquelle un vaste éventail d'hommes gais, sur le plan socio-économique, serait mobilisé, dans le cadre de la définition ou de l'administration des questions de la recherche et de l'identification et de l'implantation de solutions ou de pistes de réponse éventuelles, afin d'aborder les situations qui les touchent. Bien que l'étude du revenu et du statut social dans les communautés gaies constitue une forme prioritaire d'intervention, l'exploration de leurs répercussions réelles et perçues sur l'état de santé individuel et communautaire en est une autre. À la lumière de ces répercussions, perçues et réelles, quels gestes les hommes gais posent-ils pour s'occuper efficacement de leur santé, plutôt que de tout simplement devenir les victimes des circonstances qui sont les leurs? Mis à part les conséquences de la pauvreté sur le risque de transmission du VIH et de progression de la maladie dans la population générale (qui englobe néanmoins nombre de communautés gaies canadiennes), la documentation canadienne semble très chiche de renseignements au sujet des effets perçus et réels du niveau de revenu et du statut social sur la santé et le mieux-être des hommes gais.

Comme on retrouve des hommes gais à la grandeur du spectre de la population, une diminution des inégalités, en matière de répartition des revenus à l'intérieur du Canada, devrait en règle générale avantager leur état de santé global. Toutefois, une tendance à l'accroissement de l'écart dans les revenus semble se dessiner. Par exemple, le *Centre for Social Justice* de Toronto a découvert, qu'entre 1973 et 1996, le fossé s'est considérablement creusé entre les revenus moyens des 10 % de familles avec enfants les plus riches et la tranche de 10 % des familles avec enfants les plus démunies. Le renversement de la tendance à un accroissement de la répartition inégale de la richesse constitue un défi, qui semblerait forcer le recours à des stratégies multiples.

Nonobstant le fait que les niveaux de revenu et de statut social des hommes gais soient égaux ou non à ceux des hétérosexuels, il importe de souligner qu'il se peut que le défi en soit un d'établissement de stratégies d'amélioration du mieux-être économique, visant tout particulièrement les membres des communautés gaies qui vivent dans la pauvreté, qui s'articuleront de telle sorte à miser sur les forces des hommes gais et de leurs communautés. Parmi ces forces, on retrouve, par exemple, les efforts qu'ils consacrent à l'instauration d'alliances, le travail d'organisation et de défense des intérêts accompli de concert avec les communautés des lesbiennes, des personnes bisexuelles et transgenres et en collaboration avec d'autres communautés ou groupements de population marginalisés du point de vue historique.

De même, s'il fallait que la nature des préoccupations s'étende au-delà de l'enjeu de « sens commun » d'une égalité statistique (avec les hétérosexuels), pour englober les valeurs de prise en charge individuelle et communautaire propres au concept de promotion de la santé de la population, les stratégies relatives à la croissance économique et à la redistribution pourraient alors se doter de processus participatifs de développement économique communautaire ayant une portée stratégique pour la santé et le bien-être. Ces processus sont préoccupés par une démocratisation tant du domaine de l'économie que de celui du

processus décisionnel au niveau communautaire, et au sein de ce dernier. Les hommes gais, par l'entremise des alliances et des liens tissés avec leurs communautés, pourront alors être soutenus dans leurs tentatives d'étendre au domaine de l'économie la portée du contrôle qu'ils exercent sur leur vie, de même que leur aptitude à poser des gestes dans ce domaine. Cela renforcerait tant les individus que les communautés et, de façon cohérente, améliorerait leur santé et leur mieux-être.

Cependant, la valeur de processus participatifs de ce genre, qui tentent de marier des objectifs et des valeurs tant de nature sociale qu'économique, ne suffirait pas. Il semblerait que l'on se doive de les associer à des mesures visant à s'attaquer efficacement à des enjeux politiques plus ambitieux, tels que la réparation des ravages subis par les programmes de sécurité du revenu, tels qu'une réforme de l'assurance-emploi et de l'aide sociale qui soit cohérente avec la vie des hommes gais, y compris ceux qui vivent avec le VIH, de même qu'à des enjeux liés à la répartition des ressources en ce qui a trait à la fois à la fiscalité et, par exemple, à l'obligation pour les banques de réinvestir une proportion de leurs profits dans les communautés locales (comme c'est le cas aux États-Unis). De telles stratégies sont mises de l'avant, à titre de questions devant être formulées au cours de l'exploration relative au revenu et au statut social des hommes gais au Canada et à leur incidence sur la santé. Il semblerait qu'un modèle transformatif de la santé présente des liens de compatibilité avec des questions méthodologiques et stratégiques de cette nature. Il semblerait que les processus et les résultats, obtenus à la suite d'une prise en charge individuelle et communautaire d'un domaine de la vie (l'économie dans le cas présent), procureraient des retombées positives qui s'étendraient à et occasionneraient un sentiment accru de contrôle dans d'autres aspects de la vie (par exemple, pour les habitudes en matière de santé et les capacités d'adaptation personnelles). Une telle approche holistique ou globale aux processus de prise en charge de soi, en ce qui concerne la vie des hommes gais, s'avère digne de recherche additionnelle.

4.2 Conditions appuyant les choix d'affirmation de l'orientation sexuelle

Hellquist (1996) affirme que « les hommes gais qui ne se sentent pas capables de vivre au grand jour leur orientation sexuelle sont confrontés à des risques accrus d'éprouver de nombreux problèmes sociaux et de santé ». De multiples documents de recherche et études communautaires font écho à ce point de vue. Par exemple, une enquête bibliographique, portant sur des articles traitant de la santé des hommes gais, rapporte l'existence d'un consensus dans la documentation examinée, à l'effet que le processus de sortie semble s'affirmer comme le principal vecteur sur lequel s'articulent les problèmes associés à l'identité, à la santé en matière de sexualité, à la santé gaie et à l'accès aux soins de santé (Jalbert, 1999). Selon les résultats d'un groupe-focus sur la santé des hommes gais, réunissant des francophones et s'étant dernièrement déroulé à Montréal, la proportion la plus importante des difficultés apparentées au fait d'être gai est reliée au processus de sortie (Ryan, Groupe-focus francophone, 2000). L'organisme (américain) *National Lesbian and Gay Health Association* (NLGHA) est convaincu que le fait de vivre ouvertement son

homosexualité contribue à l'état de santé et de mieux-être global des hommes gais (Penn, 1997). À cet égard, le guide relatif à l'état complet de bien-être de l'Association est sans équivoque :

Le défi unique de loin le plus important, sur le plan du développement, se dressant devant les membres des communautés lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres est le dévoilement de l'orientation sexuelle. Nous ne vivons pas encore dans une société, où les gens ne présumant pas ou ne prennent pas tous pour acquis l'hétérosexualité de chaque individu. Par conséquent, chacun d'entre nous est confronté sans arrêt à l'alternative de sortir du placard ou d'accepter en silence la présomption de l'hétérosexualité universelle (Penn, 1997).

Le défi profond sur le plan du développement, que constitue la divulgation de l'orientation sexuelle, est particulièrement chargé de difficultés chez les jeunes, alors que la plupart des adolescents gais semblent connaître leurs premiers fantasmes ou désirs homosexuels entre 11 et 12 ans environ (Anderson, 1995). Les choses étant ce qu'elles sont, habituellement, ce n'est que beaucoup plus tard que se produit la divulgation de l'orientation sexuelle, car :

« (...) durant une période d'au moins six ans, il ou elle est susceptible de garder le silence absolu au sujet de son orientation sexuelle. Durant tout ce temps, l'adolescent gai endure un stress intense à cause de sentiments de honte, de haine de soi, de détresse et de solitude associés à cette orientation » (Association canadienne de santé publique, 1998).

Au même moment, dans le cadre du processus de sortie, les jeunes gais peuvent être confrontés à diverses formes de discrimination fondée sur l'âge, alors qu'on leur dira souvent qu'ils sont trop jeunes pour vraiment connaître leur orientation ou leur identité sexuelle. D'autres, sans égard à l'âge chronologique, soulignent également les nombreux facteurs psychosociaux de stress et les défis relevés au moment du processus de sortie (Olivier et Targett, 1993). Ces facteurs de stress, aggravés par l'isolement cognitif, émotif, social et physique, mènent souvent à la dépression et suscitent des idées suicidaires (Association canadienne de santé publique, 1998). On souligne de façon alarmante les taux élevés de suicide, que l'on retrouve à la fois chez les jeunes et les hommes gais (Hellquist, 1996). Au cours d'une étude menée auprès de 750 hommes âgés de 18 à 27 ans à Calgary, on a découvert que les hommes gais et bisexuels étaient 13,9 fois plus susceptibles d'effectuer une tentative de suicide sérieuse, ce qui concorde avec des conclusions antérieures (Bagley et Tremblay, sous presse). En présence des écrasantes difficultés vécues, alors que le processus de sortie s'effectue dans un contexte de conditions sociales discriminatoires et ce, tout particulièrement parmi les jeunes, on nous remémore en même temps que « la plupart des adolescents gais réussissent à survivre à l'adolescence » (Unks, 1995), ce qui ramène à la surface le courageux ressort psychologique et la ténacité des hommes gais, jeunes et plus âgés.

Étant donné l'importance décisive que présente le processus de sortie, dans le contexte de la santé et du développement des hommes gais, les modèles de divulgation de l'orientation sexuelle ont été au centre de nombreuses recherches. Penn (1997) soumet quelques modèles d'affirmation, par rapport à soi-même et aux autres, de l'orientation sexuelle :

- recherche de soi préalable au processus de sortie, dévoilement de l'orientation sexuelle, exploration, établissement d'un premier rapport interpersonnel, intégration (E. Coleman);
- sensibilisation, signification - confusion/dissociation, dévoilement de l'orientation sexuelle, engagement (K. Plummer, R. Troiden);

■ confusion identitaire, comparaison identitaire, tolérance identitaire, acceptation identitaire, fierté identitaire, synthèse identitaire (V. Cass) (Penn, 1997).

En bout de ligne, c'est le modèle de divulgation de l'orientation sexuelle de J. Sophie, à titre de processus d'élaboration de l'identité gaie, qui a fait l'objet de l'examen le plus consciencieux de la part de la *National Lesbian and Gay Health Association* (américaine) :

1. *premier éveil*: actualisation initiale cognitive et émotive par un individu de « sa » différence et du fait que l'homosexualité puisse être en cause; aucune divulgation à d'autres; un sentiment d'aliénation par rapport à soi et aux autres;
- 2- *expérimentation et exploration*: l'expérimentation peut précéder l'acceptation de sa propre homosexualité; contact initial mais limité avec la communauté gaie et lesbienne ou avec des hommes gais et des lesbiennes à titre individuel (mais sans rapport interpersonnel); aliénation par rapport aux hétérosexuels;
- 3- *acceptation identitaire*: préférence pour des interactions sociales avec d'autres hommes gais et lesbiennes; l'identité négative s'efface pour faire place à une identité positive; divulgation initiale de son identité à des hétérosexuels;
- 4- *intégration identitaire*: l'individu se perçoit comme gai ou lesbienne et cette perception identitaire s'accompagne de colère et de fierté; divulgation à de nombreuses autres personnes; affirmation publique de son orientation sexuelle; stabilité identitaire; l'individu est incapable et il / elle se refuse à changer (Penn, 1997).

Outre les étapes relatives à la période préalable à l'affirmation, à l'affirmation elle-même et au moment qui suit l'affirmation, Jalbert (1999) suggère également l'hypothèse de l'existence d'une étape de « rétro-sortie ». Cette dernière étape hypothétique du processus de sortie serait caractérisée par un retrait perçu de la communauté gaie, en particulier des bars gais, manifesté par les hommes gais plus âgés ou vieillissants, de même qu'une désaffection par rapport à l'identité gaie elle-même.

Bien que le processus de sortie soit souvent perçu comme une affaire relevant de l'individu, ou de sa capacité d'adaptation personnelle pour utiliser un vocabulaire propre au domaine de la santé, ce sont plutôt les « conditions appuyant les choix d'affirmation de l'orientation sexuelle » qui sont ici positionnées comme un déterminant de la santé des hommes gais.

Bien que les événements précis qui marquent le processus de sortie semblent presque toujours s'apparenter à des choix personnels ou individuels (à moins que l'orientation sexuelle soit divulguée par un tiers), c'est le contexte qui entoure ces choix (les conditions extérieures) qui contribue à l'édifier et à donner une signification au processus de sortie; une intervention au niveau de ces conditions permettrait, semble-t-il, d'aller au fond du problème et d'amenuiser les dangers et les risques inhérents au vécu et à la santé des jeunes et des hommes gais et donc, de faciliter les choix lors du processus de sortie.

Les hétérosexuels, jeunes et plus âgés, sont avantagés par les privilèges que leur procurent des conditions sociétales, en vertu desquelles leur orientation sexuelle se trouve continuellement et sans aucune ambiguïté soutenue; ces conditions s'avèrent tellement marquées et tenues

pour admises que, souvent, on ne peut parler d'un « choix » individuel de divulgation de son orientation sexuelle (à titre d'hétérosexuel) exercé par la personne, car l'hétérosexualité est à la fois normalisée (en tant que « mode de contrôle » lorsque prend forme l'identité et l'orientation sexuelles) et source de nombreux avantages.

Explicitement, au cours de l'étape du premier éveil ou préalable au processus de sortie, la question ne se résume pas tout simplement à une affirmation d'un choix personnel à révéler son orientation sexuelle, mais à s'assurer de l'existence de conditions plus vastes qui soient libres d'hétérosexisme et d'homophobie. Ryan, Brotman et Rowe (2000) ont rapporté que « Chez les hommes gais, les problèmes de santé et d'ordre social les plus couramment signalés semblent associés à l'acceptation de soi à l'étape du processus de sortie et à celle qui la précède immédiatement ».

Les divers événements qui entourent le processus de sortie (à chaque fois avec des personnes, des groupes de personnes ou des environnements différents) varient selon la nature du contexte; à la limite, la personne visée est souvent celle qui est la mieux placée sur le plan de la lucidité pour tirer au clair les détails relatifs à son propre contexte, y compris les conséquences de la divulgation de son orientation sexuelle. Le processus de sortie ne constitue pas un devoir moral par rapport à soi-même ou par rapport à une communauté élargie, et des motifs fort légitimes peuvent justifier le choix de ne pas divulguer son orientation sexuelle (Penn, 1997). À nouveau, le fait de s'attaquer aux conditions appuyant les choix d'affirmation de l'orientation sexuelle diminuerait le risque de base (par exemple: la violence à l'encontre de soi-même, la discrimination en matière de logement, la réalité de l'itinérance, la honte, la culpabilité et ainsi de suite) accompagnant le processus de sortie dans un contexte donné.

Une personne peut, sur une base individuelle, choisir de divulguer son orientation sexuelle et, pourtant, demeurer ignorante des conditions qui entravent les choix de dévoilement de l'orientation sexuelle et, plus particulièrement, ceux de s'identifier comme gai. Celles-ci englobent les conditions qui prévalent au sein des communautés gais elles-mêmes, qui peuvent inspirer douleur et humiliation pour les personnes appartenant aux groupes relativement moins privilégiés. Par exemple, une telle douleur et humiliation peuvent être ressenties, à l'occasion, par des hommes gais membres des minorités visibles au sein de contextes communautaires identifiés à la majorité blanche à cause du racisme, des stéréotypes (souvent le fait d'être considéré « exotique ») ou d'exigences relatives à l'assimilation (Sanitioso, 1999).

Par choix (au pluriel) de divulgation de l'orientation sexuelle, on entend à la fois les nombreux événements discrets du processus de sortie, dans le cadre d'un processus continu (par opposition au simple fait de dévoiler son orientation sexuelle une fois pour toutes, communément perçu comme celle que l'on fait avec un membre de sa famille), mais également les choix qui concernent tant l'orientation que l'identité sexuelle. Par exemple, un individu peut divulguer son orientation sexuelle comme homosexuel ou bisexuel, et pourtant s'identifier comme gai, comme gai judaïque, comme personne transgénérée ou bispirituelle, selon des facteurs tels que la culture, la perception de soi, le désir de s'identifier comme gai, le groupe affinitaire et l'analyse politique ou, par exemple, comme gai et transgéné, de façon intermit-

tente, selon le contexte. Il semblerait que cette pluralité, en ce qui a trait aux pratiques d'identification, favorise une meilleure santé, en tant qu'expression chez un individu de l'obtention d'un contrôle accru sur sa vie et sur les conditions relatives à sa santé.

Il est possible que, dans le contexte canadien, le processus de sortie pour les hommes gais, jeunes ou pas, puisse comprendre non seulement le fait de s'affirmer comme gai, ou d'affirmer une identité directement associée à l'orientation sexuelle, mais aussi de divulguer son identité à titre de membre d'un groupe social ou culturel subordonné, à l'intérieur du contexte canadien ordinaire d'assimilation, de racisme et de relents de colonialisme (Cho, 1998). Cela peut s'apparenter au fait de s'affirmer, par exemple, à titre d'Asiatique, de Noir, de juif, d'Autochtone ou à titre de membre d'une communauté culturelle plus précise, comme celle des Vietnamiens, des Pakistanais, des Jamaïcains, des juifs Sépharades ou des Cris. Sook Kong (1998) explique le phénomène en ces mots :

Les Asiatiques nés ou ayant grandi au Canada, en revanche, sont confrontés à un défi qui dépasse celui de simplement affirmer leur orientation homosexuelle (en soi un gros défi); ils doivent également composer avec le processus tout autant capital de s'« affirmer » comme Asiatiques dans cette partie du monde. Bref, ce dernier processus se rapporte aux individus qui ont appris à fonctionner ou à s'épanouir dans la société canadienne en niant leurs patrimoines asiatiques et donc, le besoin subséquent pour ceux-ci d'assumer leur héritage culturel (Kong, 1998).

Selon la documentation examinée, le processus de sortie entraîne des répercussions sur la prévention du VIH. Il semblerait que le fait de s'attaquer aux conditions appuyant les choix d'affirmation de l'orientation sexuelle augmenterait l'efficacité de la prévention du VIH. Il est possible que cela soit associé, par exemple, à la santé des jeunes : « Pour de nombreux jeunes gais, le processus d'acceptation de leur homosexualité constitue une période difficile. La prévention du VIH est reléguée au rang de préoccupation secondaire » (Association canadienne de santé publique, 1998). Dans le même esprit, dans le contexte de l'Australie, il se peut que la prévention du VIH ne soit pas le souci principal des gais d'origine asiatique à cause d'enjeux associés au processus de sortie : « Il est bien possible que la menace de plonger la famille dans la honte et de lui faire perdre la face puisse guider de façon plus prononcée le comportement sexuel des hommes GHA (gai et homosexuellement actifs) que les préoccupations relatives au VIH/SIDA » (Sanitioso, 1999). De même, dans le contexte canadien, Jalbert (1999) postule que, chez les jeunes hommes gais, l'étape du processus de sortie, pourrait dans les faits susciter des risques accrus et nouveaux sur le plan de la transmission du VIH : il avance que la tendance à vivre le sentiment d'euphorie qui se rattache à la divulgation de l'orientation sexuelle pourrait les amener à adopter un comportement sexuel hasardeux.

Le désir de s'identifier comme gai ou de divulguer son orientation sexuelle, peut varier selon la culture ou l'héritage culturel. Il se peut que, dans certains contextes culturels, ce soit un non-sens que d'être, devenir ou s'identifier comme gai (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000); cela peut être imputable à un choix de se protéger soi-même du racisme de la communauté dominante, en évitant de courir le risque de s'aliéner le couvert protecteur ou le bouclier que procure l'appartenance à un groupe minoritaire subalterne; cela peut être causé par une absence de sentiment d'identification avec les communautés gaies dominantes identifiées à la majorité blanche, qui peuvent sembler ne procurer qu'un faible sentiment d'apparte-

nance et qui peuvent d'elles-mêmes susciter honte et sentiment d'infériorité. En même temps, la documentation examinée souligne aussi que la culture est dynamique et donc en renouveau constant, et que les gens vivent dans des contextes culturels superposés (subordonnés et dominants) et qu'ils participent comme acteurs à diverses formes et niveaux d'acculturation :

Le chemin emprunté par chaque homme gai pour atteindre l'acceptation de soi et l'amour est unique. Il nécessite un « désapprentissage » de la honte et une dissipation des images négatives et des stéréotypes environnants. Il nous faut nous dissocier des valeurs culturelles et familiales paralysantes et découvrir la fierté dans ce que nous sommes, dans les personnes que nous aimons et dans le mode de vie qui est le nôtre (McInnis et Kong, 1998).

En d'autres mots, la culture s'avère un terrain d'intervention et de reconstruction, plutôt qu'un terrain de docilité ou de romantisme uniquement bon (stimulant) ou uniquement mauvais (paralysant). Penn (1997) affirme également que « l'importance de la communauté pour les être humains ne peut être exagérée. Cependant, une personne ne saurait sacrifier le sentiment qu'elle a d'elle-même tout simplement pour s'attacher l'amour et l'affection des autres » (Penn, 1997).

Les environnements ruraux et les petites communautés présentent des défis et des avantages particuliers. Ryan, Brotman et Rowe (2000) notent que « il semble que le fait de conserver l'anonymat et de demeurer invisible dans les régions rurales s'apparente à une tactique de survie pour les hommes gais et les lesbiennes ou à un moyen de faire face à l'inacceptation, à la discrimination, à l'oppression et, à l'occasion, à la violence physique et psychologique ».

Au cours des décennies écoulées, les hommes gais, jeunes et plus âgés, tout comme leurs alliés, ont fait appel à une panoplie de moyens pour s'acharner inlassablement à donner un nom et à s'attaquer aux conditions appuyant les choix d'affirmation de l'orientation sexuelle. D'autre part, les jeunes et les hommes gais ont courageusement poursuivi le dévoilement de leur orientation sexuelle, malgré les risques, la perte de privilèges sociétaux et les dangers. Il existe donc des assises solides sur lesquelles il sera possible de continuer à réaliser des analyses, des recherches et à axer des orientations stratégiques, afin de s'attaquer à ce déterminant de la santé.

4.3 Réseaux de soutien social

Dans un cadre de travail axé sur la santé de la population, les réseaux de soutien social sont perçus, de façon classique, comme un soutien assuré par les familles, les amis et les communautés; un soutien de cette nature aide les gens à composer avec efficacité avec des situations difficiles et à nourrir un sentiment de contrôle sur les circonstances de la vie courante (Hamilton et Bhatti, 1996). Le soutien de la famille et des amis, tout comme la participation sociale, semblent servir de tampon et contrer les difficultés liées à la santé; l'augmentation du soutien émotif et l'accroissement de la participation sociale sont tous les deux associés à une amélioration de l'état de santé (Santé Canada, 1994). Les rapports intimes étroits constituent un facteur de santé et de mieux-être (Peplau, Cochran et Mays, 1997).

