



Bien vieillir et bien vivre pour les aîné.es LGBTQI au Canada : conclusions de l'enquête nationale



Août 2023



Reconnaissance des terres

Nous souhaitons commencer par souligner qu'Egale est située sur les territoires traditionnels partagés de nombreuses Nations, notamment les Mississaugas de Credit, les Anichinabés, les Chippewas, les Haudenosaunees et les Wendats. Ce territoire est protégé par Pacte de la ceinture wampum faisant référence au concept du « bol à une seule cuillère », une entente entre les Haudenosaunees, les Anichinabés et les nations alliées visant à partager et à protéger les ressources entourant les Grands Lacs en harmonie. Les concepts de genre, de sexualité et d'oppression sur lesquels nous nous appuyons souvent dans le cadre de la défense des droits des personnes 2SLGBTQI sont largement fondés sur des systèmes de pensée blancs, occidentaux et coloniaux et ne représentent pas la multitude de visions de l'identité existant au-delà de cette perspective. La violence coloniale a posé les bases des violences fondées sur le genre que nous connaissons aujourd'hui. Les communautés autochtones, ainsi que les activistes, chercheur.euses, écrivain.es et artistes bispirituel.les, ont mis à notre disposition énormément d'outils précieux afin de soutenir la libération collective des personnes de genres et de sexualités minoritaires. Nous sommes reconnaissant.es d'y avoir accès et de les intégrer à notre travail. La violence coloniale continue. Mais les mouvements de résistance aussi.

Remerciements

Egale est l'organisme national 2SLGBTQI au Canada. La mission d'Egale vise à améliorer la qualité de vie des personnes 2SLGBTQI au Canada et à accroître les efforts à l'échelle mondiale face aux préoccupations 2SLGBTQI. Egale y parvient en influençant les politiques publiques, en inspirant un changement culturel et en promouvant les droits de la personne et l'inclusion par la recherche, l'éducation, la sensibilisation et la défense de leurs droits. Notre objectif est de voir un Canada, et à terme un monde, dépourvus d'homophobie, de biphobie, de transphobie ou de toute autre forme d'oppression, dans lequel chacun.e peut atteindre son plein potentiel, libéré.e de la haine et des préjugés.

Auteur.rices

Celeste Pang, PhD, Egale Canada, Mount Royal University

Ellie MacLennan, Egale Canada

Collaborateur.rices

Nina Hallal, Fondation Émergence

Curtis Larade, Alzheimer Society of Toronto

Daniel MacKay, ElderBerries

Julien Rougerie, Fondation Émergence

Norval Collins, Nova Scotia Rainbow Action Project

Rocky Wallbaum, Rainbow Elders Calgary

Cheryl Loadman, Queer Seniors of Saskatchewan

Josephine Agudo

Bruce Cameron

Lawrence Friesen

Linda Furlough

Rupert Raj

Shirin Gerami, Egale Canada

Dr. Brittany Jakubiec, Egale Canada

Dr. Félix Desmeules-Trudel, Egale Canada

Kimberly Seida, Egale Canada

Nous tenons à remercier tou.te.s les participant.e.s qui ont donné leur temps pour partager leurs expériences et leurs connaissances avec tant de générosité.



Cette étude a été financée par la Slaight Family Foundation.

ISBN: 978-1-7389331-1-2

© Egale Canada 2023

Table de matières

Introduction	6
Méthodologie et orientations	8
Approche collaborative	8
Orientations	8
Recrutement des participant.es	9
Entrevues semi-structurées	9
Données démographiques générales	10
Résultats	15
Emploi	16
Logement	32
Liens sociaux, rupture sociale	52
Accès aux soins de santé	78
La mort et le bien-être en fin de vie	100
Conclusions et prochaines étapes	111
Annex I : Plus d'informations sur les orientations de l'étude	112
Annexe II : Plus d'informations sur le recrutement	115
Références	117

Introduction

Que signifie « bien vieillir » pour les aîné.es lesbiennes, gai.e.s, bisexuel.les, trans, queer et intersexes (LGBTQI)¹ au Canada? Qu'est-ce que cela pourrait signifier? Et quels sont les changements sociaux nécessaires pour permettre aux aîné.es LGBTQI de bien vieillir, comme iels l'entendent?