Réciproquement, le manque de soutiens sociaux ou l'isolement est considéré comme un « déterminant de la maladie » (Jackson, 1994). Les interventions en matière de santé de la

population supposées renforcer les réseaux de soutien social comprennent les programmes de maintien de liens familiaux profonds, le développement communautaire qui stimule l'interaction sociale et les initiatives visant à réduire la discrimination et à promouvoir la tolérance sociale (Santé Canada, 1994). D'une manière plus générale, les réseaux de soutien social sont intimement liés à l'environnement social d'une personne.

Souvent, dans le cadre offert par les réseaux classiques de soutien social, les hommes gais, jeunes et plus âgés, vivent un sentiment aigu de rabaissement et d'exclusion, à cause de l'homophobie et de l'hétérosexisme. Confrontés à un tel sentiment d'avalissement et d'exclusion, de tout temps les hommes gais ont fait preuve de créativité en mettant sur pied, de façon officielle et officieuse, leurs propres réseaux et rapports de soutien social. Par la même occasion, ils ont également souvent mis au défi les réseaux classiques de soutien social de se montrer plus attentifs à leur mieux-être; à l'occasion, cela suscite une remise en question en profondeur de la définition ou de la structure de ces réseaux classiques de soutien social (Ryan et al., 1998). L'isolement se présente comme la caractéristique la plus répétitive dans la vie de la plupart des jeunes gais, et elle ne se limite pas seulement à l'isolement social ou physique; elle s'étend aussi à l'isolement cognitif (l'absence complète de connaissances qu'une personne puisse posséder au sujet de ses attirances, de son identité et de son existence) et à l'isolement émotif (un manque de soutien émotif à titre de membre d'un groupe marginalisé, accompagné d'une pénurie de messages de soutien provenant d'adultes) (Association canadienne de santé publique, 1998).

Il se peut que les réseaux de soutien social aient une importance particulière pour la santé des hommes gais, étant donné le stress accru qu'ils subissent à cause de la discrimination. Selon la recherche, des niveaux élevés de soutien social peuvent exercer une influence modératrice sur les facteurs de stress propres aux personnes gaies (Grossman et Kerner, 1998).

Lorsque l'on est l'objet d'une discrimination d'ordre hétérosexiste, cela a pour effet de susciter chez les hommes gais un effacement ou une profonde dépréciation de leurs relations intimes. De telles relations, lorsqu'elles ne sont pas rejetées comme un caprice temporaire ou perçues comme immorales, sont souvent considérées comme moins vivifiantes et moins satisfaisantes que les relations hétérosexuelles. À l'opposé de tels mythes, la recherche nous démontre qu'il existe des niveaux élevés de satisfaction, dans le cas des relations intimes qu'entretiennent à la fois les hommes gais et les lesbiennes (Peplau et al., 1997).

De même, lorsque des hommes gais, jeunes et plus âgés, issus de communautés minoritaires sur le plan ethnique ou culturel ou de communautés rejetées sur le plan racial, ont fait l'objet d'une discrimination fondée sur le racisme ou la non-appartenance à des espaces sociaux identifiés à la majorité blanche, il s'ensuit un effet d'érosion du soutien social de leurs pairs. Par exemple, en se reportant au contexte du monde des bars de Toronto, Song Cho illustre son argumentation en se servant d'un témoignage rendu à la première personne du singulier :

Alors que les types blancs retenaient toute l'attention, j'ai su d'instinct, qu'à titre de gai d'origine asiatique, j'aurais rarement le pouvoir de choisir et que je serais toujours celui que l'on choisirait. Quand j'y pense, c'est incroyable à quel point peu d'entre nous (gais d'origine asiatique) étions capables de se tourner les uns vers les autres pour de l'amour et du soutien (Cho, 1998).

D'habitude, les couples gais ne reçoivent pas le même niveau de soutien que celui qui est accordé aux couples hétérosexuels, par les individus, la communauté au sens large et la culture dominante en Amérique du Nord. Un tel soutien est important pour le mieux-être optimal des hommes gais. Selon la recherche, un soutien social accru aux couples d'hommes gais permettrait une amélioration de la qualité de leurs rapports; de même, la recherche montre que l'octroi d'un soutien social au couple contribuerait à une meilleure qualité dans leurs rapports qu'un soutien consenti aux individus (Smith et Brown, 1997).

La famille telle que classiquement définie constitue une forme clé de soutien social dont les hommes gais, et plus particulièrement les jeunes gais, ne peuvent tirer profit de façon fiable durant ou après la période du processus de sortie (Appleby et Anastas, 1998). Pour les Canadiens, l'importance de la famille classique, en particulier la famille élargie qui comprend et qui s'étend au-delà de la famille nucléaire, peut varier par rapport au sentiment d'« appartenance », car ils s'en remettent souvent à leur horizon ou communauté ethnique. Par exemple, une étude souligne que « les familles exercent une vaste emprise sur la vie de la plupart des hommes gais et bisexuels des communautés antillaises anglophones. Nombre d'entre eux évoquent la tentative de renier leur orientation sexuelle à cause de l'importance qu'ils accordent au fait d'être acceptés par leur communauté » (Baxter, Brabazon, Gunter et Willms, 1994). Tafoya et Wirth (1996) affirment que « pour de nombreux Américains d'origine autochtone, la famille est prépondérante et certains peuvent être soucieux de satisfaire des obligations d'ordre familial (...) ». Le rôle de soutien social et la fonction dévolus à la famille (comme celle d'offrir un refuge en période orageuse) peuvent revêtir des sens, sur lesquels l'appartenance ethnique et l'histoire communautaire impriment une forte marque. Donc, le risque encouru (d'être rejeté ou exclu) par l'affirmation dans les familles de son orientation sexuelle pourra varier en fonction du rôle de la famille dans le contexte culturel, tout comme il est vraisemblable qu'une personne décide de rejeter sa propre famille au moment où, pour lui avoir dévoilé son orientation sexuelle, cette même personne se trouve rejetée par celle-ci. On pourrait potentiellement s'inspirer des rôles traditionnels dévolus aux personnes bispirituelles, comme celui de s'occuper des enfants de la communauté (Tafoya et Wirth, 1996), pour remettre en perspective les traditions et la signification que leur accordent les Autochtones, au niveau de l'inclusion, du respect et de la valeur d'un individu.

Il a été démontré que le soutien social présente une « importance multidimensionnelle » pour les personnes vivant avec le VIH, et qu'il accroît considérablement leur niveau de mieux-être. Par exemple, la recherche illustre que plus les membres de la famille sont perçus comme offrant un excellent soutien, moins les hommes gais séropositifs sont susceptibles d'envisager d'adopter des comportements à risque. En outre, la disponibilité de la famille à offrir un soutien permet d'anticiper à meilleur escient une diminution des comportements à risque que ne le permet la disponibilité des amis (Kimberly et Serovitch, 1999).

L'isolement social (imposé par les membres de la famille, les pairs, les enseignants et ainsi de suite), vécu par de nombreux jeunes gais, est mentionné dans la documentation comme un facteur important du haut taux de suicide et de tentative de suicide que l'on retrouve chez les jeunes gais et lesbiennes, tout comme c'est le cas pour leurs niveaux plus élevés de consom-

mation d'alcool et autres drogues et d'itinérance (Grossman et Kerner, 1998, Dempsey, 1994) (Hellquist, 1996, Association canadienne de santé publique, 1998). Le *Lesbian, Gay, Bisexual Youth Project* de Nouvelle-Écosse (date inconnue) cite des statistiques de Hetrick et Martin, selon lesquelles 80 % des jeunes gais, lesbiennes et bisexuel (le) s révèlent des problèmes graves d'isolement, y compris le fait de n'avoir personne à qui parler, le sentiment d'être tenu à l'écart des pairs et de la famille et le manque d'accès à des renseignements valables au sujet des questions relatives à la réalité gaie, lesbienne et bisexuelle. Étant donné que dans la population générale, les adolescents et les jeunes adultes sont, parmi tous les groupes d'âges, les plus susceptibles de bénéficier de niveaux élevés de soutien social, cet aspect présente une importance marquée (Santé Canada, 1999b). Souvent, les familles classiques elles-mêmes (père et mère, frères et sœurs, personnes apparentées) des hommes gais, jeunes et plus âgés, ne disposent que de peu ou pas de soutien pour composer avec ces problèmes.

Les amitiés des hommes gais ont été repensées de façon inventive pour leur procurer un cadre familial, ce qui a joué un rôle clé au niveau de leur survie (Nardi, 1995, Nardi, 1992). Dans une étude effectuée auprès de Néo-Brunswickois (es) gais et lesbiennes, les amis (es) gais formaient la source de soutien social, offert durant la difficile période du processus de sortie, la plus souvent évoquée par les jeunes gais, suivis par ordre d'importance par les amis non-gais (es) (Olivier et Targett, 1993). Au sein des communautés gaies, les efforts d'organisation dans la lutte contre le SIDA ont contribué à étendre et à rendre plus visibles les réseaux d'amitié chez les hommes gais.

Souvent, l'ostracisme imposé par les familles classiques et les réseaux communautaires, y compris les amis, a été contré par des efforts pour s'attaquer à l'homophobie et à l'hétérosexisme dans ces familles et réseaux. Au même moment, et afin de raffermir ces efforts, les jeunes et les hommes gais ont entrepris de recréer les réseaux communautaires, familiaux et affinitaires, sources de soutien social, de prise en charge de soi, d'organisation politique, de plaisir et plus encore. Les organismes communautaires structurent des formes officielles et officieuses de soutien social.

Les efforts de développement de la conscience communautaire ne vont pas sans susciter certaines difficultés. Comme l'indiquent Tafuya et Wirth (1996), « (...) pour de nombreuses minorités visibles, la ' communauté gaie ' ne s'est pas révélée être une communauté d'espoir, d'amour et d'acceptation comme pour de nombreux hommes gais blancs». Le racisme et le fait d'être considéré « exotique » s'exercent, au sein de la communauté gaie, à l'encontre des personnes d'origine latino-américaine (Diaz, 1998), tout comme y fleurit l'antisémitisme (Rofes, 1989).

La documentation fait état du rapport entre la prévention du VIH et les soutiens sociaux, tout particulièrement dans le cas des jeunes: « Nous savons que l'aptitude d'un homme gai à faire siens des rapports protégés est associée à une haute estime de soi, à de forts soutiens sociaux, à une orientation sexuelle positive et à un sentiment d'appartenance à un groupe affinitaire. Dans tous ces domaines, les jeunes hommes gais accusent de sérieuses lacunes » (Association canadienne de santé publique, 1998, Otis, Ryan et Chouinard, 1999).

4.4 Éducation

L'éducation dote les personnes de connaissances pratiques, leur permet de participer à la vie communautaire et multiplie leurs possibilités d'obtenir un emploi (Hamilton et Bhatti, 1996). L'état de santé s'améliore au fil du niveau d'études, et cela contribue à l'affermissement d'un sentiment de contrôle sur les situations de la vie quotidienne (Santé Canada, 1994). En général, les personnes qui ont atteint un haut niveau d'instruction affichent une meilleure santé et vivent plus longtemps que ceux qui disposent d'une faible scolarité; l'éducation est reliée au niveau de revenu, à la profession et au lieu de résidence, qui tous contribuent à mesurer le statut social (Bourget, date inconnue).

Les niveaux de scolarité des hommes gais, comme le rapportent des études (vraisemblablement accompagnées de leur habituelle exclusion des populations gais les plus vulnérables) s'avèrent uniformément élevés. Par exemple, le *Yankelovich Monitor Survey* a découvert, comparativement aux hétérosexuels, un écart de plus de 10 % en faveur des gais et des lesbiennes au niveau de l'acquisition d'une formation collégiale quelconque et que les gais et les lesbiennes étaient deux fois plus nombreux à entreprendre des études universitaires de deuxième cycle (Lukenbill, 1995). Cependant, selon Martin Levine, « les hommes gais se révèlent souvent incapables faire en sorte que leurs années de scolarité se traduisent en emplois à revenu élevé et à haut statut. La discrimination indirecte les oblige à se cantonner dans des emplois marginaux de cols blancs et de l'industrie des services » (Levine, 1995). Ce constat faciliterait la compréhension des conclusions du *Yankelovich Monitor Survey* qui a découvert que (1) le niveau moyen du revenu personnel et du revenu du ménage chez les hommes gais est inférieur à celui des hommes hétérosexuels, et (2) que moins de gais et de lesbiennes que d'hétérosexuels occupent des postes de professionnels, de direction ou des gestionnaires. Cette situation prévaut malgré le fait que, sur le plan statistique, on retrouve des niveaux d'instruction considérablement plus élevés chez les gais et les lesbiennes; de tels niveaux de scolarisation sont « habituellement associés à des niveaux de revenu substantiellement plus élevés de même qu'à des postes de professionnels ou de direction » (Lukenbill, 1995).

Comme les hommes gais sont répartis sur l'ensemble du spectre de la population, il ne faudrait pas prendre pour acquis que les niveaux d'alphabétisation de base ou fonctionnel se comparent à ceux de la population générale. Toutefois, aucun sinon peu de documents traitant de ce sujet ont été trouvés, ce qui ouvre la porte à de futures recherches dans ce domaine. De faibles capacités de lecture et d'écriture sont monnaie courante parmi la population en général, et il s'agit là d'un problème majeur d'ordre social et économique.

En règle générale, les écoles constituent des environnements hostiles pour les jeunes gais, lesbiennes et bisexuel (le) s (Association canadienne de santé publique, 1998, *Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Project* de Nouvelle-Écosse, date inconnue, Flynn Saulnier, 1998). Les écoles canadiennes ont été très lentes à intégrer un aperçu de la sexualité gaie et lesbienne au programme scolaire et, lorsque cela se fait, une telle référence est souvent confrontée à un mouvement d'opposition suscité par des organismes religieux de droite (McKay, 1998). Une telle hostilité, provoquée par l'homophobie et l'hétérosexisme, peut aller de la violence verbale à la violence physique (Dempsey, 1994).

Dans les milieux scolaires, les effets de l'homophobie et de l'hétérosexisme contribuent à / au :

- décrochage scolaire de nombreux (ses) adolescents (es) gais, lesbiennes et bisexuels (les) à cause du harcèlement (Dempsey, 1994, *Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Project* de Nouvelle-Écosse, date inconnue), un harcèlement qui est souvent toléré, et dans certains cas favorisé, par les enseignants et membres du personnel (Flynn Saulnier, 1998);
- l'itinérance de nombreux adolescents homosexuels;
- des taux élevés de suicide et de tentative de suicide (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997, Flynn Saulnier, 1998, Hellquist, 1996);
- une homophobie intériorisée, la honte et une faible estime de soi (Association canadienne de santé publique, 1998, Kaufman et Raphael, 1996, Otis et al., 1999).

Les efforts souscrits par les organismes gais, les jeunes gais et leurs alliés, pour modifier les milieux scolaires (grâce à des mesures favorisant le regroupement des étudiants, la tenue d'ateliers à l'intention du personnel, des enseignants et des étudiants, des efforts d'organisation initiés par des étudiants gais pour susciter des changements fondamentaux dans le domaine de l'éducation et ainsi de suite) ont été courageux et sources d'inspiration (Société canadienne du sida, 1998). Malgré les risques courageusement encourus, en particulier par les jeunes gais, des obstacles de taille se dressent sur leur route et les retombées de leur travail ne semblent ni très considérables ni véritablement généralisées (Vaid, 1995). Il se peut que les enseignants gais soient hésitants à divulguer leur orientation sexuelle (ou à s'afficher comme de solides alliés à leurs démarches) pour ne pas par exemple, comme c'est souvent le cas des pédiatres, être confrontés au risque d'être perçus, selon les mythes hétérosexistes, comme des pédophiles (Flynn Saulnier, 1998, Appleby et Anastas, 1998). On souligne l'influence positive que peuvent exercer les enseignants gais sur les jeunes gais à titre de modèles, afin d'élargir la portée de leurs perceptions quant aux possibilités qui leur sont offertes, de même que l'importance du rôle de tous les enseignants, à titre d'alliés des jeunes gais vers lesquels ceux-ci peuvent se tourner pour se confier (Unks, 1995, McLaren, 1995, Blumenfeld, 1995).

Au niveau des écoles, plusieurs relèvent l'importance de la formation professionnelle et du perfectionnement professionnel continu des enseignants, des administrateurs, du personnel de soutien, des conseillers en orientation, des personnes responsables de l'élaboration des politiques et d'autres individus travaillant à l'intérieur du milieu scolaire, ou de concert avec ce dernier, afin de s'attaquer à l'homophobie et l'hétérosexisme (McLaren, 1995, Rofes, 1995, Association canadienne de santé publique, 1998). Cependant, la documentation examinée demeure tout à fait muette au sujet de l'enjeu de l'introduction des questions relatives à l'orientation sexuelle, comme le fait de s'attaquer efficacement à l'homophobie et à la création d'environnements sûrs, à l'intérieur des programmes d'enseignement des diverses facultés canadiennes d'éducation, ce qui laisse présumer que des recherches futures s'imposent dans ce domaine.

4.5 Emploi / Conditions de travail

En général, les gens qui exercent un vaste contrôle sur les particularités propres à leur travail sont en meilleure santé. Le soutien social en milieu de travail est associé à la santé, et il en va de même d'un cadre de travail sécuritaire et salubre. Le chômage est associé à une santé plus précaire (Santé Canada, 1994).

La documentation fourmille de comptes-rendus, selon lesquels, en Amérique du Nord, les hommes gais et les lesbiennes craignent et sont confrontés, tout à la fois, à la discrimination fondée sur leur orientation sexuelle minoritaire en milieu de travail (Clarke, 1994, Congrès du travail du Canada, 1994, Sussel, 1994, Levine, 1995, Anastas, 1998, McNaught, 1993, Zuckerman et Simons, 1996, Brooks et Klosinski, 1999, Terry, 1992, Appleby et Anastas, 1998). Dans la documentation, presque tous les articles, traitant de la discrimination au travail fondée sur l'orientation sexuelle, se fondent sur des expériences vécues par des Américains blancs et de descendance européenne, ce qui impose de sérieuses contraintes quant aux connaissances dont nous disposons (Anastas, 1998, Appleby et Anastas, 1998).

« Dans l'emploi, la discrimination à l'encontre des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles constitue une forme de violence, qui leur nie le droit d'œuvrer au sein des institutions ou de participer pleinement à des activités économiques et sociales essentielles, qui perpétue une injustice d'ordre économique et qui les prive de possibilités de réaliser leur plein potentiel humain » (Anastas, 1998).

Parmi les formes de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle en milieu de travail, on retrouve :

- le fait de ne pas être embauché (Anastas, 1998, Levine, 1995);
- le fait d'être congédié (Anastas, 1998, Levine, 1995);
- le fait de se voir refuser une promotion (Levine, 1995);
- l'absence d'une politique anti-discrimination au travail (Anastas, 1998);
- l'absence de protection juridique contre la discrimination au travail (Anastas, 1998, Zuckerman et Simons, 1996);
- le harcèlement (verbal, écrit, menaces, physique, etc.) au travail (Appleby et Anastas, 1998), y compris la possibilité de harcèlement indirect comme la froideur en milieu de travail;
- l'absence d'avantages en matière d'emploi pour les partenaires (Anastas, 1998);
- la pression visant à forcer une personne à camoufler son orientation sexuelle minoritaire (Anastas, 1998, Zuckerman et Simons, 1996);
- des hommes gais faisant l'objet d'une discrimination et de phobies associées au VIH (Anastas, 1998, Zuckerman et Simons, 1996, Levine, 1995);
- la « discrimination indirecte », ce qui peut comprendre le fait que des hommes gais évitent des emplois, au sein desquels ils prévoient être tyrannisés et qu'ils optent, de préférence,

pour des domaines à l'intérieur desquels ils ont le sentiment qu'ils seront tolérés, souvent bien en deçà de leurs niveaux d'études (Levine, 1995).

Certains types d'emplois comme, par exemple, l'enseignement et le travail en pédiatrie s'accompagnent, plus que d'autres, d'une peur morbide et d'une discrimination homophobe (Flynn Saulnier, 1998, Appleby et Anastas, 1998).

Parmi les formes simultanées de discrimination au (dans le) travail, que craignent ou que vivent les hommes gais, on retrouve :

- dans le cas des hommes gais membres des minorités visibles, le racisme peut leur sembler un enjeu plus problématique que l'orientation sexuelle, en grande partie parce qu'il est possible de réussir à dissimuler cette dernière plus facilement (Anastas, 1998, Appleby et Anastas, 1998);
- dans le cas des personnes autochtones bispirituelles, un taux de chômage relativement élevé (Santé Canada, 1999b) aggrave les considérations relatives à la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle en matière d'emploi : rien ou presque ne transpire de la documentation à ce sujet;
- dans le cas des hommes gais qui souffrent d'incapacité mentale ou physique, il est possible que la discrimination soit aggravée : rien ou presque ne transpire de la documentation sur le sujet;
- dans le cas des hommes gais transgénrés, et de façon plus générale celui des personnes transgénrées, il se peut que les problèmes vécus, en particulier lors de l'embauche, puissent être plus graves (Anastas, 1998);
- dans le cas des hommes gais qui, récemment, ont immigré ou obtenu un statut de réfugié, il est possible que l'on retrouve une vulnérabilité plus prononcée en matière d'emploi : rien ou presque ne transpire de la documentation sur le sujet;
- dans le cas des hommes gais séropositifs, qui travaillent ou souhaitent réintégrer le marché du travail (Brooks et Klosinski, 1999) : l'assurance emploi n'est pas au diapason avec la réalité des tendances de l'emploi des hommes gais vivant avec le VIH; par ailleurs, les coûts prohibitifs des médicaments les placent souvent dans l'obligation de quitter leur emploi pour se contenter du seuil de subsistance assuré par les prestations d'aide sociale (Clarke, 1994);
- dans le cas des hommes gais qui sont des travailleurs du sexe, la criminalisation de leur travail signifie qu'ils ne possèdent aucuns droits fondamentaux et ne disposent d'aucune protection en ce qui a trait à leurs conditions de travail; par exemple, ceux qui sont maltraités ou agressés par des clients sont moins en mesure d'en faire état et la criminalisation du « travail du sexe » fait en sorte qu'ils peuvent plus difficilement insister auprès de leurs clients sur le port du condom (Allman, 1999).

Le *Yankelovich Monitor Survey* a découvert que les gais et les lesbiennes sont plus susceptibles que les hétérosexuels à choisir de devenir travailleurs autonomes (Lukenbill, 1995). Il est pos-

sible que cela s'apparente à l'une des stratégies inventives, adoptées par les gais et les lesbiennes, pour composer avec la crainte et la réalité de l'homophobie et de l'hétérosexisme en milieu de travail. Toutefois, le travail à son compte ne comporte aucuns avantages sociaux et ne donne pas droit à une pension de retraite (Santé Canada, 1999b). La documentation examinée demeure muette sur les répercussions, qu'elles soient négatives ou positives, du travail indépendant sur la santé et le mieux-être des hommes gais.

La documentation concentre son attention sur (1) la discrimination crainte ou vécue par les hommes gais (voir ci-dessus) et sur (2) les stratégies susceptibles de surmonter une telle discrimination (Zuckerman et Simons, 1996, McNaught, 1993, Congrès du travail du Canada, 1994, Congrès du travail du Canada, 2000, Groupe de travail du Congrès du travail du Canada sur les lesbiennes et les gais, 1999). On se doit de souligner qu'au sein des organisations syndicales, ce sont des hommes gais et des lesbiennes qui se font les champions d'initiatives de cette nature. Cependant, la documentation ne recèle que peu d'études, qui mettent l'accent sur les façons dont les hommes gais peuvent se développer grâce au travail ou atteindre un mieux-être optimal par l'entremise de leurs carrières ou de leurs situations en milieu de travail.

Les femmes canadiennes assument un fardeau disproportionné de travail non rémunéré, comme les travaux domestiques, les soins aux enfants et la prestation de soins aux aînés (Santé Canada, 1999b). Il existe une possibilité que les hommes gais puissent aussi effectuer, de façon disproportionnée, des tâches non rémunérées, qui prennent particulièrement la forme d'une prestation de soins à l'intention surtout des autres hommes gais vivant avec le VIH et des personnes âgées. Il se peut que les parents ou des personnes apparentées plus âgées comptent sur les hommes gais, perçus (à tort) comme ayant « moins de responsabilités » et disposant de plus de temps, pour se livrer à un plus grand nombre d'activités au niveau de la prestation de soins et du travail non rémunéré. Comme la documentation examinée n'évoque aucunement cette possibilité, il y a lieu de croire que des recherches futures seraient souhaitables.

Étant donné les niveaux élevés de discrimination, perçue et vécue, en matière de travail, il est possible que les mythes attribuant aux hommes gais une réputation « d'hommes bien nantis », alimentés par des stratégies de publicité et de commercialisation ciblant les communautés gaies, laissent de nombreux hommes gais avec un sentiment d'exclusion, ou de honte intériorisée, et un autre d'isolement associé à la frustration de ne pas être à la hauteur de l'image censée être la leur. Il est vraisemblable qu'une telle situation d'exclusion frappe de façon plus intense les membres gais des minorités visibles, puisque les hommes blancs se situent de plein pied au cœur de ce mythe entretenu par les médias des « hommes gais bien nantis ». Par exemple, dans le contexte de la prévention du VIH, la documentation explore la possibilité fort plausible que ce sentiment d'exclusion, auquel doivent faire face les hommes gais des minorités visibles, à partir de cette figuration orchestrée par les médias dominants que les hommes gais sont à la fois blancs et bien nantis, les entraîne à ne pas tenir compte des messages véhiculés par les médias, tout particulièrement dans le cas de ces hommes gais appartenant aux couches socio-économiques les moins favorisées qui prennent plus souvent leurs

distances, sur le plan émotif et sur celui du comportement, par rapport aux communautés blanches (Cochran et Mays, 1995).

Les enjeux relatifs à l'emploi et aux conditions de travail des hommes gais vivant avec des incapacités ou des maladies chroniques, y compris celles qui sont attribuables aux conséquences du fait de vivre avec le VIH, font l'objet de mentions peu fréquentes dans la documentation examinée (Brooks et Klosinski, 1999, Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997). En général, la documentation au sens large comporte des comptes-rendus à la première personne du singulier d'hommes gais ayant une déficience physique (Fries, 1998) et, au sein de la documentation examinée, on ne retrouve qu'une seule étude qui englobe une mention notable d'hommes gais avec des incapacités; cette étude ontarienne rapporte que, dans les cas des hommes gais atteints d'une incapacité ou d'une maladie chronique, seuls 43 % d'entre eux occupent un emploi et 79 % reçoivent des prestations d'aide sociale (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997). Dans la documentation examinée, il est surprenant de constater à quel point brille par son absence, l'examen de l'enjeu des hommes gais aux prises avec une incapacité et le chômage à cause de problèmes associés à la santé mentale.

Les taux élevés de chômage ou de sous-emploi qui perdurent parmi les jeunes, les adultes peu scolarisés et les personnes qui vivent dans certaines régions du Canada atlantique sont reliés aux problèmes de santé que connaissent les gens qui composent ces groupes (Santé Canada, 1999b). Comme les jeunes et les hommes gais sont répartis sur l'ensemble du spectre de la population et à la grandeur du territoire canadien, les efforts visant à contrer des niveaux aussi élevés de chômage et de sous-emploi auraient, en bout de ligne, des conséquences sur la santé des hommes gais. Par ailleurs, il semble que l'adoption d'une approche plus équitable en matière d'assurance emploi puisse, dans la même veine, avantager la santé des hommes gais, tout particulièrement à la lumière de la discrimination dans le milieu de travail et de ses effets et de l'asymétrie entre les normes actuelles de l'AE et les tendances observées dans les emplois occupés par des personnes vivant avec le VIH.

4.6 Environnements sociaux et physiques

Bien que l'environnement social et l'environnement physique soient habituellement présentés comme deux déterminants de la santé distincts, dans le cadre de la politique de Santé Canada, les deux environnements ont été combinés pour n'en former qu'un seul aux fins de ce document. C'est principalement à cause de leur interconnectivité, en particulier la construction sociale de l'espace physique et les aspects physiques de l'espace social, qu'il en est ainsi.

De tout temps, l'homophobie et l'hétérosexisme ont contribué, par exemple, à l'aménagement d'espaces physiques par et pour les hommes gais et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, incluant des lieux publics qui procurent une intimité et un anonymat relatifs en matière de relations sexuelles (y compris les parcs, les toilettes publiques et ainsi de suite). Il se peut qu'au domicile familial, les jeunes gais n'aient accès ni à un climat d'intimité ni à un milieu propice à l'affirmation, qui leur permette d'exprimer leur propension à des rapports homo-érotiques.

Aussi, en se forgeant des cultures gaies locales qui s'attaquent à l'homophobie et à l'hétérosexisme, les hommes gais ont participé à l'édification d'un espace social, des lieux relativement sécuritaires, « des lieux de répit », qui prennent souvent l'allure de petites et moyennes entreprises commerciales, en particulier dans les centres urbains, qui incluent les bars, les saunas, les cafés et les restaurants, mais qui englobent aussi des centres communautaires, des efforts communautaires de recherche et d'aménagement de logements et des initiatives au sein du cyberspace. Il s'agit là d'environnements sociaux/physiques créés dans le but de promouvoir l'affirmation de soi et l'affirmation communautaire, bien qu'il soit possible que tous ne se sentent pas visés par cette forme d'affirmation, y compris les personnes appartenant aux communautés ethniques minoritaires et à caractère racial, les personnes transgenres et bispirituelles.

Dans la documentation relative à la santé de la population, les environnements sociaux propices au bien-être sont habituellement considérés comme étant ceux qui se caractérisent par une stabilité économique, des réseaux solides de soutien social, une absence de violence (à l'école, au sein de la famille nucléaire et à l'intérieur des communautés), de discrimination (comme le sexisme, le racisme et la discrimination fondée sur l'âge) et une forte cohésion qui commande des niveaux élevés d'entraide communautaire, de bénévolat et de civisme participatif (Santé Canada, 1994, Bourget, date inconnue, Santé Canada, 1999b).

Suzanne Jackson (1994) note que le service de Santé publique de la ville de Toronto, invité à définir les déterminants de la santé relevant de cinq catégories, propose le « bien-être politique » comme l'une des cinq catégories. Par bien-être politique, on entend expressément une équité accrue au niveau du pouvoir, de meilleures possibilités pour des groupes relativement privés de pouvoir, de participation à la vie politique et la sécurité personnelle/communautaire (Jackson, 1994). Dans ce contexte, le bien-être politique est positionné comme faisant intégralement partie d'un environnement social optimal en matière de santé où il concorde avec le civisme participatif.

Les communautés gaies et lesbiennes, et plus particulièrement les multiples fronts communs d'origine communautaire pour contrer les problèmes associés au SIDA, ont contribué de façon significative à leur bien-être politique en agissant courageusement au sein de mouvements sociaux (Vaid, 1995, Adam, 1997). De tels mouvements sociaux, observés à travers la lunette du processus politique, peuvent être qualifiés de « tentatives rationnelles consenties par des groupes exclus et visant à mobiliser une force politique suffisante à la promotion d'intérêts collectifs par l'entremise de moyens sans aucun caractère officiel » (McAdam, 1982 cité par Adam, 1997).

Selon une formulation un tant soit peu idéale, un objectif fondamental du mouvement de lutte contre le SIDA consiste à en démocratiser la démarche, à promouvoir la « santé à partir de la base » (Sears, 1991; Adam, 1992b) par la mobilisation des communautés touchées, afin qu'elles prennent des mesures pour contrer la transmission du VIH et pour fournir des soins à ceux qui en souffrent (Adam, 1997).

En ce sens, historiquement, les hommes gais et leurs alliés, grâce à leur mobilisation à titre d'acteurs politiques, se sont attelés à édifier des environnements sociaux pour l'amélioration de la santé et du bien-être.

Dans la documentation relative à la santé de la population, on entend généralement par environnements physiques des facteurs tels que l'exposition à des contaminants et à des produits toxiques en

suspension dans l'air (comme la fumée secondaire indirecte du tabac et les sous-produits de la combustion de carburants), le logement et les moyens financiers d'y accéder, les changements climatiques et les risques environnementaux mettant en péril l'approvisionnement en nourriture et la qualité de l'eau ainsi que l'aspect sécuritaire des communautés, en particulier en ce qui a trait au mode de conception d'éléments de l'environnement tels que les écoles, les habitations, les milieux de travail et le réseau routier (Hamilton et Bhatti, 1996, Santé Canada, 1999b, Santé Canada, 1994). À nouveau, lorsqu'on le considère sous l'angle de la santé des hommes gais, l'environnement physique se retrouve étroitement relié à l'environnement social.

Tel que discuté, les hommes gais, et plus particulièrement les jeunes gais, se révèlent spécialement vulnérables en ce qui a trait aux réseaux de soutien social. Avec persistance et une créativité empreinte de détermination, les hommes gais ont interpellé les réseaux de soutien social du courant dominant, afin de les améliorer, et par la même occasion, ont redéfini d'importants réseaux alternatifs de soutien social. Malgré ces efforts, on ne peut qualifier de solide le soutien social dont ils disposent, ce qui semble imposer un lourd fardeau à la santé et au bien-être des hommes gais.

Les hommes gais évoluent dans une multiplicité d'environnements sociaux : en milieu rural, en milieu urbain (banlieue et noyau urbain central), à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, dans des communautés du Nord et du Sud. Bien qu'il semble possible que les hommes gais puissent souffrir d'une oppression et d'une discrimination à leur endroit au sein de ces environnements sociaux, il apparaît vraisemblable que celles-ci puissent varier, tant au niveau de la façon dont elles s'expriment qu'à celui de leur intensité. Les régions rurales ou les petites localités sont caractérisées par la faible probabilité de retrouver un lieu géographique où la communauté gaie puisse « souffler un peu », la relative inexistence d'un anonymat permettant aux hommes gais de camoufler leur orientation sexuelle et un nombre moindre de services conçus à l'intention de la communauté gaie (Ryan, Brotman et Rowe, 2000).

La violence faite aux gais, ou les actes de violence posés contre les hommes gais (et contre ceux qui sont perçus comme étant des hommes gais), comme forme ouverte d'expression de l'homophobie, fait partie des mœurs nord-américaines, en particulier dans le cas des jeunes gais pour qui la violence en milieu familial s'avère particulièrement élevée (Dempsey, 1994). Selon les conclusions d'un sondage effectué dans le cadre de l'étude ontarienne *Project Affirmation*, 22 % des participants (270 personnes) ont rapporté avoir fait l'objet d'une agression physique; 73 % d'entre eux étaient des hommes gais ou bisexuels et 80 % des agresseurs étaient des hommes (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gais en Ontario, 1997). Il se peut que les hommes gais transgénérés s'avèrent particulièrement vulnérables en matière de violence faite aux gais; d'autre part, les hommes gais membres des minorités visibles et les personnes autochtones bispirituelles peuvent être confrontés à des gestes de violence attribuables à la xénophobie et au racisme ou à cause de l'homophobie ou pour tous ces motifs. Les hommes gais semblent réticents à porter plainte à la police pour des actes de violence commis à leur endroit, par crainte de ne pas être pris au sérieux, de « voir son orientation sexuelle révélée contre son gré » ou d'encourir plus de violence ou de mauvais traitements d'origine homophobe (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gais en Ontario, 1997).

Dans la documentation examinée, on ne trouve qu'un nombre relativement restreint d'études qui évoquent la violence chez les couples gais et lesbiens; d'autre part, les services et les établissements tradi-

tionnels semblent avoir été relativement insensibles à la violence conjugale chez les couples gais et lesbiens (Meyer et Cormier, 2000, Renzetti, 1997). Aucune recherche comparative précise ne semble exister au niveau de la fréquence relative de la violence conjugale parmi les couples gais par rapport à celle qui survient dans les couples hétérosexuels. Il est possible d'avancer que la violence conjugale chez les gais et les lesbiennes existe bel et bien et que lorsqu'elle se manifeste, il est vraisemblable de croire qu'elle se répétera et, qu'au fil du temps, celle-ci ira en s'aggravant. Il est possible que les hommes gais vivant avec le VIH ou le SIDA, qui sont victimes de violence conjugale, présentent un degré de vulnérabilité particulièrement élevé, alors que le lourd tribut de leur dépendance sur le plan financier et au niveau des soins qu'ils reçoivent pourra faire en sorte qu'il leur soit plus difficile de quitter leur agresseur (Renzetti, 1997).

Par ailleurs, selon la documentation examinée, il y a lieu de croire que les hommes gais puissent souffrir, de façon disproportionnée, de la violence subie au moment d'une agression sexuelle durant l'enfance et de ses séquelles. Parmi la documentation examinée, ce facteur est relié à une vulnérabilité accrue en ce qui concerne la transmission du VIH (Dorais, 1997, Getty, Allen, Arnold, Ploeme et Stevenson, 1999). Parmi les comptes-rendus des cas d'agression sexuelle commise sur un homme par un homme, la plupart ont été perpétrés par des hommes hétérosexuels contre des hommes gais, jeunes ou moins jeunes (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997).

Alors même que les hommes gais se sont élevés contre des environnements sociaux discriminatoires, ils se sont efforcés également de créer leurs propres environnements sociaux/physiques, que cela prenne la forme d'un bar, du « circuit d'événements de danse », d'organismes communautaires ou de communautés de nature géographique. Les lieux commerciaux (tels que les bars, les clubs et les autres entreprises commerciales, etc.) se présentent souvent comme des environnements sociaux importants, où les hommes gais se côtoient et établissent des liens (Vaid, 1995). À travers l'histoire, ceux-ci ont été, et sont toujours par moment, les lieux les plus sûrs où les hommes gais, à tout le moins ceux qui appartiennent aux groupes sociaux dominants, peuvent nouer des contacts.

Historiquement, la cohésion sociale des communautés gaies a été substantiellement rompue et a considérablement souffert des décès associés au SIDA (Rofes, 1996). Ce phénomène s'est produit sans égard au fait qu'il est possible que la crise du SIDA puisse avoir, par la même occasion, contribué à mobiliser les communautés gaies, tout particulièrement au niveau des réseaux d'organismes de services et de l'action politique, quoique cette conséquence de la crise du SIDA, qualifiée avec une certaine ambivalence d'« avantage qu'on a tiré de quelque chose de désastreux », n'ait pas été vécue de la même façon par l'ensemble des communautés gaies (Lavoie, 1998).

La cohésion, la pérennité et le développement des communautés gaies et de leurs efforts, pour s'attaquer efficacement à des problèmes relatifs à la santé, gagneraient à ce que les organismes communautaires et leurs programmes disposent d'un financement gouvernemental plus stable, de même que d'une collaboration accentuée de la part des divers types et niveaux de gouvernement (Winnipeg Gay/Lesbian Resource Centre, 1998).

Il se peut que les environnements sociaux des hommes gais membres des minorités visibles et des hommes gais appartenant à des communautés culturelles minoritaires, s'apparentent (aussi) principalement à des milieux communautaires autres que ceux identifiés à la communauté gaie; il pourrait s'agir de la communauté noire, juive, d'Asie méridionale ou vietnamienne, chacune d'entre elles se carac-

térisant par une vaste diversité de ses membres, ou bien l'environnement social pourrait signifier l'espace se situant à la fois en marge d'une communauté d'origine ethnique et d'une communauté gaie (Takagi, 1996, Cohen, 1996).

Les environnements physiques, en particulier dans les aménagements urbains nord-américains, que les hommes gais ont édifiés comme solutions de rechange, ou pour servir de lieux de répit, à l'hétérosexisme généralisé d'une communauté élargie à prédominance hétérosexuelle, tels que les bars gais, les cafés, les clubs, les gymnases, les saunas, les librairies et ainsi de suite s'accompagnent de leurs propres avantages ou risques pour la santé.

Le « milieu commercial gai » procure de nombreux avantages aux hommes gais. Toutefois, par la même occasion, il peut, par exemple, contribuer de façon notable à maintenir chez les hommes gais et bisexuels des niveaux plus élevés de tabagisme. Une étude américaine, faisant appel à des données remontant aux débuts des années 1990 et à des techniques d'échantillonnage mettant les bars gais à contribution, a découvert qu'au sein de leurs échantillons combinés 47,8 % des hommes gais fumaient couramment la cigarette, en comparaison avec un taux de prévalence de 28,6 % de fumeurs parmi la population masculine américaine totale (Stall, Greenwood, Acree et al., 1999). Il serait donc logique de croire qu'un risque important pour la santé est encouru par les personnes qui travaillent dans le milieu des bars gais, comme les barmans, les danseurs et les serveurs, à cause de la fumée secondaire indirecte de cigarette, bien qu'il n'en soit pas fait état dans la documentation examinée.

Bien que bénéfiques pour plusieurs, les environnements sociaux comme les bars et les clubs de danseurs peuvent en même temps être sources d'inquiétude, à cause de l'omniprésence fréquente de l'alcool et de la l'importante consommation de substances chimiques (Lewis et Ross, 1995). Selon les études, les hommes gais sont aux prises avec des problèmes d'abus d'alcool et de drogues dans une proportion au moins trois fois supérieure à celle qui prévaut dans la population générale (Hellquist, 1996); il se peut que cela soit attribuable aux effets occasionnés par le fait d'endurer l'homophobie et l'hétérosexisme et de percevoir les drogues comme une façon, à tout le moins provisoire, d'échapper à une réalité aussi dure et à acquérir un sentiment accru de contrôle (Lewis et Ross, 1995).

Bien que l'on retrouve peu d'articles traitant de l'étendue et des effets provoqués par les drogues à usage récréatif, par exemple au cours du « circuit gai d'événements de danse » (Lewis et Ross, 1995), Aggleton (1999) nous met en garde contre les extrapolations non corroborées au sujet de l'utilisation des drogues et ses effets sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires, selon que notre attention se porte d'un contexte ou d'un milieu culturel à un autre (par exemple, de l'Australie à l'Angleterre aux États-Unis); il est suggéré de pousser la recherche un peu plus loin. Rofes (1998) nous prévient contre ce qu'il perçoit comme un apparent ressac générationnel, initié par les Américains gais d'âge moyen, contre ceux que l'on pourrait appeler « les jeunes baraqués qui font la fête » (y compris le fait de les prendre comme boucs émissaires et de les étiqueter comme des agents irresponsables de transmission du VIH au sein des communautés gais), et il insiste sur la nécessité d'une exploration des avantages offerts par le circuit des événements de danse et de l'énonciation d'un point de vue plus équilibré.

Les environnements commerciaux gais, par exemple les bars et le circuit des événements de danse, peuvent aussi de manière significative imposer des images, des stéréotypes et possiblement des normes esthétiques applicables aux hommes gais (comme l'allure prédominante apparence hyper-masculine,

image du jeune « Monsieur muscle »), qui alimentent un sentiment d'aliénation chez de nombreux hommes gais qui ne s'y conforment pas ou qui refusent de s'y conformer. De tels stéréotypes sur l'apparence de l'homme gai ont été perçus comme découlant d'une homophobie intériorisée, et ils peuvent provoquer de profonds sentiments d'exclusion et contribuer à éroder de façon importante le sentiment d'estime de soi chez ceux qui ne sont tout simplement pas à la hauteur (Feraios, 1998, Lewis et Ross, 1995). Rofes (1998) semble suggérer qu'au lieu de critiquer la culture des « jeunes bronzés » et les établissements commerciaux qui, dans les grandes agglomérations urbaines américaines, les soutiennent à bout de bras, il y aurait lieu d'accorder une plus vaste reconnaissance de la diversité des lieux commerciaux existants, chacun présentant souvent un style ou une allure corporelle exceptionnellement prédominante. Les hommes gais devraient tirer avantage de cette diversité.

Les lieux commerciaux identifiés à la communauté gaie, en particulier les bars et les clubs, ne constituent pas nécessairement des endroits où ils sont à l'abri de la répression policière ou de la criminalisation, avec son cortège d'effets nuisibles pour le bien-être des hommes gais. Parmi les exemples au Canada, on retrouve la descente policière, effectuée en février 1994, suivie d'arrestations massives au populaire bar Katakombes/club KOX (Remiggi, 1998), de même qu'une descente policière plus récente, en 1999, au Bijou, un établissement de Toronto cumulant les activités de bar gai, de présentation de films vidéos et de club de strip-tease.