La plupart des recherches sur le vieillissement dans les communautés LGBTQI au Canada se concentrent sur les questions de santé et d'accès aux soins de santé. Les chercheur.euses parlent d'un certain nombre d'obstacles à l'accès aux soins pour les aîné.es LGBTQI, y compris les expériences et les craintes d'invisibilisation et de discrimination dans le cadre des soins à domicile et des soins de longue durée (p. ex., Grigorovich, 2015 ; Furlotte et al., 2016 ; Kortess-Miller et al., 2018), et les obstacles systémiques qui ont une incidence négative sur les soins que peuvent fournir les préposé.es aux bénéficiaires (p. ex., Daley et al., 2016 ; Pang, 2022). Ces recherches ont également mis en évidence les préoccupations liées à l'accès aux services sociaux (par exemple, Brotman et al., 2007 ; Flanagan & Pang, 2022), aux soins en fin de vie et à la planification préalable des soins (par exemple, Wilson et al., 2018 ; de Vries et al., 2019 ; Dube et al., 2022), et aux inégalités en matière de logement (Redden et al., 2021), alors que la recherche sur un éventail plus large de déterminants sociaux de la santé et du bien-être est insuffisante.

L'objectif de cette enquête nationale basée sur des entretiens était d'élargir et d'approfondir notre compréhension de la manière dont les aîné.es LGBTQI conçoivent le « bien-être », et de ce qui est nécessaire pour que nos communautés puissent bien vivre et bien vieillir. En posant des questions sur le sujet du « bien vieillir », nous voulions approfondir les réalités sociales complexes et les expériences intersectionnelles des aîné.es LGBTQI au Canada, mais aussi identifier les domaines d'action et de changement social. Pour ce faire, au cours de l'été 2021, nous avons mené des entretiens avec 48 aîné.es LGBTQI vivant dans des petites et grandes villes, mais aussi des zones rurales à

1 Vous trouverez le glossaire complet des termes 2SLGBTQI ici : <https://egale.ca/awareness/glossary-of-terms/>

travers le Canada. Nous les avons interrogé.es sur leur situation de vie actuelle et leurs préoccupations matérielles (telles que le logement et les finances), leurs expériences en matière d'accès aux soins de santé et aux services, leurs réflexions sur la fin de vie, ainsi que sur ce que signifient, ou pourraient signifier, les notions de bien-être et de bien vieillir.

Le présent rapport fournit un résumé global des résultats de la recherche et des recommandations qui en résultent. Il est divisé en trois parties. La partie [Méthodologie et orientations](#) décrit l'approche et le processus de la recherche. La partie [Résultats](#) aborde cinq thèmes principaux : [Emploi](#); [Logement](#); [Liens sociaux, rupture sociale](#); [Accès aux soins de santé](#); [La mort et le bien-être en fin de vie](#). Chacune de ces sections peut être consultée indépendamment, ainsi nous vous invitons à lire celles qui vous intéressent. La dernière partie comporte le [Conclusions et prochaines étapes](#).

Vieillir est loin d'être une expérience universelle. Les inégalités sociales et systémiques touchent différents groupes de différentes manières. Les problèmes auxquels les aîné.es sont confronté.es peuvent être très différents, tout comme leurs priorités et leurs idées sur ce que « bien vieillir » signifie. Nous espérons que ce rapport permettra d'approfondir la compréhension de certains des principaux problèmes auxquels sont confronté.es les aîné.es LGBTQI au Canada aujourd'hui, et qu'il permettra de créer des liens et susciter des conversations sur d'autres questions sociales, d'autres efforts et d'autres idées sur ce que « bien vieillir » peut signifier.