Dans les villes plus petites, tout particulièrement, il est possible que les bars constituent le seul point d'accès à la communauté gaie pour les jeunes gais et lesbiennes, et cela contribue à souligner l'importance de tels lieux commerciaux. Au sein de certaines communautés, étant donné la relative sécurité que procurent des établissements de cette nature pour nouer des contacts, il se peut tout simplement que de tels lieux n'existent pas en nombre suffisant ou qu'ils soient inexistantes. Cependant, par la même occasion, il demeure possible que de tels établissements puissent aussi mettre l'accent sur des activités à « forte teneur en alcool » (Flynn Saulnier, 1998, Hellquist, 1996).

En ce qui concerne l'accessibilité au logement, les hommes gais font face à une discrimination importante, si l'on se fie aux résultats d'une étude effectuée auprès d'un échantillon de 180 individus ayant fait paraître, à Windsor et à London en Ontario de même qu'à Détroit au Michigan, une petite annonce pour des chambres ou des logements à louer. Informés de l'orientation homosexuelle de la personne à la recherche d'une chambre ou d'un logement, un grand nombre d'annonceurs informaient cette dernière que la chambre ou le logement n'était plus disponible (Page, 1998).

Les habitations pour personnes âgées, les résidences à l'intention des aînés et les services de soutien à domicile, pour les hommes gais plus âgés vivant dans leurs propres appartements ou maisons, semblent se caractériser par une discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et par un manque généralisé de sensibilité vis-à-vis des besoins des hommes gais du 3^e âge (Hamburger, 1997).

L'orientation sexuelle est un déclencheur important dans le cas des jeunes qui vivent et se retrouvent à la rue et sans abri, avec les risques pour la santé et le bien-être qui s'y rattachent (Dempsey, 1994, Association canadienne de santé publique, 1998, Davey et al., 1999). Aux yeux de nombre de jeunes gais, les maisons d'hébergement sont perçus comme un milieu dangereux à cause de l'atmosphère homophobe qui y règne (Association canadienne de santé publique, 1998).

Par moment, les utilisateurs de drogues injectables qui vivent dans la pauvreté, ainsi que les hommes gais, jeunes et plus âgés, appartiennent à des populations qui se chevauchent. Par exemple, dans le cadre d'une stratégie de prévention du VIH auprès d'utilisateurs de drogues injectables du secteur Est du centre-ville de Vancouver, c'est dans un climat de collaboration que l'on s'est attaqué à la pénurie de logements sûrs et abordables, reconnu comme un facteur en matière de santé (Santé Canada, 1998b, Eades et Kort, 1996).

Les environnements physiques, tant ceux propres aux gais que ceux d'ordre général, se révèlent souvent physiquement inaccessibles aux hommes gais handicapés, ce qui limite leur participation aux activités communautaires et leur mieux-être personnel (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997).

Dans la documentation examinée, le cyberspace, à titre d'environnement social/physique en émergence pour les jeunes et les hommes gais, demeure un champ d'exploration relativement vierge. Il y a lieu d'approfondir davantage le recours aux sites Internet par des organismes gais, lesbiens et bisexuels (Central Toronto Youth Services, 1999). L'utilisation que font les hommes gais des sites Internet, de même que des groupes de clavardage et de bavardage virtuel, ainsi que des babillards électroniques offerts sur Internet, suscite des questions au sujet de l'emprise exercée sur la santé des hommes gais, y compris d'une part, la possibilité d'un sentiment exacerbé d'isolement et, d'autre part, celui d'un isolement moindre pour les jeunes et les hommes gais des régions rurales. Cependant, comme la documentation examinée tient ces sujets et leur examen dans l'ombre, une recherche s'impose en la matière.

Il est surprenant de constater que la documentation examinée ne dit mot de l'environnement social/physique des pénitenciers dans la vie des hommes gais, y compris les jeunes gais, les personnes bispirituelles et les individus des communautés minoritaires sur le plan culturel, ethnique ou racial. Les conséquences des milieux carcéraux pour la santé des hommes gais demeurent marquées, étant donné les taux nettement élevés d'agression, incluant les agressions sexuelles, qui prévalent dans les prisons contre les hommes gais, et pourtant cette forme de violence semble passée sous silence par les chercheurs.

4.7 Habitudes personnelles en matière de santé, capacités d'adaptation et aptitudes à les mettre en pratique

Dans la documentation générale sur la santé de la population, les habitudes personnelles en matière de santé sont perçues comme un facteur primordial de prévention des maladies (par exemple : cancer du poumon, abus de l'alcool et ses effets, maladies cardio-vasculaires et diabète) et de promotion de la prise en charge. Les capacités d'adaptation efficaces, au même titre que le savoir et les buts des individus, sont perçues comme leur permettant d'agir de façon autonome, de résoudre des problèmes et d'effectuer des choix qui améliorent l'état de santé. Par ailleurs, de telles habitudes et capacités font partie de déterminants socio-économiques plus vastes, qui influent de façon importante sur les pratiques, choix et aptitudes individuels (Santé Canada, 1994, Hamilton et Bhatti, 1996, Santé Canada, 1999b). Les capacités d'adaptation sont vues comme étant « les aptitudes mises en pratique par les personnes, afin d'interagir efficacement avec le monde qui les entoure, de composer avec les événements, les défis et les causes de stress auxquels ils doivent faire face dans la vie de tous les jours » (Santé Canada, 1994).

Dans le cas présent, les aptitudes requises pour la mise en pratique intégrée et soutenue d'habitudes en matière de santé et de capacités d'adaptation personnelles sont posées comme ayant une importance cruciale en ce qui a trait à la compréhension de ce déterminant de la santé, puisque les habitudes et les capacités sont médiatisées par les gens et par leur interaction au sein d'un environnement social. Par exemple, il a été constaté que des rapports de pouvoir inégaux sur le plan social, au niveau de l'établissement de rapports interpersonnels, exercent un effet profondément corrosif sur l'aptitude des hommes gais, en particulier ceux qui appartiennent à des communautés minoritaires sur le plan ethnique, culturel ou racial, de mettre en pratique des habitudes et des capacités d'adaptation saines, spécialement en matière de prévention du VIH (Sanitioso, 1999).

Les ressources et les capacités d'adaptation inventives et « réagissantes », déployées par les hommes gais en présence de l'oppression et d'obstacles immenses, ont rarement été identifiées à des forces dont ils disposent (Aggleton, 2000).

Chez les hommes gais, l'homophobie intériorisée, et la dévalorisation et la honte qui l'accompagnent (Allen et Oleson, 1999, Kaufman et Raphael, 1996), sont perçues comme étant étroitement associées à une érosion de leurs capacités d'adaptation et à sentiment d'affaiblissement de leur efficacité (Clermont et Sioui-Durand, 1997, Village Clinic, 1998). Il importe de qualifier l'homophobie intériorisée, laquelle n'englobe pas nécessairement une réticence entourant le désir de s'identifier comme gai. Par exemple, il se peut que la réticence de certains hommes gais afro-américains à s'identifier comme gais soit très peu apparentée à une expression d'homophobie intériorisée, et qu'elle soit associée de façon plus prononcée avec le racisme auquel ils sont confrontés dans les communautés identifiées aux hommes blancs (Sears, 1995). Par ailleurs, il est possible que les hommes gais d'origine asiatique dans le contexte australien, par exemple, ne s'identifient pas aux communautés gaies à cause des attitudes racistes ou des comportements discriminatoires que l'on y manifeste (Sanitioso, 1999).

Dans la documentation (et particulièrement celle de nature médicale) sur les hommes gais, les habitudes en matière de santé et les capacités d'adaptation personnelles, tout comme les problèmes de santé en général, semblent avoir été abordés en grande partie sous l'angle d'une préoccupation précise à l'égard du comportement sexuel, du VIH et du SIDA (Aggleton, 2000; Jalbert, 1999). Plus exactement, une proportion importante de la documentation relative à la santé des hommes gais évoque les habitudes en matière de santé et les capacités d'adaptation personnelles par rapport à leurs effets sur les comportements sexuels à risque élevé en matière de transmission du VIH. C'est ainsi, par exemple, que la façon dont les hommes gais gèrent leur consommation et leur abus d'alcool, de même que l'utilisation d'autres substances telles que les drogues à usage récréatif, sont généralement abordées dans le but d'en explorer les effets relatifs aux comportements sexuels à risque élevé (Village Clinic, 1998, Lewis et Ross, 1995).

Selon Rofes (1998), dont les écrits s'inspirent du contexte américain, le recours à un modèle d'analyse rigide des habitudes, de type connaissance / attitude / comportement (KAB), en matière de prévention du VIH (Radford, 1998) a contribué à nourrir la perception, qu'ont les hommes gais, que tout écart aux lignes de conduite rigides équivaut à adopter de mauvaises habitudes en matière de santé, ou à échouer à cet égard, et à faire preuve de pauvres capacités d'adaptation. Chez les hommes gais, ce fait est perçu comme engendrant la honte et apportant de l'eau au moulin de la dévalorisation. Dans le contexte

actuel, les limites générales imposées par un modèle de type KAB, en ce qui concerne la prévention du VIH chez les hommes gais, sont bien reconnues dans la documentation, et particulièrement dans celles d'origine canadienne et australienne (Adam et al., 2000, Commonwealth Department of Health and Family Services, 1998). Cette reconnaissance se situe dans la foulée d'un mouvement généralisé vers une approche axée sur la promotion de la santé et, plus particulièrement, un modèle de réduction des méfaits en ce qui concerne les habitudes en matière de santé et les capacités d'adaptation personnelles.

Taghavi (1999) souligne l'importance pour les hommes gais de perfectionner et de mettre en pratique des aptitudes personnelles en matière de gestion de la santé, y compris en ce qui concerne la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues. Certains ont appris à utiliser efficacement ces aptitudes; d'autres n'y sont pas arrivés ou travaillent à les perfectionner. Taghavi observe qu'il existe peu d'endroits, où les hommes gais peuvent apprendre et perfectionner de telles aptitudes en matière de gestion de la santé, tout en travaillant à accroître leur estime de soi et leur niveau de confiance grâce auxquels ils seront en mesure de mettre efficacement en pratique ces aptitudes.

Les rapports de pouvoir inégaux, lors de l'établissement de rapports interpersonnels, sont perçus comme des facteurs nuisibles à la capacité de mettre en pratique de façon efficace des aptitudes et des connaissances en matière de santé. Par exemple, il s'avère utile de citer un extrait d'une étude en provenance d'Australie :

(...) malgré leurs connaissances, il arrive que les hommes gais et homosexuellement actifs (GHA) d'origine asiatique n'interviennent pas au niveau du processus décisionnel ou de la négociation entourant les activités sexuelles avec leur partenaire sexuel, en particulier dans les cas où le partenaire est perçu comme possédant un statut supérieur comme celui de blanc anglophone, plus âgé et plus expérimenté (Sanitioso, 1999).

Abordant la santé des hommes gais dans un contexte canadien, McInnis et Kong (1998) soulignent l'importance pour les hommes gais de renforcer une vaste gamme de capacités positives d'adaptation, à la lumière en particulier des effets considérables de l'homophobie sur leur état de santé, tout comme de la perte, subie par nombre d'entre eux, d'amis ou d'amants à cause du SIDA. Parmi ces capacités à s'adapter, on retrouve : revendiquer son identité gaie, adopter petit à petit des mesures favorables à sa santé, s'auto-administrer des soins, identifier des moyens d'obtenir du soutien et d'apporter sa contribution à la communauté, lutter contre l'homophobie et l'hétérosexisme lorsque cela est possible, apprendre de diverses façons à exprimer un éventail d'émotions, comprendre et identifier sa colère, déterminer ses limites et exprimer ses besoins (McInnis et Kong, 1998).

4.8 Développement sain de la petite enfance / adolescence

Pour ce qui est de la population générale, les expériences vécues durant la période prénatale et celle de la petite enfance occasionnent des effets positifs considérables sur l'état de santé, de bien-être et sur les capacités d'adaptation éventuelles. La qualité de ces premières expériences est influencée par les déterminants de nature socio-économique; la pauvreté en particulier provoque une kyrielle d'effets négatifs. Jusqu'à tout dernièrement, la documentation relative à la santé de la population a semblé mettre exclusivement l'accent sur les expériences prénatales et sur celles de la petite enfance, comme élément constitutif de la catégorie relative au développement sain de la petite enfance, pour en exclure les expériences de l'adolescence et de la pré-adolescence (Santé Canada, 1994, Hamilton et Bhatti, 1996, Bourget, date inconnue). Toutefois, ces dernières années, la documentation soutient officiellement l'inclusion de la

pré-adolescence et de l'adolescence, les jeunes âgés de 13 à 18 ans, à l'intérieur de la catégorie du développement de l'enfance (Santé Canada, 1999b).

Pour la jeunesse gaie, l'adolescence constitue une période cruciale au niveau de leur santé et de leur bien-être; au cours de leur vie, c'est durant cette étape de leur développement qu'ils sont les plus susceptibles de composer directement avec problèmes relatifs à l'orientation sexuelle, y compris de résister et de survivre à l'homophobie et à l'hétérosexisme (Dempsey, 1994).

Par la reformulation de propos antérieurs relatifs aux déterminants des réseaux de soutien social, de l'éducation et de l'environnement social, nous désirons aborder des enjeux propres au développement sain de la petite enfance / adolescence de la jeunesse gaie.

L'isolement social (imposé par les membres de la famille, les pairs, les enseignants et ainsi de suite), vécu par de nombreux jeunes gais, est mentionné dans la documentation comme un facteur important du haut taux de suicide et de tentative de suicide que l'on retrouve chez les jeunes gais et lesbiennes, tout comme c'est le cas pour leurs niveaux plus élevés de consommation d'alcool et autres drogues et d'itinérance (Grossman et Kerner, 1998, Dempsey, 1994) (Hellquist, 1996, Association canadienne de santé publique, 1998). Le *Lesbian, Gay, Bisexual Youth Project* de Nouvelle-Écosse (date inconnue) cite des statistiques de Hetrick et Martin, selon lesquelles 80 % des jeunes gais, lesbiennes et bisexuel (le) s révèlent des problèmes graves d'isolement, y compris le fait de n'avoir personne à qui parler, le sentiment d'être tenu à l'écart des pairs et de la famille ainsi que le manque d'accès à des renseignements valables au sujet des questions relatives à la réalité gaie, lesbienne et bisexuelle. Étant donné que dans la population générale, les adolescents et les jeunes adultes sont, parmi tous les groupes d'âges, les plus susceptibles de bénéficier de niveaux élevés de soutien social, cet aspect présente une importance marquée (Santé Canada, 1999b).

La violence faite aux gais, ou les actes de violence posés contre les hommes gais (et contre ceux qui sont perçus comme étant des hommes gais), comme forme ouverte d'expression de l'homophobie, fait partie des mœurs nord-américaines, en particulier dans le cas des jeunes gais pour qui la violence en milieu familial s'avère particulièrement élevée (Dempsey, 1994). Selon les conclusions d'un sondage effectué dans le cadre de l'étude ontarienne *Project Affirmation*, 22 % des participants (270 personnes) ont rapporté avoir fait l'objet d'une agression physique; 73 % des personnes agressées étaient des hommes gais ou bisexuels et 80 % des agresseurs étaient des hommes (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997).

En règle générale, les écoles constituent des environnements hostiles pour les jeunes gais, lesbiennes et bisexuel (le) s (Association canadienne de santé publique, 1998, *Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Project* de Nouvelle-Écosse, date inconnue, Flynn Saulnier, 1998). Comme les jeunes semblent s'identifier à un âge de plus en plus précoce, l'importance d'une telle situation prend d'autant plus d'ampleur. Les écoles canadiennes ont été très lentes à intégrer un aperçu de la sexualité gaie et lesbienne au programme scolaire et, lorsque cela se fait, une telle référence est souvent confrontée à un mouvement d'opposition suscitée par des organismes religieux de droite (McKay, 1998). Une telle hostilité, provoquée par l'homophobie et l'hétérosexisme, peut aller de la violence verbale à la violence physique (Dempsey, 1994).

Dans les milieux scolaires, les effets de l'homophobie et de l'hétérosexisme contribuent à / au :

- décrochage scolaire de nombreux (ses) adolescents (es) gais, lesbiennes et bisexuels (les) à cause du harcèlement (Dempsey, 1994, *Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Project* de Nouvelle-Écosse, date inconnue, Magnuson, 1992), un harcèlement qui est souvent toléré, et dans certains cas favorisé, par les enseignants et membres du personnel (Flynn Saulnier, 1998);
- l'itinérance de nombreux adolescents homosexuels (Dempsey, 1994, Association canadienne de santé publique, 1998, Davey et al., 1999);
- des taux élevés de suicide et de tentative de suicide (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997, Flynn Saulnier, 1998, Hellquist, 1996);
- une homophobie intériorisée, la honte et une faible estime de soi (Association canadienne de santé publique, 1998, Kaufman et Raphael, 1996).

Dans le même ordre d'idées, le racisme et ses effets dévastateurs, au sein des milieux scolaires, sont désignés dans la documentation examinée comme des facteurs qui contribuent à la détérioration de l'état de santé de la jeunesse gaie (Sears, 1995, Monteiro et Vincent Fuqua, 1995).

Les efforts souscrits par les organismes gais, les jeunes gais et leurs alliés, pour modifier les milieux scolaires (grâce à des mesures favorisant le regroupement des étudiants, la tenue d'ateliers à l'intention du personnel, des enseignants et des étudiants, des efforts d'organisation initiés par des étudiants gais pour susciter des changements fondamentaux dans le domaine de l'éducation et ainsi de suite) ont été courageux et sources d'inspiration (Société canadienne du sida, 1998). Malgré les risques courageusement encourus, en particulier par les jeunes gais, des obstacles de taille se dressent sur leur route et les retombées de leur travail ne semblent ni très considérables ni véritablement généralisées (Vaid, 1995). Il se peut que les enseignants gais soient hésitants à divulguer leur orientation sexuelle (ou à s'afficher comme de solides alliés à leurs démarches) pour ne pas, par exemple, être confrontés au risque d'être perçus, ainsi que le veulent des mythes hétérosexistes, comme des pédophiles (Flynn Saulnier, 1998, Appleby et Anastas, 1998).

L'orientation sexuelle constitue un déclencheur important dans le cas des jeunes qui vivent et se retrouvent à la rue et sans abri, avec les risques pour la santé et le bien-être qui s'y rattachent (Dempsey, 1994, Association canadienne de santé publique, 1998, Davey et al., 1999). Aux yeux de bon nombre de jeunes gais, les maisons d'hébergement sont perçues comme un milieu dangereux à cause de l'atmosphère homophobe qui y règne (Association canadienne de santé publique, 1998).

La documentation fait état du rapport entre la prévention du VIH et les soutiens sociaux (Otis et al., 1999), tout particulièrement dans le cas des jeunes: « Nous savons que l'aptitude d'un homme gai à faire siens des rapports protégés est associée à une haute estime de soi, à de forts soutiens sociaux, à une orientation sexuelle positive et à un sentiment d'appartenance à un groupe affinitaire. Dans tous ces domaines, les jeunes hommes gais accusent de sérieuses lacunes. Pour de nombreux jeunes gais, le processus d'acceptation de leur homosexualité con-

stitue une période difficile. La prévention du VIH est reléguée au rang de préoccupation secondaire » (Association canadienne de santé publique, 1998).

Par ailleurs, selon la documentation examinée, il y a lieu de croire que les hommes gais pourraient souffrir, de façon disproportionnée, de la violence subie au moment d'une agression sexuelle durant l'enfance et de ses séquelles (Dorais, 1997, Getty, Allen, Arnold, Ploeme et Stevenson, 1999). Dans la plupart des cas, les agressions subies par les jeunes gais durant l'enfance avaient été perpétrées par des hommes hétérosexuels (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario), 1997). La documentation examinée établit des liens entre les agressions subies durant l'enfance, par les hommes gais et bisexuels, et une vulnérabilité accrue en matière de transmission du VIH (Dorais, 1997, Getty, Allen, Arnold, Ploeme et Stevenson, 1999).

4.9 Services de santé

Dans la documentation générale sur la santé de la population, un rapport positif est établi entre la disponibilité de services de soins préventifs et de première ligne et l'amélioration de la santé (Hamilton et Bhatti, 1996). Les services de santé, « plus particulièrement ceux qui concourent au maintien et à l'amélioration de l'état de santé, à la prévention des maladies et à la restauration de la santé », contribuent à la santé (Santé Canada, 1999a). Quoiqu'il en soit, de façon classique, les services de santé sont faussement perçus comme exerçant une influence plus importante sur la santé des Canadiens que nombre d'autres déterminants de la santé (Bourget, date inconnue).

L'équité en matière d'accès par les hommes gais à des services de santé appropriés s'est située au centre des préoccupations, de la recherche et des recommandations formulées dans le cadre de plusieurs études et rapports de recherche canadiens de même que par diverses ressources en santé (Association canadienne de santé publique, 1998, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1996, Jalbert, 1999, Taghavi, 1999, McInnis et Kong, 1998, Bouchard, 1995, Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997, Clermont et Sioui-Durand, 1997, Ryan et al., 2000).

Dans la documentation examinée portant sur les services de santé, on met en relief les barrières méthodologiques à l'inclusion des hommes gais en matière de recherche sur la santé. Par exemple, la stigmatisation vécue par les hommes gais limite dangereusement la possibilité d'effectuer des recherches auprès d'échantillons vastes et fiables, qui soient représentatifs de leur véritable diversité; cette même stigmatisation limite aussi leur aptitude de s'identifier comme gais auprès des professionnels de la santé et des services sociaux (Ryan et al., 2000).

L'homophobie et l'hétérosexisme affectent considérablement la qualité des soins, qui sont dispensés par les fournisseurs de soins de santé du système de santé. Les professionnels de la santé semblent mal préparés pour interagir efficacement avec des bénéficiaires gais (Ryan et al., 2000). Le SIDA semble avoir accentué l'homophobie de certains fournisseurs de soins de santé et, aux yeux de certains d'entre eux, le SIDA et l'homosexualité sont intimement liés l'un à l'autre (Jalbert, 1999, Ryan et al., 2000). Par ailleurs, dans le cas des hommes gais,

(...) qui affirment leur identité gaie ou qui divulguent leur orientation sexuelle à leur fournisseur de soins de santé, il semble que cela entraîne une satisfaction accrue chez le patient à l'égard des soins reçus, mais

que cela incite aussi le fournisseur de soins de santé à examiner de façon plus approfondie des problèmes tels que les maladies transmises sexuellement et le SIDA (Ryan et al., 2000).