Méthodologie et orientations

Approche collaborative

La recherche a été dirigée par Celeste Pang, PhD, et soutenue par Shirin Gerami (revue de littérature, entretiens et transcription), Ellie MacLennan (transcription, analyse, rédaction), le département de recherche d'Égale et la Fondation Émergence (composantes en langue française). En outre, deux comités consultatifs ont été mis en place pour apporter leur expertise et leur contribution à l'étude. Le premier comité consultatif communautaire était composé de cinq aîné.es LGBTQ de tout le Canada et d'un prestataire de services destinés aux personnes LGBTQ, et le second comité consultatif était composé de cinq représentant.es d'organismes communautaires et de prestataires de services. Les membres de ces comités ont apporté une contribution précieuse à la recherche, notamment en donnant leur avis sur les questions d'entretien et en contribuant au recrutement des participant.es à l'étude.

Orientations

Nous avons abordé cette recherche avec un ensemble précis d'orientations analytiques. Outre la connaissance de la littérature de recherche existante et des principales lacunes, ces orientations ont influencé la manière dont nous avons conçu cette étude, les questions que nous avons posées, notre interprétation et notre présentation des données, ainsi que les recommandations que nous avons formulées. Ces orientations analytiques comprenaient (a) l'examen des dynamiques de pouvoir et de privilèges, (b) l'adoption d'une perspective queer du parcours de vie, et (c) l'accent mis sur le bien-être plutôt que sur les idées relatives à la santé et à la notion de « vieillir en santé ». Ces orientations sont décrites plus en détail à [Annex I : Plus d'informations sur les orientations de l'étude](#).

Recrutement des participant.es

Nous avons invité des personnes qui s'identifiaient comme 2SLGBTQI, qui étaient âgées de plus de 65 ans, qui vivaient au Canada et qui pouvaient participer à distance (par téléphone ou en ligne) en anglais ou en français. Les participant.es ont été recruté.es à l'aide de diverses méthodes, notamment par la diffusion de documents de recrutement par les comités consultatifs et les réseaux existants, par l'envoi de courriels directs aux groupes communautaires et par l'intermédiaire des plateformes de médias sociaux d'Égale. En fin de compte, aucun.e participant.e ne s'est identifié.e comme bispirituel.le. Pour cette raison, l'acronyme général que nous utilisons pour décrire les résultats dans ce rapport est l'acronyme « LGBTQI ». Dans les recommandations, nous utilisons l'acronyme « 2SLGBTQI » pour signaler la pertinence de celles-ci pour les personnes issues de minorités sexuelles ou de genre de manière plus générale.

En raison de la pandémie de COVID-19 et des problèmes et restrictions de sécurité qui en découlent, tous les contacts avec les participant.es ou les participant.es potentiel.les ont été virtuels. Chaque participant.e a reçu une carte-cadeau de 50 dollars en remerciement. Pour en savoir plus sur le processus de recrutement et la sélection des participant.es, voir [Annexe II : Plus d'informations sur le recrutement](#).

Entrevues semi-structurées

Au total, nous avons interrogé 48 participant.es. Les entrevues, qui ont duré entre 25 et 90 minutes, étaient basées sur un guide d'entretien semi-structuré. Les questions de l'entretien ont été regroupées pour se concentrer sur les considérations matérielles (par exemple, le logement, les finances) et les relations familiales, la vie sociale, les soins et le soutien, et les considérations relatives à la fin de vie. D'une manière générale, les questions de l'entretien ont été conçues pour obtenir des points de vue sur le vieillissement et le bien-être, y compris la manière dont les participant.es définissent ces idées.

Dans le cadre de l'entrevue, nous avons laissé les participant.es mener la conversation. Nous avons écouté et sondé les particularités des expériences de

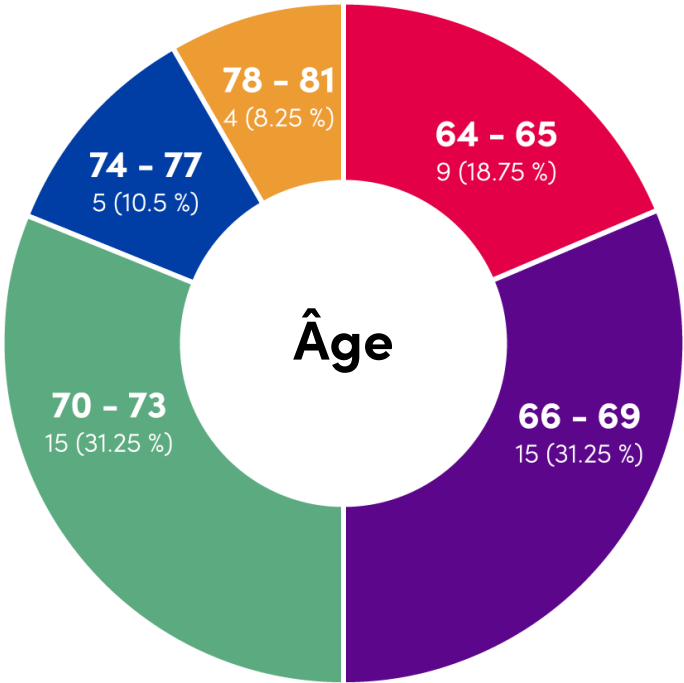
vieillesse en milieu rural, les réflexions sur l'impact de la race et du racisme, les particularités et les différences régionales, entre autres indices. Nous avons également écouté leurs idées sur les mesures qui pourraient être prises pour améliorer leur situation et répondre à leurs besoins non satisfaits. Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio, puis d'une transcription.

Données démographiques générales

Nous avons interrogé des personnes de huit provinces différentes, âgées de 64 à 81 ans. L'âge moyen des participant.es était de 70 ans. Dans l'ensemble, les participant.es à l'étude reflétaient un large éventail de positions en ce qui concerne l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la situation de logement, le niveau de revenu et la région du Canada dans laquelle iels vivaient, entre autres caractéristiques et circonstances de la vie. Les tableaux 1 à 7 ci-dessous donnent un aperçu des profils démographiques généraux déclarés par les 48 participant.es. D'autres tableaux dans le rapport indiquent le niveau d'éducation le plus élevé, le revenu annuel du ménage et le statut professionnel (dans [Emploi](#)); la composition du logement et le type de logement (dans [Logement](#)), et le statut de partenaire (dans [Liens sociaux, rupture sociale](#)).

Tableau 1 : Âge

Âge ²	
64-65	9 (18.75 %)
66-69	15 (31.25 %)
70-73	15 (31.25 %)
74-77	5 (10.5 %)
78-81	4 (8.25 %)



2 Les critères d'inclusion initiaux pour les participant.es étaient d'être âgé.e.s de 65 ans et plus. Exceptionnellement, nous avons inclus une personne qui avait exprimé le souhait de participer et qui était âgée de 64 ans afin d'augmenter la représentation dans une province de l'Ouest et d'accroître les réflexions sur la vie avec des maladies chroniques multiples.

Lieu de vie (par province)

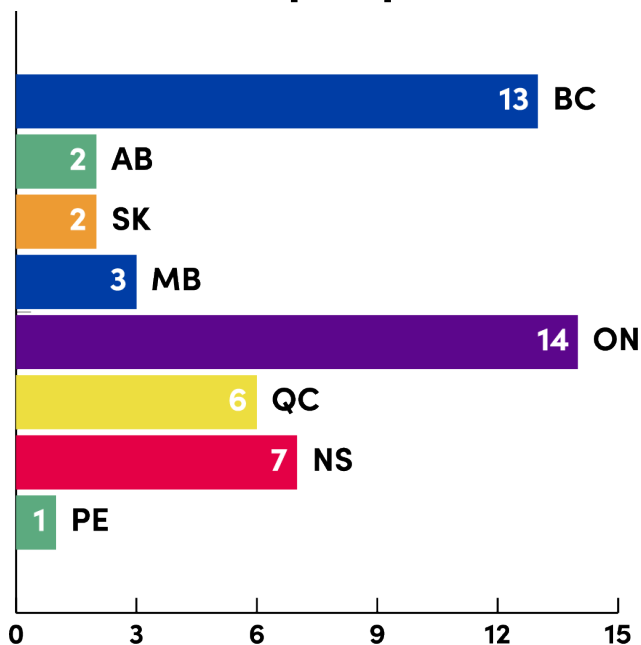
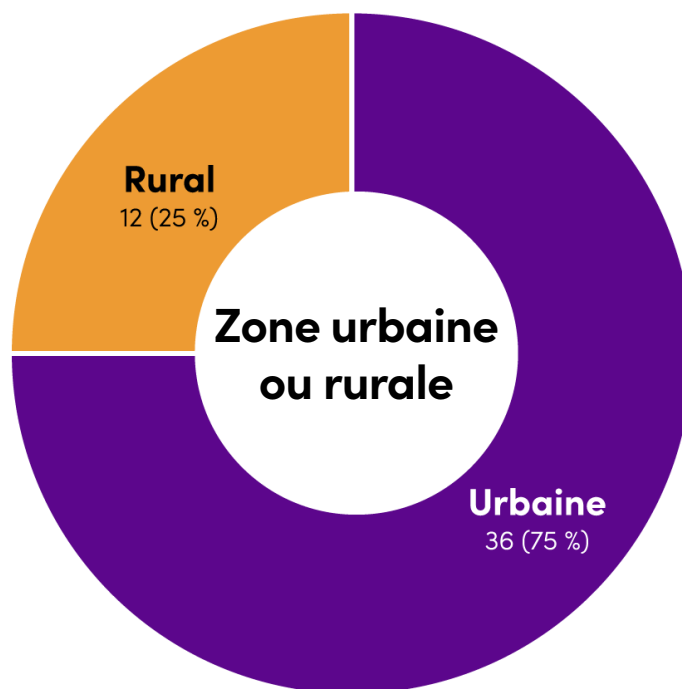