Dans le système de santé et de services sociaux, les hommes gais sont à la fois confrontés à une discrimination systémique (par exemple, en ce qui concerne les formulaires d'admission ou d'accueil qui prennent l'hétérosexualité pour acquise, les milieux de travail homophobes, etc.) et les préjugés personnels des professionnels de la santé. Les hommes gais transgénrés et ceux qui appartiennent à des groupes minoritaires sur le plan ethnique, culturel ou racial peuvent être confrontés à un surcroît de discrimination systémique et de préjugés (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997, Taghavi, 1999, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1996, Ryan et al., 2000).

D'autre part, les hommes gais sont souvent rendus invisibles au sein du système de santé qui, fréquemment, est perçu comme peu sûr par les hommes gais et les personnes appartenant à d'autres minorités sexuelles (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1996, Ryan et al., 2000). En outre, la diversité, qui prévaut chez les hommes gais, semble souvent être mise de côté ou rendue invisible au sein du système de prestation de soins de santé (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).

L'estime de soi, souvent érodée par l'homophobie et l'hétérosexisme, de même que d'autres rapports d'inégalité, comme le racisme, sont considérés comme des facteurs qui influencent l'accès à des soins de santé appropriés; privés d'estime de soi, les hommes gais « (...) ne solliciteront pas de soins de santé convenables, n'auront pas l'impression qu'ils en sont dignes, n'auront pas l'impression qu'ils en ont besoin » (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).

L'absence d'une formation adéquate et pertinente des fournisseurs de soins de santé constitue un obstacle de taille en matière de soins de santé pour les hommes gais. Par exemple, les fournisseurs de soins de santé ne semblent pas avoir reçu une formation, qui leur permette de recueillir les renseignements qui leur sont nécessaires pour être utiles aux hommes gais; de plus, semble-t-il, les fournisseurs de soins de santé confondent souvent le comportement sexuel et l'orientation sexuelle et, en général, ils semblent mal préparés pour s'occuper des patients gais. En apparence, les fournisseurs de soins de santé gais ou lesbiens possèdent une meilleure compréhension des enjeux associés à la santé gaie (Ryan et al., 2000).

La terrible pénurie de financement des coûts opérationnels des organismes communautaires gais et lesbiens constitue un problème en matière de soins de santé; ces organismes offrent aux hommes gais et aux lesbiennes des services de santé, de type communautaire et parallèle, qui améliorent leur santé et leur condition physique (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1996).

Parmi les recommandations visant à s'attaquer à des problèmes tels que ceux mentionnés ci-dessus, on retrouve :

- l'instauration d'une formation et d'un enseignement appropriés pour les fournisseurs de soins de santé qui sont perçus comme étant, en général, ouverts à cet égard (Jalbert, 1999, Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997, Commission des droits de la personne et

des droits de la jeunesse, 1996). À la grandeur du Canada, les écoles de formation professionnelle devraient :

reconnaître qu'une formation inadéquate en matière d'enjeux relatifs à la santé gaie, lesbienne, bisexuelle et bispirituelle (GLBB) a contribué à approfondir leur marginalisation et les a conduits à se retrouver dans une situation qui présente un plus grand risque pour leur santé (...) et qu'une solution cette situation passe par le contenu des cours, par la recherche et la consultation auprès de ces communautés (Ryan et al., 2000).

Par ailleurs, la formation continue des fournisseurs de soins de santé et des professionnels devrait être soutenue par des programmes pertinents, tels que ceux mis de l'avant par le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (Ryan et al., 2000).

- Dans tous les secteurs, il faudrait qu'existent des politiques et des procédures qui reconnaissent l'homophobie, l'hétérosexisme, la « biphobie » et la « transphobie » comme des formes systémiques d'oppression avec lesquelles il faut composer de façon proactive (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario), 1997; Ryan et al., 2000).
- Les structures et les institutions qui soutiennent le système de santé (comme le gouvernement et ceux qui formulent les politiques, les associations professionnelles, les établissements d'enseignement post-secondaire) doivent cesser de laisser de côté les communautés gaies et celles des autres minorités sexuelles et travailler de concert avec elles et dans leur intérêt (Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, 1997, Jalbert, 1999, Clermont et Sioui-Durand, 1997).
- Dans le système de santé, il faut envisager la mise au point de services particuliers ou individualisés pour répondre efficacement aux besoins uniques en matière de santé et des services sociaux des hommes gaies et des lesbiennes (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1996, Clermont et Sioui-Durand, 1997, Ryan et al., 2000, Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).
- Les organismes officiels doivent se transformer en endroits « sûrs » pour les hommes gaies et doivent adopter une attitude positive envers l'homosexualité (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).
- Le système de santé doit reconnaître le savoir-faire acquis par les groupes et organismes communautaires desservant les communautés gaies et lesbiennes (Clermont et Sioui-Durand, 1997).
- Il faut améliorer le climat de coordination et de coopération entre le système de santé et les organismes communautaires gaies et lesbiennes (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1996).
- Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de chef de file, au niveau de l'articulation des meilleures pratiques en ce qui a trait à la santé et au bien-être des hommes gaies, y compris la formulation de recommandations à l'effet d'adapter les services, « aider les établissements et les fournisseurs par l'entremise de la mise sur pied de programmes de formation, la rédaction de guides et d'autres documents (...) qui puissent s'appliquer sans égard aux partages de juridictions », et soutenir les initiatives en matière de recherche et aux projets-pilotes qui s'attaquent aux enjeux relatifs à l'accès aux soins de santé et à la prestation de services (Ryan et al., 2000). Au cours d'un récent groupe-focus sur la santé gaie, on a observé que les participants :

ont souligné l'importance de la participation du gouvernement en ce qui concerne une vision plus générale des déterminants de la santé pour les hommes gaies, qui ne se limite pas simplement au domaine du

VIIH/SIDA. Les participants ont précisé que les stratégies et les politiques en matière de santé pour les hommes gais se doivent d'être efficaces, ouvertes et aptes à stimuler la prise en charge (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).

- Les organismes communautaires gais et lesbiens, tout comme les maisons d'hébergement pour les femmes, devraient disposer d'une enveloppe de financement plus large de la part des ministères et des instances gouvernementales en matière de santé (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1996).
- La diversité qui prévaut chez les gais, les lesbiennes et les autres minorités sexuelles devrait être prise en compte, faire l'objet d'une recherche accrue et abordée comme un rouage essentiel, en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux soins de santé et des services (Clermont et Sioui-Durand, 1997, Jalbert, 1999, Ryan et al., 2000) :

(...) il est important de reconnaître l'interconnectivité de différentes formes d'oppression et, lorsque l'on examine l'accès aux soins de santé pour les hommes gais, de ne pas prendre pour acquis l'existence d'une population gaie homogène. (...) il faut s'attaquer (...) au pouvoir et aux privilèges (...) lorsqu'on se penche sur la santé et sur les moyens dont disposent les gens pour être en santé (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).

4.10 Sexe

Dans la documentation générale sur la santé de la population, les mentions relatives au sexe comme déterminant de la santé se font plus rares, car il semble bien qu'il s'agisse d'une « nouvelle » et plus récente catégorie. Le sexe est perçu comme s'apparentant aux formes de rôles et de comportements exigés des deux sexes par la société, et ils se caractérisent par les différences sur le plan du pouvoir et de l'influence dévolus à chacun par la société. Les femmes, de façon constante, sont sous-estimées et rares sont celles qui ont été en mesure de devenir les égales des hommes à l'échelle politique, sociale et économique. Les femmes demeurent plus susceptibles de connaître la pauvreté et d'être les victimes de violences physiques et sexuelles. Les comportements et les rôles des hommes exercent un effet sur leur santé; par exemple, les taux plus élevés d'alcoolisme et la conduite dangereuse occasionnent des conséquences négatives sur la santé des hommes (Bourget, date inconnue).

L'homophobie, à titre d'« arme sexiste », tout comme la violence et l'oppression économique, sont perçues comme les assises sur lesquelles l'édifice du sexisme (contrôle des femmes par les hommes) est solidement maintenu en place (Pharr, 1997). En s'attaquant à l'homophobie et à l'hétérosexisme, on se dote d'un outil de premier ordre pour contrer efficacement l'inégalité entre les sexes et améliorer la santé et le mieux-être des femmes. Réciproquement, le sexisme s'alimente et s'appuie sur l'homophobie et l'hétérosexisme; il apparaît donc qu'en s'opposant au sexisme, l'homophobie et l'hétérosexisme sont efficacement mis en échec. Cette situation s'accompagne de conséquences sur le plan pratique; par exemple, « il serait contraire à l'éthique d'aborder le financement des programmes de santé pour les hommes gais sans dénoncer le profond déséquilibre des ressources allouées aux services de santé pour les lesbiennes. Il est rare que les ressources, allouées aux centres communautaires et aux centres de santé mixtes gais et lesbiens, soient distribuées de façon équitable entre les sexes (...) » (Rofes, 1998).

Dans la société canadienne, l'homophobie et l'hétérosexisme limitent les rôles tant masculin que féminin (*Winnipeg Gay/Lesbian Resource Centre*, 1998).

Les concepts dominants de la masculinité plongent leur racine dans le sexisme et dans une orientation hétérosexuelle fermement ancrée; les hommes gais, jeunes et plus âgés, se retrouvent donc presque inévitablement confrontés avec un questionnement ardu sur la légitimité de leur masculinité, ce qui peut les conduire à vivre de la honte et à ressentir un sentiment d'échec et d'homophobie intériorisée.

La culture gaie occidentale dominante, au fil des transformations qu'elle a connues au cours des vingt dernières années, semble avoir repositionné les critères esthétiques classiques de la masculinité, « l'apparence hyper-masculine, le bel éphèbe athlétique, l'image du jeune Monsieur muscle », imposés comme une norme culturelle, que ce soit dans un sens ironique ou pas. Par exemple, la réinscription des formes classiques de la masculinité, en ce qui concerne l'image corporelle, peut être associée à une angoisse généralisée chez les hommes gais de ne pas vouloir avoir l'air « malade » au cours d'une période dominée par le VIH et le SIDA ou de vouloir se doter (magiquement) d'un sentiment d'immunité vis-à-vis de l'infection par le VIH. Le fait d'accorder une connotation érotique aux images classiques de la masculinité, au sein de la culture gaie dominante nord-américaine (par exemple par l'entremise de la pornographie gaie, de l'art érotique, de la publicité commerciale et des médias), devient la norme, et il s'accompagne de son lot de réification de son « évidente » supériorité et désirabilité (Lewis et Ross, 1995, Feraios, 1998). Les effets sur la santé de la réinscription des formes dominantes de la masculinité (tant les avantages que les risques éventuels) semblent n'avoir été que peu abordés dans la documentation trouvée.

En général, les vies et les perspectives qui s'offrent aux personnes bispirituelles (incorporant les deux sexes et les deux rôles qui leur sont assignés) sont avantagées par les traditions des communautés et nations autochtones qui leur accordent une valeur positive quoique, ces derniers temps, lesdites traditions aient subi l'influence du colonialisme (Tafoya et Wirth, 1996, Tafoya et Roeder, 1995, Tafoya, 1989, Brown, 1997). Par ailleurs, il est possible que les vies et les perspectives offertes aux personnes bispirituelles contribuent à ce que soit positivement repensée l'orientation sexuelle et son rapport avec les problèmes relatifs aux personnes transgénérées au sein des communautés gaies dominantes.

Les hommes gais transgénérés peuvent devoir composer avec des problèmes particuliers d'irrespect, tout comme d'exclusion, au sein des communautés gaies dominantes à l'intérieur de la société au sens large (McInnis et Kong, 1998); les enjeux relatifs à l'identité sexuelle font partie intégrante des questions auxquelles la santé gaie est confrontée.

4.11 Culture

La culture, à titre de déterminant de la santé dans le cadre de la politique canadienne sur la santé de la population, est habituellement considérée comme ayant trait aux « enjeux multiculturels de la santé » (Santé Canada, 1999a) associés au Canada aux groupements minoritaires de population, sur le plan culturel, ethnique et racial. De tels enjeux sont perçus comme

l'illustration de l'importance essentielle qu'il y a de prendre simultanément en considération les liens d'interrelation qui se sont tissés autour du bien-être physique, mental, spirituel, social et économique (Santé Canada, 1999a).

La prise en compte de la culture dans une optique plus large, plus dynamique suppose de prendre note et d'interroger, simultanément, les cultures, les valeurs, les rapports sociaux et les institutions des groupes raciaux et ethniques dominants au Canada (tels que les groupes anglo-saxons, protestants et blancs à la grandeur du Canada et les populations francophones et catholiques spécialement au Québec et en Acadie) et leurs effets sur les hommes gais et leur santé, sachant que ceux-ci sont issus d'un éventail diversifié de communautés culturelles. Par exemple, il est possible de forcer une interrogation critique des cultures canadiennes dominantes en ce qui concerne leur (s) :

- profonds postulats culturels à l'égard de l'hétérosexisme et de l'homophobie, qui trouvent fréquemment leur justification et plongent souvent leurs racines dans un discours chrétien qui font appel à la pureté, à la vertu, à la retenue et à la protection de la famille nucléaire;
- valeurs politiques libérales occidentales relatives à l'individualisme, aux droits humains individuels et à une vision fondée sur la loi naturelle de « groupes d'intérêts » concurrents, ainsi qu'à une tendance se faisant jour au Canada d'abandonner une vision morale issue d'un cadre religieux pour en privilégier une qui soit fondée sur les droits des individus;
- histoires collectives marquantes et amples cadres de référence teintés à la foi de racisme et de colonialisme.

Il se peut que les répercussions sur les hommes gais et sur leurs communautés puissent être perçues comme contradictoires comme, par exemple :

- la montée, au sein de l'arène politique élargie, de communautés gaies et de mouvements perçus (principalement) comme des groupes d'intérêts;
- un hétérosexisme et une homophobie soutenus dans la vie de tous les jours et au sein d'établissements de première importance, tels que les écoles, et une violence marquée et une oppression intériorisée, paradoxalement parallèles à une protection juridique croissante des droits individuels en rapport avec l'orientation sexuelle;
- la reproduction de cadres de référence apparentés au racisme et à l'ethnocentrisme au sein des cultures et communautés gaies dominantes (McInnis et Kong, 1998, Eenam Park Hagland, P., 1998).

Par ailleurs, la prise en compte des cultures de divers groupes minoritaires nord-américains, mais plus spécialement canadiens, sur le plan ethnique, culturel et racial suppose l'examen de leur mode de vie et des transformations dynamiques qui surviennent dans la mouvance, à l'encontre ou en marge des cultures dominantes, de même que des effets équivalents sur un

vaste éventail d'hommes gais et leur santé. Par exemple, les individus qui appartiennent à des groupes minoritaires au niveau ethnique, culturel et racial sont souvent perçus comme :

- accordant une grande valeur à la famille et à la famille élargie, à la communauté d'origine et, par moment, aux institutions religieuses locales (église, mosquée, synagogue, temple, etc.), différemment et de façon plus prononcée que les personnes appartenant aux groupes culturels dominants;
- cherchant « refuge dans la tourmente » (des souffrances endurées quotidiennement à cause du racisme et de l'ethnocentrisme des personnes provenant des groupes dominants) et satisfaction au sein de leurs réseaux et communautés d'origine;
- étant possiblement plus susceptibles de devoir composer avec des problèmes liés aux difficultés économiques et au chômage (Icard et al., 1992, Cohen, 1996);
- tirant souvent profit d'une histoire marquée par la résistance et les luttes;
- vivant au sein de ou en marge de plus d'une communauté ou culture, de même que négociant et établissant des rapprochements, de façon dynamique, avec diverses cultures (Takagi, 1996, Cohen, 1996) (Ridge, Hee et Minichiello, 1999).

Par exemple, on pourrait imaginer les conséquences sur les hommes gais appartenant à des groupes minoritaires sur le plan ethnique, culturel et racial et sur leurs communautés d'origine comme s'apparentant au :

- fait que la divulgation de son identité gaie s'accompagne souvent d'un risque considérablement plus grand : celui de perdre le soutien reçu de la communauté d'origine par suite d'un rejet ou d'un éloignement; le risque ne découle pas nécessairement d'une homophobie plus importante au sein de ces communautés, mais est plutôt attribuable à l'importance accordée par les personnes gaies à ces communautés d'origine pour l'atteinte d'un certain bien-être, d'un sentiment de survie et d'une intégration de leurs identités;
- fait que la divulgation de son identité gaie est habituellement considérée dans le cadre de ses répercussions éventuelles sur l'ensemble de la famille, dans le contexte de sa situation au sein de la communauté d'origine, ce qui suppose que le processus de sortie s'accompagne d'une responsabilité plus imposante et d'un risque plus accentué (Baxter et al., 1994);
- fait que l'individu adaptera souvent les historiques de résistance et de lutte à une interprétation de l'hétérosexisme et de l'homophobie;
- fait que l'individu s'appliquera à développer une sensibilité au racisme ou à la xénophobie des membres des groupes dominants;
- fait que, souvent, l'individu devra livrer bataille à une oppression intériorisée (par exemple, à cause du racisme, à cause de l'hétérosexisme) occasionnée par la force de l'« auto-engouement » et de l'ethnocentrisme des cultures dominantes (Chuang, 1999; Diaz, 1998) et des difficiles enjeux entourant les pressions subies, à l'effet de porter allégeance ou de se définir des affinités avec l'une ou l'autre des communautés (Cho, 1998; Icard et al., 1992).

En outre, les hommes et les communautés gais ont élaboré une multiplicité de cultures qui peuvent, par moment, partager en commun des éléments que l'on associe à la « culture gaie » occidentale dominante (Rofes, 1998). Parmi les enjeux significatifs d'ordre culturel, outre ceux dont il a été question dans les chapitres précédents portant sur les réseaux de soutien social et les environnements sociaux et physiques, on peut retrouver :

- la duplication des valeurs, images et institutions caractéristiques, propres aux cultures gaies dominantes, par les personnes qui composent les groupes sociaux les plus puissants (sur le plan économique, etc.); d'ordinaire, il est possible que le milieu commercial gai contribue à exacerber cette situation puisque, d'ordinaire, il a pour clientèle ceux qui à la fois peuvent « payer plus » et qui « paient de façon constante »;
- le fait d'aborder les cultures gaies dominantes de façon telle à promouvoir leur affirmation (par exemple, les avantages du circuit des événements de danse et de la culture dominante de la fréquentation des *gyms*) et, pourtant, les remettre en même temps en question dans une perspective critique de l'ethnocentrisme, de la discrimination fondée sur l'âge, de même que du sexisme, qui transpirent de leur fréquentation (Rofes, 1998);
- le fait d'élaborer des cultures qui s'inspirent des forces, de la résistance et de l'historique des hommes gais;
- l'instauration de différentes expériences dans des régions plus isolées et en milieu rural, par comparaison avec les grandes agglomérations urbaines.

Les contextes propres aux Premières nations, aux Inuits et aux autochtones (qu'ils habitent dans le Nord, au Sud, en région rurale, en zone urbaine, sur les réserves ou à l'extérieur de celles-ci) comprennent une gamme variée de cultures et de forces dynamiques sur le plan culturel, avec lesquelles les hommes bispirituels interagissent et auxquelles ils doivent apporter leur contribution (Tafoya et Wirth, 1996).

4.12 Patrimoine biologique et génétique

Dans la documentation générale sur la santé de la population, la composition organique et biologique de base du corps humain est perçue comme un déterminant fondamental de la santé; « les prédispositions reçues en héritage affectent la façon dont les individus sont touchés par des maladies ou des problèmes de santé particuliers » (Santé Canada, 1999a).

Il semblerait que la santé des hommes gais, tout comme celle de n'importe quel autre individu de la population générale, soit influencée par des prédispositions reçues en héritage qui peuvent avoir une incidence sur la santé. Les choses étant ce qu'elles sont, il semblerait que tout débat entourant les tenants et les aboutissants des différences ou des ressemblances qu'il pourrait y avoir entre les hommes gais et les hommes hétérosexuels, au niveau de telles prédispositions reçues en héritage, soit exagérément déterminé par l'histoire de l'hétérosexisme et de l'homophobie au sein des sociétés occidentales.

Les hommes gais, en particulier, ont fait l'objet de pratiques discursives oppressives de nature scientifique et autres qui, historiquement, les ont médicalisés, en se fondant sur des discours à connotation biologique, lesquels visaient à les asservir en les étiquetant d'êtres inférieurs et malades (Myrick, 1996). Dans un contexte d'hétérosexisme, les discours scientifiques prenant appui sur la biologie ou la « nature » ont été utilisés, par exemple, pour interroger la « cause » de l'homosexualité dans des buts sujets à caution comme, par exemple, la possibilité de procéder éventuellement à du conseil ou de la sélection de nature génétique. Dans un tel contexte, il serait tout à fait naturel que ce déterminant de la santé suscite des réactions négatives chez les hommes gais, à titre de catégorie légitime ou pertinente interpellant la poursuite d'objectifs positifs en matière de santé des hommes gais.

Quoi qu'il en soit, il se peut qu'il se révèle avantageux pour la santé des hommes gais d'explorer davantage et d'identifier l'ensemble des conséquences des comptabilités biologiques hétérosexistes sur l'orientation sexuelle, sur les hommes gais et sur les questions relatives à leur santé, en particulier à des fins éducatives.

Par ailleurs, il est possible que les efforts, souscrits en matière de santé chez les hommes gais, et consentis à des groupes particuliers sur le plan culturel, ethnique ou racial ne prennent pas en compte un certain nombre de manifestations d'ordre génétique ou de vulnérabilités à certaines maladies reçus en héritage, que l'on semble statistiquement retrouver plus fréquemment parmi certains groupes, dans le cadre des interventions dans le champ de la santé ou dans celui des plans de traitement. Cette possibilité n'est ni évoquée ni explorée au sein de la documentation examinée.

Conclusion

5.1 Tendances liées à l'examen du recentrage des stratégies de prévention de la transmission du VIH chez les hommes gais au Canada

Ce document sur la santé des hommes gais et la santé de la population, où s'insère une analyse documentaire accompagnée d'une exploration critique, met en lumière de nombreuses tendances en matière de stratégies de prévention du VIH chez les hommes gais au Canada. Ces tendances pointent vers la nécessité d'en approfondir l'étude et la recherche. Les tendances, dévoilées par ce document de travail au niveau des stratégies de prévention du VIH chez les hommes gais au Canada, débordent le champ d'application du présent document. Dans la partie qui suit, certaines de ces tendances sont brièvement mises en avant-plan à titre indicatif, afin d'identifier des domaines où s'impose une recherche future.

Parmi les tendances relevées par le présent document de travail, en ce qui a trait au recentrage des stratégies de prévention de la transmission du VIH chez les hommes gais au Canada, tant ceux qui vivent avec le VIH que ceux qui sont séronégatifs, on retrouve la nécessité essentielle d'aborder les questions suivantes :

- le contexte des comportements individuels qui s'accompagnent d'un risque de (re) transmission du VIH chez les hommes gais;
- le contexte de prévention du VIH dans la vie des hommes gais;
- les processus qui mobilisent en partie la vie des hommes gais et renforcent leur participation, en abordant des questions relatives à la santé qui sont pertinentes à leurs yeux et respectueuses des conditions socio-environnementales qui exercent une influence sur leur santé;
- le rapport entre « la mise en situation de la prévention du VIH dans un cadre de travail axé sur la santé des hommes gais » et la prévention du VIH et des enjeux plus larges en matière de santé de communautés ou de groupements de population superposés et inter-reliés;
- les approches, politiques et programmes qui soutiendraient et alimenteraient de nouvelles orientations en matière de prévention du VIH chez les hommes gais.

Parmi ces domaines, les deux premières tendances, qui se rapportent au contexte, seront brièvement esquissées ci-dessous, en prévision d'un échange très vaste sur le sujet.

Le contexte des comportements individuels qui s'accompagnent d'un risque de (re) transmission du VIH comporte plusieurs niveaux et nécessite de futurs travaux de recherche et d'exploration. Les interprétations culturelles que formulent les hommes sur leur vécu sexuel, et sur leurs autres expériences de vie et en matière de santé, ou le sens que ceux-ci accordent à ce vécu, constituent l'un des niveaux de ce contexte. Cela englobe la « logique » (qu'elle soit fondée sur les faits ou l'imagination, qu'elle présente des facettes multiples ou contradictoires) sur laquelle se fondent les hommes gais pour orienter leurs décisions relatives aux comportements dans des contextes sexuels. Il ne s'agit pas ici de reléguer aux oubliettes l'importance accordée au fait que les hommes gais aient accès à l'information ou qu'ils maîtrisent les connaissances relatives aux comportements à risque de provoquer la (re) trans-

mission du VIH, aux pratiques sexuelles sécuritaires et au rôle de la communication; il s'agit plutôt de situer de telles connaissances à l'intérieur d'un parcours plus complexe de médiation empruntée par « celui qui sait » au lieu du simple « Je sais et donc je me conforme ». À titre d'exemple, un professionnel de la santé oeuvrant auprès d'hommes gais souligne la « logique » de la crainte de perdre un partenaire auquel ils tiennent :

(...) la plupart des clients que j'ai rencontrés (...) la première chose (qu'ils) me confient, (c'est), « Je sais, je sais, je sais ». Donc, pour moi, l'éducation a connu un franc succès. Ce n'est pas là que se situe l'enjeu, le volet éducation de la question. Et sans cesse, ils affirment: « J'avais peur que si je dévoilais ma séropositivité, ou même si je me contentais seulement d'aborder le sujet avec mon partenaire, je crois que mes chances se seraient envolées ». (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000)

Les méfaits, et leur réduction, à titre de contexte crucial pour l'interprétation et la mise en situation des comportements à risque constituent un autre niveau. Par exemple, un comportement qui serait étiqueté comme étant à risque élevé (comme le sexe anal non protégé) peut ne pas nécessairement s'avérer un comportement dangereux en toutes situations. Un comportement sexuel à risque élevé plus soutenu n'est pas en soi un indice d'accroissement des risques ou d'augmentation de la probabilité de (re) transmission du VIH. Alors que les individus s'accordent sur la nature d'un comportement à risque élevé, ils peuvent s'y prendre de telle sorte à diminuer ou à éliminer les risques comme, par exemple, en négociant des stratégies dans le cadre d'une relation stable ou en appliquant des stratégies ou des « trucs » sur la réduction des risques qui permettent des relations anales non-protégées où les risques de (re) transmission du VIH se trouvent modulés. Par ailleurs, pris en tant que contexte, la réduction des méfaits mène à une reconnaissance et à un soutien aux hommes gais, dans le cadre de leur processus complexe de médiation des comportements considérés comme présentant un niveau de risque faible ou modéré, en particulier les relations sexuelles orales non-protégées; des efforts futurs de recherche en ce sens, aptes à aider les hommes gais au niveau de leur processus décisionnel, par exemple en précisant les ambiguïtés concernant le niveau de risque associé au sexe oral non-protégé, pourraient contribuer à la réduction des méfaits.

Une autre facette du contexte relatif aux comportements individuels à risque pour la (re) transmission du VIH chez les hommes gais se situe au niveau des composantes de **l'identité des hommes gais, et de la formation de cette identité, dans toute sa complexité et la pluralité des formes qu'elle adopte** ce qui, par conséquent, ne l'associe pas uniquement à l'orientation sexuelle. Par exemple, l'identité peut simultanément être dictée par des facteurs inhérents à la situation sur le plan régional, ethnique, racial et dans l'échelle sociale, par un cheminement historique et la nature des rapports, en fonction desquels le désir de s'auto-identifier comme gai peut ou peut ne pas s'imposer comme fort, significatif ou prioritaire. Comme l'indiquait un participant à un groupe-focus canadien sur la santé et le mieux-être des hommes gais :

(...) tant et aussi longtemps que l'on s'acquitte des obligations familiales et culturelles, peu importe lesquelles, on peut se permettre d'être n'importe quoi. Ainsi, si on peut dire, dans ma culture, je ne dirais pas que je suis gai, non plus que je leur dirais que je suis une personne ayant des relations sexuelles avec des hommes. Mais je me permettrais de faire tout ce qu'il faut que je fasse, et qui relève de ma vie privée, et je n'ai pas à parler de cela à qui que ce soit (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).

Par ailleurs, le **cycle de vie complet tel que vécu par les hommes gais** constitue un autre niveau de ce contexte, puisque chaque âge (qu'il soit d'ordre chronologique ou calculé en fonction du nombre d'années écoulées dans le cadre du processus de sortie) semble susciter des contextes qui diffèrent et à l'intérieur desquels s'affirme la vulnérabilité aux méfaits. Les **contextes locaux et régionaux particuliers**, y compris les conditions ou les facteurs de vulnérabilité, et de force, de santé et de ressort psychologique, qui leur sont propres sont aussi perçus comme pertinents. La **diversité culturelle, linguistique, ethnique et raciale**, qui prévaut dans des contextes locaux et régionaux, ainsi que les relations intergroupes grâce auxquelles cette diversité est exprimée, réprimée ou promue constitue un contexte perçu comme pertinent, tout comme c'est le cas de la **diversité rurale, suburbaine et urbaine** d'une région et de sa spécificité.

On trouve aussi le **domaine individuel, celui des rapports interpersonnels, le contexte social et le domaine sociétal** à l'intérieur desquels les déterminants de la santé et, inversement, de la vulnérabilité exercent leur action. Par exemple, en ce qui concerne le domaine des rapports interpersonnels, notons les rapports d'ordre émotif et les liens qui s'établissent entre les hommes gais et les divers discours personnels sur les désirs (par exemple, de vouloir être romantique, dans une relation ouverte, de prendre des risques, de se «laisser aller»). Les **inégalités intergroupes, à l'intérieur des groupes et au niveau des rapports de pouvoir interpersonnels** semblent constituer des contextes cruciaux. Par exemple, en ce qui a trait au contexte des rapports interpersonnels, on s'attachera aux éléments différenciateurs au niveau du pouvoir lors d'une rencontre sexuelle (par exemple, celle qui s'établit sur la base de l'âge, de la race, de l'origine ethnique ou du bagage culturel, de la classe socio-économique, de la région, de la langue) et à leurs répercussions sur les choix individuels (et une manipulation éventuelle), qui minimisent les comportements susceptibles de diminuer les risques.

Le contexte de prévention du VIH dans la vie des hommes gais dont il est ici question se veut aussi multidimensionnel. Ce contexte englobe les **perceptions relatives à la prévention du VIH chez les hommes gais**. Par exemple, les perceptions quant à sa priorité et son relatif degré d'intégration aux autres préoccupations qui meublent la vie quotidienne, y compris payer le loyer, s'assurer un degré d'intimité, faire l'épicerie, trouver sa drogue, éviter le racisme, être à la hauteur des responsabilités d'origine culturelle que l'on croit siennes à l'égard de la famille et de la communauté, gérer les détails pratiques qui accompagnent le fait de vivre avec le VIH et ainsi de suite. Par ailleurs, ce contexte englobe les perceptions quant aux effets du refoulement relatif à la prévention du VIH (messages, stratégies, pratiques) sur la sexualité et les désirs des hommes gais, et les perceptions d'hommes gais identifiés à un éventail varié d'identités culturelles, ethniques et raciales, en ce qui concerne la pertinence de la prévention du VIH. En outre, ce contexte comporte les perceptions d'hommes gais provenant d'une gamme variée d'environnements géographiques et sociaux, à la fois ruraux et urbains, de diverses (et disparates) régions du Canada, en ce qui concerne la pertinence de la prévention du VIH. De plus, ce contexte englobe les perceptions relatives à la prévention du VIH, limitées à la dimension de la transmission du VIH dans le cadre de rapports sexuels, plutôt

que celle qui découle, par exemple, du partage d'aiguilles chez les hommes gais qui consomment des drogues injectables.

Un autre contexte de prévention du VIH dans la vie des hommes gais découle du fait que, avec plus de quinze ans d'expérience avec le VIH et le SIDA, **un équilibre relatif, pour ne pas dire une fragile stabilité, semble s'être instaurée à l'intérieur des communautés gaies par rapport à la gestion du risque de transmission du VIH** de façon telle que tant les méfaits que la panique s'en trouvent diminués et qui, par la même occasion, insère efficacement la gestion du risque associé au VIH dans le contexte de la vie quotidienne. **La prévention du VIH se trouve repositionnée à l'intérieur du contexte plus vaste des questions relatives à la santé des hommes gais à trancher dans l'immédiat et de la quête de la santé et du bien-être par les hommes gais.** Une des tendances qui, clairement, se dégagent du virage vers la santé des hommes gais est à l'effet que, d'une part, la prévention du VIH devrait être intrinsèque au concept, plutôt que considérée isolément ou, d'autre part, atténuée par rapport aux préoccupations relatives à la santé. Pour ce faire, les hommes gais qui vivent avec le VIH se doivent d'associer leurs efforts à ceux consentis en matière de prévention (tant de la transmission du VIH que de sa retransmission) et les hommes gais séronégatifs se doivent de poursuivre des objectifs communs de santé et de mieux-être en compagnie de ceux qui vivent avec le VIH. La santé des hommes gais, y compris en tant que contexte de prévention du VIH, est perçue comme une nouvelle réalité plutôt que comme un fait accompli :

En effet, nous avons tendance à prendre notre santé en charge, à exiger des ressources, à créer des ressources, mais il s'en faut de beaucoup que nous disposions de ces ressources. À mes yeux, il s'agit véritablement d'un processus en cours de réalisation dans la communauté gaie (Ryan, Groupe-focus francophone, 2000).

La prévention du VIH est abordée dans le cadre **d'un contexte qui vise à cibler et à améliorer les déterminants de la santé des hommes gais.** Dans un cadre de travail axé sur la santé des hommes gais, les déterminants suivants peuvent s'avérer particulièrement pertinents en matière de prévention du VIH chez les hommes gais : le développement sain de la petite enfance / adolescence, l'éducation, les environnements sociaux et physiques (y compris l'élimination de l'hétérosexisme, du racisme, du sexisme et des autres rapports d'inégalité et d'oppression), les réseaux de soutien social, les conditions appuyant les choix d'affirmation de l'orientation sexuelle, la culture, les habitudes en matière de santé personnelles, les capacités d'adaptation et les aptitudes à les mettre en pratique, l'accès à des soins de santé pertinents et de qualité, le sexe de même que le niveau de revenu et la situation économique ainsi que l'emploi et les conditions de travail. Deux groupes-focus canadiens soulignent l'existence de préoccupations explicites à l'égard des déterminants de la santé des hommes gais. Par exemple, à l'analyse des échanges d'un groupe-focus, on remarque que :

Certains commentaires soulignaient que, pour un individu, l'une des conditions préalables au fait de prendre soin de sa santé réside dans la nécessité pour celui-ci de disposer de suffisamment d'argent pour s'occuper, sur une base permanente, de ses besoins fondamentaux (Ryan, Groupe-focus francophone, 2000).

Les participants aux groupes-focus ont abordé les déterminants en fonction de perspectives variées :

(...) il (nous) faut vraiment nous attarder à vérifier si le fait d'avoir des relations sexuelles avec des hommes ou celui de s'identifier comme gai affecte ces autres dimensions, ces autres déterminants de la santé. De plus, de quelle façon les divers éléments avec lesquels les individus entrent en interaction, à savoir les rapports qu'ils entretiennent avec diverses institutions, la communauté et la société, se répercutent-ils sur leur mieux-être individuel, leurs choix, leur estime de soi en tant qu'hommes gais (...) (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000);

nous parlons surtout du comportement individuel. Nous ne nous arrêtons jamais à nous demander, en tant que personnes assumant le risque, quels sont les facteurs qui ne relèvent pas de notre contrôle (...) si vous jetez un coup d'œil aux personnes qui sont infectées, ce sont elles qui se trouvent marginalisées (...) Il nous faut porter attention à la situation dans son ensemble. Et cette situation, quelle est-elle? Ce sont les facteurs sur lesquels les gens n'ont aucune prise qui, dans les faits, augmentent leur risque d'infection (...) (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000);

bien, personnellement, j'ajouterais que divulguer son orientation sexuelle, ça fait partie de la santé et ça peut se produire tôt ou tard (...) (Ryan, Groupe-focus francophone, 2000);

les hommes ne sont pas portés sur l'intimité, les hommes éprouvent des difficultés à entretenir des rapports intimes (...) L'enjeu de l'intimité fait peut-être aussi partie de la sexualité. Je pense que le malaise des hommes par rapport à l'intimité signifie qu'un grand nombre de choses sont exprimées sexuellement; par contre, lorsque l'intimité entre en jeu, alors là, tout d'un coup, ils ne savent plus quoi dire, ils demeurent bouche bée (Ryan, Groupe-focus francophone, 2000);

(...) (les) déterminants de la santé sous-jacents, par là on entend l'homophobie sociétale et diverses formes d'oppression qui mettent en danger la santé des personnes gaies et lesbiennes (...) il faut que le gouvernement accorde son soutien à l'éducation dans les services sociaux, la formation des professionnels, pour toutes les facettes de la société (Ryan, Groupe-focus anglophone, 2000).

La présence et la pertinence, de même que la viabilité, de la prévention du VIH pour les hommes gais provenant d'un éventail diversifié d'environnements, plus particulièrement du milieu rural et suburbain et de celui des petites villes, en plus des grandes agglomérations urbaines, des diverses régions du Canada, ainsi qu'un rôle équitable au niveau du processus décisionnel relatif à cette prévention du VIH forment un contexte important. En entier, ce contexte se définit comme **la présence et la pertinence de la prévention du VIH pour les hommes gais appartenant à un éventail diversifié de communautés et d'horizons d'ordre culturel, ethnique et racial et en partageant les acquis**, de même qu'à un, répétons-le, rôle équitable au niveau du processus décisionnel relatif à cette prévention du VIH.

5.2 La santé des hommes gais et la santé de la population

Aux fins de ce document de travail, l'approche et le cadre de travail axés sur la santé de la population ont été à la fois utilisés comme principe de structuration et objet d'un examen critique. Il s'est avéré crucial que le changement de paradigme, de la prévention du VIH chez les hommes gais à la santé des hommes gais, nous serve de guide au niveau de l'évaluation d'une approche et d'un cadre de travail axés sur la santé de la population, plutôt que d'adopter la démarche inverse. De toute évidence, une approche axée sur la santé de la population présente des avantages et comporte des limites, en ce qui concerne la santé des hommes gais et le recentrage de la prévention du VIH chez les hommes gais au Canada. Il est également évident que le nouveau paradigme de la santé des hommes gais incorpore des aspects d'une

approche et d'un cadre de travail axés sur la santé de la population dont par exemple, plus particulièrement, l'insistance qu'il porte aux déterminants de la santé de nature socio-environnementale. Toutefois, la santé des hommes gais ne peut être uniquement soutenue par une approche et un cadre de travail axés sur la santé de la population à cause, par exemple, du fait qu'elle exclut les forces méthodologiques de la santé des hommes gais, y compris l'éducation populaire d'origine communautaire, la recherche participative de même que le développement et l'organisation communautaires comme outils de prise en charge individuelle et collective. À n'en pas douter, la santé des hommes gais serait vraisemblablement mise en péril s'il fallait qu'elle soit uniquement soutenue par une approche et un cadre de travail axés sur la santé de la population.

Les choses étant ce qu'elles sont, les efforts de source communautaire, souscrits en matière d'intervention et de recherche dans la prévention de la transmission du VIH chez les hommes gais, de même que chez d'autres groupes marginalisés au Canada, ont engendré des approches et des cadres de travail sur le plan de la pratique, qui s'inspirent de thèmes sensibles apparentés à l'approche axée sur la promotion de la santé et d'aspects primordiaux de l'approche axée sur la santé de la population. Le modèle le plus polyvalent trouvé dans la documentation examinée, et selon toute vraisemblance celui qui présente le plus de concordance avec les communautés gaies et leurs aspirations relatives au changement social, est le modèle de santé transformationnelle présenté par Trussler et Marchand (1997b) et coédité par *AIDS-Vancouver* et Santé Canada. Puisant à même les forces vives et les connaissances approfondies de ceux et celles qui, « sur le terrain », oeuvrent à la prévention du VIH, la santé transformationnelle ouvre des avenues prometteuses susceptibles d'explorer de façon inventive la nature d'une configuration qui, sur le plan de l'approche et de la politique, serait sensible à la santé des hommes gais, y compris comme cadre de travail pour la prévention de la transmission du VIH chez les hommes gais.

La question de savoir quels sont très précisément les approches, les cadres d'actions et les programmes, en mesure de soutenir et d'alimenter de nouvelles orientations en matière de santé des hommes gais, en particulier à titre de cadre de travail pour la prévention de la transmission du VIH, en est une qui, en toute logique, devrait trouver sa réponse à même une appropriation critique de la question par ceux qui sont les premiers concernés par la santé des hommes gais : les hommes gais et leurs organismes communautaires. Le fait de contribuer à renforcer leur capacité, tant sur une base individuelle qu'organisationnelle, de participer pleinement à une telle appropriation critique semblerait cohérent avec le civisme dont la société doit faire preuve en matière de débat public, de même qu'avec les aspirations relatives à la prise en charge propres à la santé des hommes gais ainsi qu'avec le rôle de soutien que doit jouer la santé publique.

Bibliographie

I. Documents consultés selon les noms d'auteur (s) ou d'éditeur (s)

- Adam, B. D., (1997), Mobilizing around AIDS: sites of struggle in the formation of AIDS subjects in M. Levine, P. Nardi et J. Gagnon (éd.), *In changing times: gay men and lesbians encounter HIV/AIDS* (pp. 23-38), Chicago, University of Chicago Press.
- Adam, B. D., Schellenberg, E. G. et Sears, A., (2000), Accounting for unsafe sex: Interviews with men who have sex with men, *Journal of Sex Research*, 37(1), (tirage d'essai).
- Aggleton, P., (2000), From HIV prevention to gay men's health, (exposé lors d'un congrès).
- Allen, D. J. et Oleson, T., (1999), Shame and internalized homophobia in gay men, *Journal of Homosexuality*, 37(3), 33-43.
- Allman, D., (1999), *M is for mutual, A is for acts: Male sex work and AIDS in Canada*, Ottawa, Santé Canada, AIDS Vancouver, University of Toronto et la Sex Workers Alliance of Vancouver.
- Anastas, J. W., (1998), Working against discrimination: Gay, lesbian and bisexual people on the job in L. M. Sloan et N. S. Gustavsson (éd.), *Violence and social injustice against lesbian, gay and bisexual people*, New York, Haworth Press.
- Anderson, D., (1995), Lesbian and gay adolescents: social and developmental considerations in G. Unks (éd.), *The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents*, (pp. 17-28), New York, Routledge.
- Appleby, G. A. et Anastas, J. W., (1998), *Not just a passing phase: social work with gay, lesbian, and bisexual people*, New York, Columbia University Press.
- Association canadienne de santé publique, (1998), *Safe spaces: HIV prevention for gay, lesbian and bisexual youth*, Association canadienne de santé publique.
- Bagley, C. et Tremblay, P. (sous presse), Suicidality problems of gay and bisexual males: Evidence from a random community survey of 750 men aged 18 to 27 in C. Bagley et R. Ramsay (éd.), *Suicidal behaviors in adolescents and adults: Taxonomy, understanding and prevention*, Brookfield (VT), Avebury.
- Baxter, J., Brabazon, C., Gunter, K. et Wilms, D., (1994), *Many Voices: HIV/AIDS in the context of culture. Report for the English-speaking Caribbean communities*, pour le groupe d'étude *Ethnocultural Communities Facing AIDS*, Santé Canada.
- Blumenfeld, W., (1995), "Gay/Straight" alliances: transforming pain to pride in G. Unks (éd.), *The gay teen: educational practice and theory for gay, lesbian, and bisexual adolescents*, (pp. 211-224), New York, Routledge.
- Bouchard, L., (1995), *La réalité des gais, lesbiennes et bisexuel-les de l'Ontario*, Ottawa, La Coopérative Convergence (pour le Projet affirmation).
- Bourget, B., (date inconnue), (Social Planning Council Sudbury Region), *Population Health* [page Web], adresse URL : <http://webserver.isys.ca/healthcanada/detpop.htm>.
- Bowes, J. E., (1996), Out of the closet and into the marketplace: Meeting basic needs in the gay community in D. L. Wardlow (éd.), *Gays, lesbians, and consumer behavior: Theory, practice, and research issues in marketing*, (pp. 219-243), Binghamton (NY), Harrington Park Press.