Tableau 2 : Lieu de vie (par province)

Lieu de vie (par province)	
Colombie-Britannique	13 (27 %)
Alberta	2 (4.25 %)
Saskatchewan	2 (4.25 %)
Manitoba	3 (6.25 %)
Ontario	14 (29.25 %)
Québec	6 (12.5 %)
Nouvelle-Écosse	7 (14.5 %)
Île-du-Prince-Édouard	1 (2 %)

Tableau 3 : Lieu de vie (zone urbaine ou rurale)

Zone urbaine ou rurale	
Urbaine	36 (75 %)
Rurale	12 (25 %)



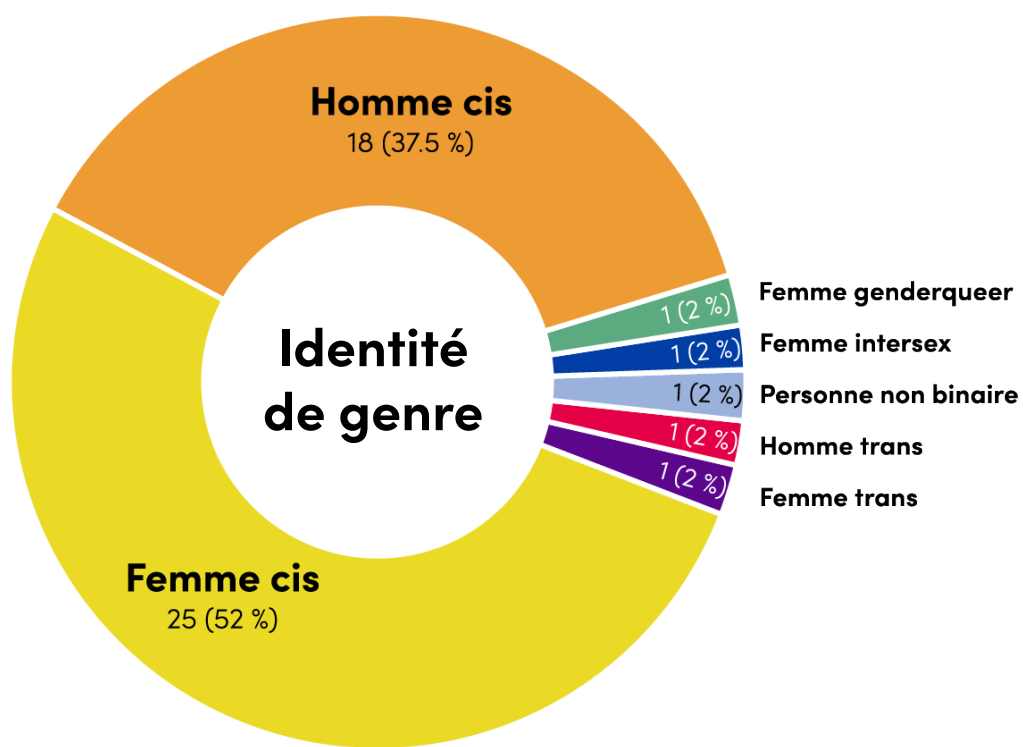


Tableau 4 : Identité de genre

Identité de genre	
Femme cis (y compris l'auto-identification en tant que femme, femme cisgenre)	25 (52 %)