- Brooks, R. A. et Klosinski, L. E., (1999), Assisting persons living with HIV/AIDS to return to work: Programmatic steps for AIDS service organizations, AIDS Education and Prevention, 11 (3; juin), 212-223.
- Brown, L. B., (1997), Two spirit people: American Indian lesbian women and gay men, Binghamton (NY), The Haworth Press.
- Central Toronto Youth Services, (1999), Report for the Canadian Health Network network mapping project: lesbian, gay and bisexual health, Toronto, Réseau canadien de la santé.
- Cho, S., (1998), Introduction in S. Cho (éd.), Rice: explorations into gay Asian culture and politics, Toronto, Queer Press.
- Chuang, K., (1999), Using chopsticks to eat steak, Journal of Homosexuality, 36_(3-4), 29-41.
- Clarke, R., (1994), HIV/AIDS and Canada's income security programmes, Part A: Provincial income security programmes (rapport), Ottawa, Société canadienne du sida.
- Clarke, R., (1999), The view of one Canadian: Gay men's health summit, Boulder, Colorado, (version préliminaire d'un document de recherche préparé pour le PCAP, Santé Canada).
- Clermont, M. et Sioui-Durand, G., (1997), Adapting health and social services to homosexuals: Department orientations, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, (1997), Systems failure: a report on the experiences of sexual minorities in Ontario's health-care and social-services systems (rapport final), Toronto, Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario.
- Cochran, S. D. et Mays, V. M., (1995), Sociocultural facets of black gay male experience, M. S. Kimmel et M. A. Messner (éd.), Men's Lives, Boston, Allyn and Bacon.
- Cohen, C. J., (1996), Contested membership: Black gay identities and the politics of AIDS in S. Seidman (éd.), Queer Theory/Sociology, (pp. 362-394), Cambridge, Blackwell.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, (1996), Suivi des recommandations du rapport «De l'illégalité à l'égalité», Québec, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
- Commonwealth Department of Health and Family Services, (1998), Building on success 1: A review of gay and other homosexually active men's HIV/AIDS education in Australia, Canberra, Commonwealth Department of Health and Family Services, Australie.
- Congrès du travail du Canada, (1994), Policy statement on sexual orientation, Ottawa, Congrès du travail du Canada.
- Congrès du travail du Canada, (2000), Campaign for workplace gay awareness promises \$3 bills [page Web], adresse URL: alerts2.web.net/show.cfm?app=clc&id=846.
- Congrès du travail du Canada (Groupe de travail sur les gais et lesbiennes), (1999), Recommendations and follow-up from the CLC on the Solidarity and Pride Conference, Ottawa, October 1997 and Solidarity & Pride Prairie Conference - Working Out! West, Edmonton, October 1998, Congrès du travail du Canada.

- Davey, D., Gossen, G., Greene, R., Mertens, M., Morrison, T., Serzisko, A. et Street, T., (1999), Check Your Booty: A holistic health conference for queer youth (22 et 23 mai 1999, rapport final), Victoria (C.-B.), University of Victoria.
- de Burger, R., (1997), Population health: A new model for health, Canadian AIDS News, automne, X, (Population health: What does it mean for HIV/AIDS programming? 1).
- Dempsey, C., (1994), Health and social issues of gay, lesbian, and bisexual adolescents, Families in Society, 75 (3), 160-167.
- Diaz, R. M., (1998), Latino gay men and HIV: Culture, sexuality, and risk behavior, New York, Routledge.
- Dorais, M., (1997), Patterns of intimacy: HIV transmission risk behaviors of young men who are victims of past sexual abuse and who have sexual relations with men, (NE PAS PUBLIER).
- Dumas, J., Lavoie, R. et Desjardins, Y., (2000), Étude de besoins en matière de santé des hommes gais de Montréal: Rapport de recherche (Projet national « Three Cities », volet montréalais), Montréal, Séro Zéro.
- Eades, G. et Kort, R., (1996), The Point Project: Community research and health strategy, Taking Care: HIV/AIDS Health Promotion Update (AIDS Vancouver), 2, hiver (6), 2-8.
- Eenam Park Hagland, P., (1998), "Undressing the Oriental boy": The gay Asian in the social imaginary of the gay white male, D. Atkins (éd.), Looking queer: body image and identity in lesbian, bisexual, gay, and transgender communities, New York, Haworth Press.
- Feraios, A. J., (1998), If only I were cute: Looksism and internalized homophobia in the gay male community in D. Atkins (éd.), Looking queer: body image and identity in lesbian, bisexual, gay, and transgender communities, New York, Haworth Press.
- Flynn Saulnier, C., (1998), Prevalence of suicide attempts and suicidal ideation among lesbian and gay youth in L. M. Sloan et N. S. Gustavsson (éd.), Violence and social injustice against lesbian, gay and bisexual people, New York, Haworth Press.
- Fries, K., (1998), The imperfections of beauty: On being gay and disabled in D. Atkins (éd.), Looking queer: body image and identity in lesbian, bisexual, gay, and transgender communities, New York, Haworth Press.
- Fung, R., (1995), The trouble with "Asians" in M. Dorenkamp et R. Henke (éd.), Negotiating lesbian and gay subjects (pp. 123-130), New York, Routledge.
- Gay Men's Health Summit 2000, (2000), Summary of Plenary sessions [page Web], adresse URL : <http://www.bcap.org/html/pages/education/healthsummit/hs2000/summitplenaries.html>.
- Getty, G., Allen, R., Arnold, K., Ploeme, C. et Stevenson, J., (1999), Atlantic community-based study on the determinants of the sexual risk behavior of men who have sex with men, rapport final, University of New Brunswick.
- Gouvernement du Québec, (1999), Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes: cadre de référence pour la prévention de la transmission de l'infection au VIH, Québec, direction générale de la Santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

- Grossman, A. H. et Kerner, M. S., (1998), Self-esteem and supportiveness as predictors of emotional distress in gay male and lesbian youth, Journal of Homosexuality, 35 (2), 25-39.
- Hagey, R. S., (1997), The use and abuse of participatory action research, Chronic Diseases in Canada (Santé Canada), 18 (1).
- Hamburger, L. J., (1997), The wisdom of non-heterosexually based senior housing and related services in J. K. Quam (éd.), Social services for senior gay men and lesbians, New York, Haworth Press.
- Hamilton, N. et Bhatti, T., (1996), Population Health Promotion: An integrated model of population health and health promotion, Ottawa, division du Développement de la promotion de la santé, Santé Canada.
- Hellquist, G., (1996), A strategy towards population health and wellness, Saskatoon, Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon.
- Icard, L. D. et al., (1992), Preventing AIDS among black gay men and black gay and heterosexual male intravenous drug users, Social Work, 37 (5), 440-445.
- Institute of Health Promotion Research, (1999), Population Health in Canada: a working paper prepared for the National Conference on Shared Responsibility for Health and Social Impact Assessments, Vancouver, University of British Columbia.
- Jackson, S. F., (1994), Determinants of health and what this means for public health practice (discours-programme), Saskatchewan Public Health Association.
- Jalbert, Y., (1999), La santé gaie : connaissances actuelles et actions futures (Recension des écrits), Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, (Projet *Three Cities*).
- Kaufman, G. et Raphael, L., (1996), Coming out of shame: transforming gay and lesbian lives, New York, Doubleday.
- Kimberly, J. A. et Serovitch, J. M., (1999), The role of family and friend social support in reducing risk behaviors among HIV-positive gay men, AIDS Education and Prevention, 11 (6), 465-475.
- Kong, S., (1998), Dual identities: the complexities of being Asian and queer in Canada, (Pink Triangle, Toronto), [page Web], adresse URL : <http://www.queersonline.com/980214/asian.html>.
- Lavoie, R., (1998), Deux solitudes : les organismes sida et la communauté gaie in I. Demczuk et F. W. Remiggi (éd.), Sortir de l'ombre : histoires des communautés lesbienne et gaie de Montréal, Montréal, VLB éditeur.
- Leonard, L., (1998), Social workers and HIV prevention: A neglected dyad in B. Rowe et B. Ryan (éd.), Social work and HIV: The Canadian experience, (pp. 60-84), Don Mills, Oxford University Press.
- Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Project of Nova Scotia, (date inconnue), Developing gay/straight alliances in high schools.
- Levine, M. P., (1995), The status of gay men in the workplace in M. S. Kimmel et M. A. Messner (éd.), Men's Lives, Boston, Allyn and Bacon.

- Lewis, L. A. et Ross, M. W., (1995), A select body: the gay dance party subculture and the HIV/AIDS pandemic, New York, Cassell.
- Lukenbill, G., (1995), Untold millions: Positioning your business for the gay and lesbian consumer revolution, New York, Harper Collins.
- Magnuson, C., (1992), Lesbian and gay youth in Ottawa: the importance of community, Ottawa, Pink Triangle Services / Les services du triangle rose.
- Major, C., Remis, R. S., Degazio, T., Swantee, C., Galli, R. et Fearon, M., (1999), Age at HIV diagnosis is not declining!, (exposé lors d'un congrès, mai 1999).
- McInnis, A. M. et Kong, S. C., (1998), Your everyday health: a lesbian, gay, bisexual and transgendered community resource, Vancouver, LGBT Health Association.
- McKay, A., (1998), Sexual ideology and schooling: Towards democratic sexuality education, London (Ontario), The Althouse Press.
- McLaren, P., (1995), Moral panic, schooling, and gay identity: critical pedagogy and the politics of resistance in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, (pp. 105-123), New York, Routledge.
- McNaught, B., (1993), Gay issues in the workplace, New York, St. Martin's Press.
- Meyer, K. et Cormier, R., (2000), Parenting, conjugal violence and aging issues pertaining to gays and lesbians in Projet/Project Interaction Community Needs Assessment (rapport non publié), Montréal, Projet/Project Interaction, École de service social, Université McGill.
- Monteiro, K. P. et Vincent Fuqua, (1995), African-American gay youth in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, New York, Routledge.
- Myers, T., Godin, G., Calzavara, L. et al., (1993), The Canadian survey of gay and bisexual men and HIV infection: Men's survey, Ottawa, Société canadienne du sida.
- Myrick, R., (1996), AIDS, communication, and empowerment: Gay male identity and the politics of public health messages, New York, Harrington Park Press.
- Nardi, P. M., (1992), That's what friends are for: Friends as family in the gay and lesbian community in K. Plummer (éd.), Modern homosexualities: Fragments of lesbian and gay experience, (pp. 108-120), New York, Routledge.
- Nardi, P. M., (1995), The politics of men's friendships in M. S. Kimmel et M. A. Messner (éd.), Men's lives, Boston, Allyn and Bacon.
- Olivier, C. et Targett, L., (1993), Within reach: Meeting the needs of gay and lesbian New Brunswickers, Fredericton, The New Brunswick Coalition for Human Rights Reform Inc.
- OMS/Europe, (1986), Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 17 au 21 nov.) [page Web], adresse URL : <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>.
- Otis, J., Ryan, B. et Chouinard, N., (1999), The impact of Project 10 on young gays and bisexuals (sommaire), Montréal, (pour la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux - Montréal-Centre).

- Page, S., (1998), Accepting the gay person: Rental accommodation in the community, Journal of Homosexuality, 36 (2), 31-39.
- Penaloza, L., (1996), We're here, we're queer, and we're going shopping! A critical perspective on the accommodation of gays and lesbians into the marketplace in D. L. Wardlow (éd.), Gays, lesbians, and consumer behavior: Theory, practice, and research issues in marketing, (pp. 9-41), Binghamton (NY), Harrington Park Press.
- Penn, R. E., (1997), The gay men's wellness guide: the National Lesbian and Gay Health Association's complete book of physical, emotional and mental health and well-being for every gay man, New York, Henry Holt.
- Peplau, L. A., Cochran, S. D. et Mays, V. M., (1997), A national survey of the intimate relationships of African American lesbians and gay men: A look at commitment, satisfaction, sexual behavior, and HIV disease in B. Greene (éd.), Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men, Thousand Oaks (CA), Sage.
- Perchal, P. et Brooke, J., (1995), A population health framework for addressing the health issues and concerns of the lesbian, gay, bisexual, and transgender communities (exposé de position pour la réunion du 9 décembre de la Coalition à Vancouver).
- Perchal, P., Trussler, T., Barker, A. et Showler, G., (1999), From identity to behavior and back again: reframing gay men's prevention (aperçu d'un exposé lors d'un congrès), Vancouver, AIDS Vancouver.
- Pharr, S., (1997), Homophobia: A weapon of sexism (édition augmentée), Berkeley (CA), Chardon Press.
- Radford, J., (1998), HIV prevention in youth: a review of the HIV prevention research, Toronto, Community Research Initiative of Toronto (CRIT).
- Remiggi, F. W., (1998), Le Village gai de Montréal: entre le ghetto et l'espace identitaire in I. Demczuk et F. W. Remiggi (éd.), Sortir de l'ombre: histoires des communautés lesbienne et gaie de Montréal, (pp. 267-289), Montréal, VLB éditeur.
- Renzetti, C. M., (1997), Violence in lesbian and gay relationships in L. L. O'Toole et J. R. Schiffman (éd.), Gender violence: Interdisciplinary perspectives, (pp. 285-293), New York, New York University Press.
- Ridge, D., Hee, A. et Minichiello, V., (1999), 'Asian' men on the scene: Challenges to 'gay communities', Journal of Homosexuality, 36 (3-4), 43-68.
- Riesch Toepell, A., (1997), Prisons and population health, Canadian AIDS News, automne, X (Population health: What does it mean for HIV/AIDS programming? 1).
- Rofes, E., (1989), Living as all of who I am: Being Jewish in the lesbian/gay community in C. Balka et A. Rose (éd.), Twice Blessed: On being lesbian, gay, and Jewish, Boston, Beacon Press.
- Rofes, E., (1995), Making our schools safe for sissies in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, (pp. 79-84), New York, Routledge.
- Rofes, E., (1996), Reviving the tribe: regenerating gay men's sexuality and culture in the ongoing epidemic, New York, Harrington Park Press.

- Rofes, E., (1998), Dry bones breathe: gay men creating post-AIDS identities and cultures, New York, Harrington Park Press.
- Rofes, E. (responsable), (1999a), Gay Men's Health Summit (Programme du Sommet de Boulder : Launching a multi-issue, multicultural gay men's health movement).
- Rofes, E., (1999b), Why Boulder? Why gay men's health? Why now? (Exposé d'ouverture de la séance plénière).
- Ryan, Groupe-focus anglophone (2000), Analysis of English-speaking focus group on gay men's health (tenu en mars), Montréal, document non publié.
- Ryan, Groupe-focus francophone (2000), Analysis of French-speaking focus group on gay men's health (tenu en avril), (traduction de la version originale en français), Montréal, document non publié.
- Ryan, B., (2000), A comparative analysis of prevention research in Canada. Report to the Canadian AIDS Society, Société canadienne du sida.
- Ryan, B., Brotman, S. et Rowe, B., (2000), Access to care: Exploring the health and well-being of gay, lesbian, bisexual and Two-spirit people in Canada (sommaire), Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille de l'Université McGill.
- Ryan, B., Hamel, M. A. et Cho, C., (1998), Multiple loss and mourning within the gay male community in W. Rowe et B. Ryan (éd.), Social work and HIV: the Canadian experience, Don Mills, Oxford University Press.
- Samis, S. M. et Whyte, K., (1998), "It's about a lifetime." Men's stories about sexuality, relationships and safer sex. Final results from the Men's Attitudes About Relationships and Sexuality (M.A.R.S.) Project, Victoria: AIDS Vancouver Island.
- Sanitioso, R., (1999), A social psychological perspective on HIV/AIDS and gay or homosexually active Asian men, Journal of Homosexuality, 36 (3-4), 69-85.
- Santé Canada, (1986), Achieving health for all: a population health framework, Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada, (1994), Strategies for population health: Investing in the health of Canadians (« Le livre vert »), Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada, (1996), The experiences of young gay men in the age of HIV: a review of the literature, Santé Canada.
- Santé Canada, (1998a), AIDS Community Action Program: Regional operational funding - Guide and application form, Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada, (1998b), Taking action on Population Health: A position paper for Health Promotion and Programs Branch staff, Ottawa, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada.
- Santé Canada, (1999a), Population Health Fund: Guide for Applicants, Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada, (1999b), Toward a healthy future: Second report on the health of Canadians, Ottawa, Santé Canada.

- Santé Canada, (2000), AIDS Community Action Program in Alberta/NWT/ Nunavut [page Web], Adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/ab-nwt/program/e_acap.html.
- Sears, J. T., (1995), Black-Gay or Gay-Black? Choosing identities and identifying choices in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, (pp. 135-157), New York, Routledge.
- Séro Zéro, (2000a), 2^e partie : les groupes-focus sur la santé et les services, Forum sur la santé des hommes gais, Montréal, Séro Zéro.
- Séro Zéro, (2000b), 3^e partie : conclusions, Montréal, Séro Zéro.
- Séro Zéro, (2000c), Projet « Three Cities » : volet montréalais: Étude de besoins en matière de santé des hommes gais de Montréal, document de présentation, Séro Zéro.
- Smith, R. B. et Brown, R. A., (1997), The impact of social support on gay male couples, Journal of Homosexuality, 33 (2), 39-61.
- Société canadienne du sida, (1996), Poverty, discrimination and HIV/AIDS: A brief to the Parliamentary Sub-Committee on HIV/AIDS, Société canadienne du sida.
- Société canadienne du sida, (1998), Bright red hair... and sliced bread: models of HIV/AIDS youth programs in Canada, Ottawa, Société canadienne du sida
- Stall, R. D., Greenwood, G. L., Acree, M. et al., (1999), Cigarette smoking among gay and bisexual men, American Journal of Public Health, 89 (12; décembre).
- Strathdee, S. A., Martindale, S. L., Cornelisse, P. G. A., Miller, M. L. et al., (2000), HIV infection and risk behaviors among young gay and bisexual men in Vancouver, Canadian Medical Association Journal, 162 (1; janvier), 21-25.
- Sussel, C. M., (1994), Empowering gays and lesbians in the workplace, Journal of Gay and Lesbian Social Services, 1 (1), 89-103.
- Tafoya, T., (1989), Pulling coyote's tale: Native American sexuality and AIDS in V. M. Mays, G. Albee et S. Schneider (éd.), Primary prevention of AIDS, (pp. 280-289), NewburyPark (CA), Sage.
- Tafoya, T. et Roeder, K. R., (1995), Spiritual exiles in their own homelands: gays, lesbians, and Native Americans, Journal of Chemical Dependency Treatment, 5 (2), 179-197.
- Tafoya, T. et Wirth, D. A., (1996), Native American Two-Spirit Men, Journal of Gay and Lesbian Social Services, 5 (2/3), 51-67.
- Taghavi, H., (1999), LGBT Health care access project final research report: An overview and analysis of community consultations, Vancouver, LGBT Health Association.
- Takagi, D. Y., (1996), Maiden voyage: Excursion into sexuality and identity politics in Asian America in S. Seidman (éd.), Queer Theory/Sociology, (pp. 243-258), Cambridge, Blackwell.
- Terry, P., (1992), Entitlement not privilege: The right of employment and advancement in N. J. Woodman (éd.), Lesbian and gay lifestyles: A guide for counseling and education, (pp. 133-143), New York, Irvington Publishers.
- Trussler, T. et Marchand, R., (1994), More reflections on taking care of each other: health promotion in community based AIDS work, vol. 2, Vancouver, AIDS Vancouver.

- Trussler, T. et Marchand, R., (1997a), Population health: The impact on AIDS work, Canadian AIDS News, automne, X, (Population health: What does it mean for HIV/AIDS programming? 1).
- Trussler, T. et Marchand, R., (1997b), Taking care of each other: field guide, community HIV health promotion, Vancouver, AIDS Vancouver et Santé Canada.
- Trussler, T., Perchal, P. et Barker, A., (2000), "Between what is said and what is done": Cultural constructs of young gay men's HIV vulnerability, Psychology, Health, and Medicine, 5 (3).
- Unks, G., (1995), Thinking about the gay teen in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, (pp. 3-12), New York, Routledge.
- Vaid, U., (1995), Virtual equality: The mainstreaming of gay and lesbian liberation, New York, Anchor Books, Doubleday.
- Village Clinic, (1998), Alcohol & MSM Demonstration Project: an integrated approach to community-based HIV prevention research. Final report, Winnipeg, Village Clinic.
- Wardlow, D. L., (1996), Introduction in D. L. Wardlow (éd.), Gays, lesbians, and consumer behavior: Theory, practice, and research issues in marketing, (pp. 1-8), Binghamton (NY), Harrington Park Press.
- Winnipeg Gay/Lesbian Resource Centre, (1998), Breaking barriers: An understanding homophobia workshop for health care and social service providers - A Training manual for workshop facilitators, Winnipeg, Winnipeg Gay/Lesbian Resource Centre.
- Wong, C., (1997a), Shift to population health, Canadian AIDS News, automne, X, (Population health: What does it mean for HIV/AIDS programming? 1).
- Wong, C., (1997b), Paradigms lost: Examining the impact of a shift from health promotion to population health on HIV/AIDS policy and programs in Canada, Ottawa, AIDS Vancouver, Santé Canada et Société canadienne du sida.
- Zuckerman, A. J. et Simons, G. F., (1996), Sexual orientation in the workplace, Thousand Oaks (CA), Sage.

II. Documents consultés selon la nature ou la source du document

A. Coalitions et organismes communautaires ainsi que des associations publiques ou professionnelles

- Association canadienne de santé publique, (1998), Safe spaces: HIV prevention for gay, lesbian and bisexual youth, Association canadienne de santé publique.
- Bouchard, L., (1995), La réalité des gais, lesbiennes et bisexuel-les de l'Ontario, Ottawa, La Coopérative Convergence (pour le Projet affirmation).
- Bourget, B., (Social Planning Council Sudbury Region), (date inconnue), Population Health, [page Web], adresse URL : <http://webserver.isys.ca/healthcanada/detpop.htm>.
- Central Toronto Youth Services, (1999), Report for the Canadian Health Network network mapping project: lesbian, gay and bisexual health, Toronto, Réseau canadien de la santé.

- Clarke, R., (1994), HIV/AIDS and Canada's income security programmes. Part A: Provincial income security programmes (rapport), Ottawa, Société canadienne du sida.
- Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario, (1997), Systems failure: a report on the experiences of sexual minorities in Ontario's health-care and social-services systems (rapport final), Toronto, Coalition pour les droits des lesbiennes et personnes gaies en Ontario.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, (1996), Suivi des recommandations du rapport « De l'illégalité à l'égalité », Québec, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
- Congrès du travail du Canada, (1994), Policy statement on sexual orientation, Ottawa, Congrès du travail du Canada.
- Congrès du travail du Canada, (2000), Campaign for workplace gay awareness promises \$3 bills, [page Web], adresse URL : alerts2.web.net/show.cfm?app=clc&id=846.
- Congrès du travail du Canada (Groupe de travail sur les gais et lesbiennes), (1999), Recommendations and follow-up from the CLC on the Solidarity and Pride Conference, Ottawa, October 1997 and Solidarity & Pride Prairie Conference - Working Out! West, Edmonton, October 1998, Congrès du travail du Canada.
- Dumas, J., Lavoie, R. et Desjardins, Y., (2000), Étude de besoins en matière de santé des hommes gais de Montréal : Rapport de recherche (Projet national « Three Cities », volet montréalais), Montréal, Séro Zéro.
- Eades, G. et Kort, R., (1996), The Point Project: Community research and health strategy. Taking Care: HIV/AIDS Health Promotion Update (AIDS Vancouver), 2, hiver (6), 2-8.
- Hellquist, G., (1996), A strategy towards population health and wellness, Saskatoon, Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon.
- Jackson, S. F., (1994), Determinants of health and what this means for public health practice (discours-programme), Saskatchewan Public Health Association.
- Jalbert, Y., (1999), La santé gaie : connaissances actuelles et actions futures (Recension des écrits), Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, (Projet *Three Cities*).
- Kong, S., (1998), Dual identities: the complexities of being Asian and queer in Canada (Pink Triangle, Toronto), [page Web], adresse URL : <http://www.queersonline.com/980214/asian.html>.
- Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Project of Nova Scotia, (date inconnue), Developing gay/straight alliances in high schools.
- Magnuson, C., (1992), Lesbian and gay youth in Ottawa: the importance of community, Ottawa: Pink Triangle Services / Les services du triangle rose.
- McInnis, A. M. et Kong, S. C., (1998), Your everyday health: a lesbian, gay, bisexual and transgendered community resource, Vancouver, LGBT Health Association.

- Meyer, K. et Cormier, R., (2000), Parenting, conjugal violence and aging issues pertaining to gays and lesbians in Projet/Project Interaction Community Needs Assessment (rapport non publié), Montréal: Projet/Project Interaction, École de service social, Université McGill.
- Myers, T., Godin, G., Calzavara, L. et al., (1993), The Canadian survey of gay and bisexual men and HIV infection: Men's survey, Ottawa, Société canadienne du sida.
- Olivier, C. et Targett, L., (1993), Within reach: Meeting the needs of gay and lesbian New Brunswickers, Fredericton, The New Brunswick Coalition for Human Rights Reform Inc.
- Perchal, P. et Brooke, J., (1995), A population health framework for addressing the health issues and concerns of the lesbian, gay, bisexual, and transgender communities (exposé de position pour la réunion du 9 décembre de la Coalition à Vancouver).
- Radford, J., (1998), HIV prevention in youth: a review of the HIV prevention research, Toronto, Community Research Initiative of Toronto (CRIT).
- Riesch Toepell, A., (1997), Prisons and population health, Canadian AIDS News, automne, X, (Population health: What does it mean for HIV/AIDS programming? 1).
- Ryan, Groupe-focus anglophone, (2000), Analysis of English-speaking focus group on gay men's health (tenu en mars), Montréal, document non publié.
- Ryan, Groupe-focus francophone, (2000), Analysis of French-speaking focus group on gay men's health (tenu en avril), (traduction de la version originale en français), Montréal, document non publié.
- Ryan, B., (2000), A comparative analysis of prevention research in Canada. Report to the Canadian AIDS Society, Société canadienne du sida.
- Samis, S. M. et Whyte, K., (1998), "It's about a lifetime." Men's stories about sexuality, relationships and safer sex. Final results from the Men's Attitudes About Relationships and Sexuality (M.A.R.S.) Project, Victoria, AIDS Vancouver Island.
- Société canadienne du sida, (1996), Poverty, discrimination and HIV/AIDS: A brief to the Parliamentary Sub-Committee on HIV/AIDS, Société canadienne du sida.
- Société canadienne du sida, (1998), Bright red hair... and sliced bread: models of HIV/AIDS youth programs in Canada, Ottawa, Société canadienne du sida.
- Taghavi, H., (1999), LGBT Health care access project final research report: An overview and analysis of community consultations, Vancouver, LGBT Health Association.
- Trussler, T. et Marchand, R., (1994), More reflections on taking care of each other: health promotion in community based AIDS work, vol. 2, Vancouver, AIDS Vancouver.
- Trussler, T. et Marchand, R., (1997a), Population health: The impact on AIDS work, Canadian AIDS News, automne, X, (Population health: What does it mean for HIV/AIDS programming? 1).
- Trussler, T. et Marchand, R., (1997b), Taking care of each other: field guide, community HIV health promotion, Vancouver, AIDS Vancouver and Santé Canada.
- Village Clinic, (1998), Alcohol & MSM Demonstration Project: an integrated approach to community-based HIV prevention research. Final report, Winnipeg, Village Clinic.

- Winnipeg Gay/Lesbian Resource Centre, (1998), Breaking barriers: An understanding homophobia workshop for health care and social service providers - A Training manual for workshop facilitators, Winnipeg, Winnipeg Gay/Lesbian Resource Centre.
- Wong, C., (1997a), Shift to population health, Canadian AIDS News, automne, X, (Population health: What does it mean for HIV/AIDS programming? 1).
- Wong, C., (1997b), Paradigms lost: Examining the impact of a shift from health promotion to population health on HIV/AIDS policy and programs in Canada, Ottawa, AIDS Vancouver, Santé Canada et Société canadienne du sida.
- B. Écrits universitaires**
- Adam, B. D., Schellenberg, E. G. et Sears, A., (2000), Accounting for unsafe sex: Interviews with men who have sex with men, Journal of Sex Research, 37 (1), (tirage d'essai).
- Allen, D. J. et Oleson, T., (1999), Shame and internalized homophobia in gay men, Journal of Homosexuality, 37 (3), 33-43.
- Allman, D., (1999), M is for mutual, A is for acts: Male sex work and AIDS in Canada, Ottawa, Santé Canada, AIDS Vancouver, University of Toronto et la Sex Workers Alliance of Vancouver.
- Brooks, R. A. et Klosinski, L. E., (1999), Assisting persons living with HIV/AIDS to return to work: Programmatic steps for AIDS service organizations, AIDS Education and Prevention, 11 (3; juin), 212-223.
- Chuang, K., (1999), Using chopsticks to eat steak, Journal of Homosexuality, 36, (3-4), 29-41.
- Dempsey, C., (1994), Health and social issues of gay, lesbian, and bisexual adolescents, Families in Society, 75 (3), 160-167.
- Getty, G., Allen, R., Arnold, K., Ploeme, C. et Stevenson, J., (1999), Atlantic community-based study on the determinants of the sexual risk behavior of men who have sex with men. Final report, University of New Brunswick.
- Grossman, A. H. et Kerner, M. S., (1998), Self-esteem and supportiveness as predictors of emotional distress in gay male and lesbian youth, Journal of Homosexuality, 35 (2), 25-39.
- Icard, L. D. et al., (1992), Preventing AIDS among black gay men and black gay and heterosexual male intravenous drug users, Social Work, 37 (5), 440-445.
- Institute of Health Promotion Research, (1999), Population Health in Canada: a working paper prepared for the National Conference on Shared Responsibility for Health and Social Impact Assessments, Vancouver, University of British Columbia.
- Kimberly, J. A. et Serovitch, J. M., (1999), The role of family and friend social support in reducing risk behaviors among HIV-positive gay men, AIDS Education and Prevention, 11 (6), 465-475.
- Page, S., (1998), Accepting the gay person: Rental accommodation in the community, Journal of Homosexuality, 36 (2), 31-39.
- Ridge, D., Hee, A. et Minichiello, V., (1999), 'Asian' men on the scene: Challenges to "gay communities", Journal of Homosexuality, 36 (3-4), 43-68.

- Ryan, B., Brotman, S. et Rowe, B., (2000), Access to care: Exploring the health and well-being of gay, lesbian, bisexual and Two-spirit people in Canada (sommaire), Montréal, Centre d'études appliquées sur la famille de l'Université McGill.
- Sanitioso, R., (1999), A social psychological perspective on HIV/AIDS and gay or homosexually active Asian men, Journal of Homosexuality, 36 (3-4), 69-85.
- Smith, R. B. et Brown, R. A., (1997), The impact of social support on gay male couples, Journal of Homosexuality, 33 (2), 39-61.
- Stall, R. D., Greenwood, G. L., Acree, M. et al., (1999), Cigarette smoking among gay and bisexual men, American Journal of Public Health, 89 (12; décembre).
- Strathdee, S. A., Martindale, S. L., Cornelisse, P. G. A., Miller, M. L. et al., (2000), HIV infection and risk behaviors among young gay and bisexual men in Vancouver, Canadian Medical Association Journal, 162 (1; janvier), 21-25.
- Sussel, C. M., (1994), Empowering gays and lesbians in the workplace, Journal of Gay and Lesbian Social Services, 1 (1), 89-103.
- Tafoya, T. et Roeder, K. R., (1995), Spiritual exiles in their own homelands: gays, lesbians, and Native Americans, Journal of Chemical Dependency Treatment, 5 (2), 179-197.
- Tafoya, T. et Wirth, D. A., (1996), Native American Two-Spirit Men, Journal of Gay and Lesbian Social Services, 5 (2/3), 51-67.
- Trussler, T., Perchal, P. et Barker, A., (2000), "Between what is said and what is done": Cultural constructs of young gay men's HIV vulnerability, Psychology, Health, and Medicine, 5 (3).

C. Ouvrages complets ou partiels

- Adam, B. D., (1997), Mobilizing around AIDS: sites of struggle in the formation of AIDS subjects in M. Levine, P. Nardi et J. Gagnon (éd.), In changing times: gay men and lesbians encounter HIV/AIDS, (pp. 23-38), Chicago, University of Chicago Press.
- Anastas, J. W., (1998), Working against discrimination: Gay, lesbian and bisexual people on the job in L. M. Sloan et N. S. Gustavsson (éd.), Violence and social injustice against lesbian, gay and bisexual people, New York, Haworth Press.
- Anderson, D., (1995), Lesbian and gay adolescents: social and developmental considerations in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, (pp. 17-28), New York, Routledge.
- Appleby, G. A. et Anastas, J. W., (1998), Not just a passing phase: social work with gay, lesbian, and bisexual people, New York, Columbia University Press.
- Bagley, C. et Tremblay, P., (sous presse), Suicidality problems of gay and bisexual males: Evidence from a random community survey of 750 men aged 18 to 27 in C. Bagley et R. Ramsay (éd.), Suicidal behaviors in adolescents and adults: Taxonomy, understanding and prevention, Brookfield (VT), Avebury.
- Blumenfeld, W., (1995), "Gay/Straight" alliances: transforming pain to pride in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for gay, lesbian, and bisexual adolescents, (pp. 211-224), New York, Routledge.

- Bowes, J. E., (1996), Out of the closet and into the marketplace: Meeting basic needs in the gay community in D. L. Wardlow (éd.), Gays, lesbians, and consumer behavior: Theory, practice, and research issues in marketing, (pp. 219-243), Binghamton (NY), Harrington Park Press.
- Brown, L. B., (1997), Two spirit people: American Indian lesbian women and gay men, Binghamton (NY), The Haworth Press.
- Cho, S., (1998), Introduction in S. Cho (éd.), Rice: explorations into gay Asian culture and politics, Toronto, Queer Press.
- Cochran, S. D. et Mays, V. M., (1995), Sociocultural facets of black gay male experience, M. S. Kimmel et M. A. Messner (éd.), Men's Lives, Boston, Allyn and Bacon.
- Cohen, C. J., (1996), Contested membership: Black gay identities and the politics of AIDS in S. Seidman (éd.), Queer Theory/Sociology (pp. 362-394), Cambridge, Blackwell.
- Diaz, R. M., (1998), Latino gay men and HIV: Culture, sexuality, and risk behavior, New York, Routledge.
- Eenam Park Hagland, P., (1998), "Undressing the Oriental boy": The gay Asian in the social imaginary of the gay white male, D. Atkins (éd.), Looking queer: body image and identity in lesbian, bisexual, gay, and transgender communities, New York, Haworth Press.
- Feraios, A. J., (1998), If only I were cute: Looksism and internalized homophobia in the gay male community in D. Atkins (éd.), Looking queer: body image and identity in lesbian, bisexual, gay, and transgender communities, New York, Haworth Press.
- Flynn Saulnier, C., (1998), Prevalence of suicide attempts and suicidal ideation among lesbian and gay youth in L. M. Sloan et N. S. Gustavsson (éd.), Violence and social injustice against lesbian, gay and bisexual people, New York, Haworth Press.
- Fries, K., (1998), The imperfections of beauty: On being gay and disabled in D. Atkins (éd.), Looking queer: body image and identity in lesbian, bisexual, gay, and transgender communities, New York, Haworth Press.
- Fung, R., (1995), The trouble with "Asians" in M. Dorenkamp et R. Henke (éd.), Negotiating lesbian and gay subjects, (pp. 123-130), New York, Routledge.
- Hamburger, L. J., (1997), The wisdom of non-heterosexually based senior housing and related services in J. K. Quam (éd.), Social services for senior gay men and lesbians, New York, Haworth Press.
- Kaufman, G. et Raphael, L., (1996), Coming out of shame: transforming gay and lesbian lives, New York, Doubleday.
- Lavoie, R., (1998), Deux solitudes: les organismes sida et la communauté gaie in I. Demczuk et F. W. Remiggi (éd.), Sortir de l'ombre: histoires des communautés lesbienne et gaie de Montréal, Montréal, VLB éditeur.
- Leonard, L., (1998), Social workers and HIV prevention: A neglected dyad in B. Rowe et B. Ryan (éd.), Social work and HIV: The Canadian experience, (pp. 60-84), Don Mills, Oxford University Press.

- Levine, M. P., (1995), The status of gay men in the workplace in M. S. Kimmel et M. A. Messner (éd.), Men's Lives, Boston, Allyn and Bacon.
- Lewis, L. A. et Ross, M. W., (1995), A select body: the gay dance party subculture and the HIV/AIDS pandemic, New York, Cassell.
- Lukenbill, G., (1995), Untold millions: Positioning your business for the gay and lesbian consumer revolution, New York, Harper Collins.
- McKay, A., (1998), Sexual ideology and schooling: Towards democratic sexuality education, London (Ontario), The Althouse Press.
- McLaren, P., (1995), Moral panic, schooling, and gay identity: critical pedagogy and the politics of resistance in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, (pp. 105-123), New York, Routledge.
- McNaught, B., (1993), Gay issues in the workplace, New York, St. Martin's Press.
- Monteiro, K. P. et Vincent Fuqua, (1995), African-American gay youth in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, New York, Routledge.
- Myrick, R., (1996), AIDS, communication, and empowerment: Gay male identity and the politics of public health messages, New York, Harrington Park Press.
- Nardi, P. M., (1992), That's what friends are for: Friends as family in the gay and lesbian community in K. Plummer (éd.), Modern homosexualities: Fragments of lesbian and gay experience, (pp. 108-120), New York, Routledge.
- Nardi, P. M., (1995), The politics of men's friendships in M. S. Kimmel et M. A. Messner (éd.), Men's lives, Boston, Allyn and Bacon.
- Penaloza, L., (1996), We're here, we're queer, and we're going shopping! A critical perspective on the accommodation of gays and lesbians into the marketplace in D. L. Wardlow (éd.), Gays, lesbians, and consumer behavior: Theory, practice, and research issues in marketing, (pp. 9-41), Binghampton (NY), Harrington Park Press.
- Penn, R. E., (1997), The gay men's wellness guide: the National Lesbian and Gay Health Association's complete book of physical, emotional and mental health and well-being for every gay man, New York, Henry Holt.
- Peplau, L. A., Cochran, S. D. et Mays, V. M., (1997), A national survey of the intimate relationships of African American lesbians and gay men: A look at commitment, satisfaction, sexual behavior, and HIV disease in B. Greene (éd.), Ethnic and cultural diversity among lesbians and gay men, Thousand Oaks (CA), Sage.
- Pharr, S., (1997), Homophobia: A weapon of sexism (édition augmentée), Berkeley (CA), Chardon Press.
- Remiggi, F. W., (1998), Le Village gai de Montréal: entre le ghetto et l'espace identitaire in I. Demczuk et F. W. Remiggi (éd.), Sortir de l'ombre: histoires des communautés lesbienne et gaie de Montréal, (pp. 267-289), Montréal, VLB éditeur.

- Renzetti, C. M., (1997), Violence in lesbian and gay relationships in L. L. O'Toole et J. R. Schiffman (éd.), Gender violence: Interdisciplinary perspectives, (pp. 285-293), New York, New York University Press.
- Rofes, E., (1989), Living as all of who I am: Being Jewish in the lesbian/gay community in C. Balka et A. Rose (éd.), Twice Blessed: On being lesbian, gay, and Jewish, Boston, Beacon Press.
- Rofes, E., (1995), Making our schools safe for sissies in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, (pp. 79-84), New York, Routledge.
- Rofes, E., (1996), Reviving the tribe: regenerating gay men's sexuality and culture in the ongoing epidemic, New York, Harrington Park Press.
- Rofes, E., (1998), Dry bones breathe: gay men creating post-AIDS identities and cultures, New York, Harrington Park Press.
- Ryan, B., Hamel, M. A. et Cho, C., (1998), Multiple loss and mourning within the gay male community in W. Rowe et B. Ryan (éd.), Social work and HIV: the Canadian experience, Don Mills, Oxford University Press.
- Sears, J. T., (1995), Black-Gay or Gay-Black? Choosing identities and identifying choices in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, (pp. 135-157), New York, Routledge.
- Tafoya, T., (1989), Pulling coyote's tale: Native American sexuality and AIDS in V. M. Mays, G. Albee et S. Schneider (éd.), Primary prevention of AIDS, (pp. 280-289), NewburyPark (CA), Sage.
- Takagi, D. Y., (1996), Maiden voyage: Excursion into sexuality and identity politics in Asian America in S. Seidman (éd.), Queer Theory/Sociology, (pp. 243-258), Cambridge, Blackwell.
- Terry, P., (1992), Entitlement not privilege: The right of employment and advancement in N. J. Woodman (éd.), Lesbian and gay lifestyles: A guide for counseling and education, (pp. 133-143), New York, Irvington Publishers.
- Unks, G., (1995), Thinking about the gay teen in G. Unks (éd.), The gay teen: educational practice and theory for lesbian, gay, and bisexual adolescents, (pp. 3-12), New York, Routledge.
- Vaid, U., (1995), Virtual equality: The mainstreaming of gay and lesbian liberation, New York, Anchor Books, Doubleday.
- Wardlow, D. L., (1996), Introduction in D. L. Wardlow (éd.), Gays, lesbians, and consumer behavior: Theory, practice, and research issues in marketing, (pp. 1-8), Binghampton (NY), Harrington Park Press.
- Zuckerman, A. J. et Simons, G. F., (1996), Sexual orientation in the workplace, Thousand Oaks (CA), Sage.

D. Congrès

- Aggleton, P., (2000), From HIV prevention to gay men's health (exposé lors d'un congrès).
- Davey, D., Gossen, G., Greene, R., Mertens, M., Morrison, T., Serzisko, A. et Street, T., (1999), Check Your Booty: A holistic health conference for queer youth (22 et 23 mai 1999, rapport final), Victoria (C.-B.), University of Victoria.
- Gay Men's Health Summit 2000, (2000), Summary of Plenary sessions [page Web], adresse URL : <http://www.bcap.org/html/pages/education/healthsummit/hs2000/summitplenaries.html>.
- Major, C., Remis, R. S., Degazio, T., Swantee, C., Galli, R. et Fearon, M., (1999), Age at HIV diagnosis is not declining!, (exposé lors d'un congrès, mai 1999).
- OMS/Europe, (1986), Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 17 au 21 novembre), [page Web], adresse URL : <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>.
- Perchal, P., Trussler, T., Barker, A. et Showler, G., (1999), From identity to behavior and back again: reframing gay men's prevention (aperçu d'un exposé lors d'un congrès), Vancouver, AIDS Vancouver.
- Rofes, E. (responsable), (1999a), Gay Men's Health Summit (Programme du Sommet de Boulder: Launching a multi-issue, multicultural gay men's health movement).
- Rofes, E., (1999b), Why Boulder? Why gay men's health? Why now? (Exposé d'ouverture de la séance plénière).
- Séro Zéro, (2000a), 2^e partie : les groupes-focus sur la santé et les services, Forum sur la santé des hommes gais, Montréal, Séro Zéro.
- Séro Zéro, (2000b), 3^e partie : conclusions, Montréal, Séro Zéro.
- Séro Zéro, (2000c), Projet « Three Cities » : volet montréalais: Étude de besoins en matière de santé des hommes gais de Montréal, document de présentation, Séro Zéro.

E. Gouvernemental

- Baxter, J., Brabazon, C., Gunter, K. et Willms, D., (1994), Many Voices: HIV/AIDS in the context of culture. Report for the English-speaking Caribbean communities, pour le groupe d'étude *Ethnocultural Communities Facing AIDS*, Santé Canada.
- Clarke, R., (1999), The view of one Canadian: Gay men's health summit, Boulder, Colorado, (version préliminaire d'un document de recherche préparé pour le PCAP, Santé Canada).
- Clermont, M. et Sioui-Durand, G., (1997), Adapting health and social services to homosexuals: Department orientations, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Commonwealth Department of Health and Family Services, (1998), Building on success 1: A review of gay and other homosexually active men's HIV/AIDS education in Australia, Canberra, Commonwealth Department of Health and Family Services, Australie.

- Gouvernement du Québec, (1999), Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : Cadre de référence pour la prévention de la transmission de l'infection au VIH, Québec, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Hagey, R. S., (1997), The use and abuse of participatory action research, Chronic Diseases in Canada (Santé Canada), 18 (1).
- Hamilton, N. et Bhatti, T., (1996), Population Health Promotion: An integrated model of population health and health promotion, Ottawa, division du Développement de la promotion de la santé, Santé Canada.
- Otis, J., Ryan, B. et Chouinard, N., (1999), The impact of Project 10 on young gays and bisexuals (sommaire), Montréal, (pour la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux - Montréal-Centre).
- Santé Canada, (1986), Achieving health for all: a population health framework, Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada, (1994), Strategies for population health: Investing in the health of Canadians (« Le livre vert »), Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada, (1996), The experiences of young gay men in the age of HIV: a review of the literature, Santé Canada.
- Santé Canada, (1998a), AIDS Community Action Program: Regional operational funding - Guide and application form, Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada, (1998b), Taking action on Population Health: A position paper for Health Promotion and Programs Branch staff, Ottawa, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada.
- Santé Canada, (1999a), Population Health Fund: Guide for Applicants, Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada, (1999b), Toward a healthy future: Second report on the health of Canadians, Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada, (2000), AIDS Community Action Program in Alberta/NWT/ Nunavut, [page Web], adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/ab-nwt/program/e_acap.html.