Homme cis (y compris l'auto-identification en tant qu'homme)	18 (37.5 %)
Femme genderqueer	1 (2 %)
Femme intersexe	1 (2 %)
Personne non binaire	1 (2%)
Homme trans	1 (2 %)
Femme trans	1 (2%)

Tableau 5 : Orientation sexuelle

Orientation sexuelle	
Lesbienne (Y compris l'auto-identification en tant que lesbienne, lesbienne/bisexuelle, lesbienne/«dyke», lesbienne/gaie, et lesbienne et queer)	25 (52 %)
Gai.e (Y compris l'auto-identification en tant que gai.e, gai.e/queer, homosexuel)	18 (37.5 %)
Pansexuel.le	2 (4.25 %)
Queer	1 (2 %)
Queer «Dyke »	1 (2 %)
Trans	1 (2 %)

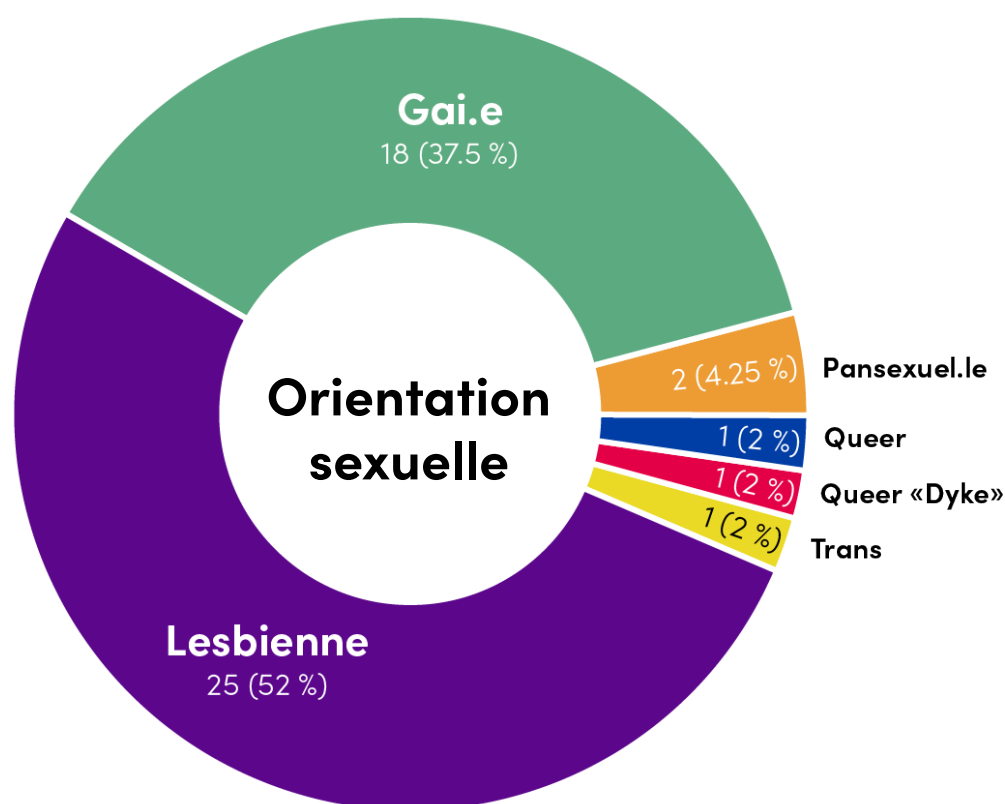
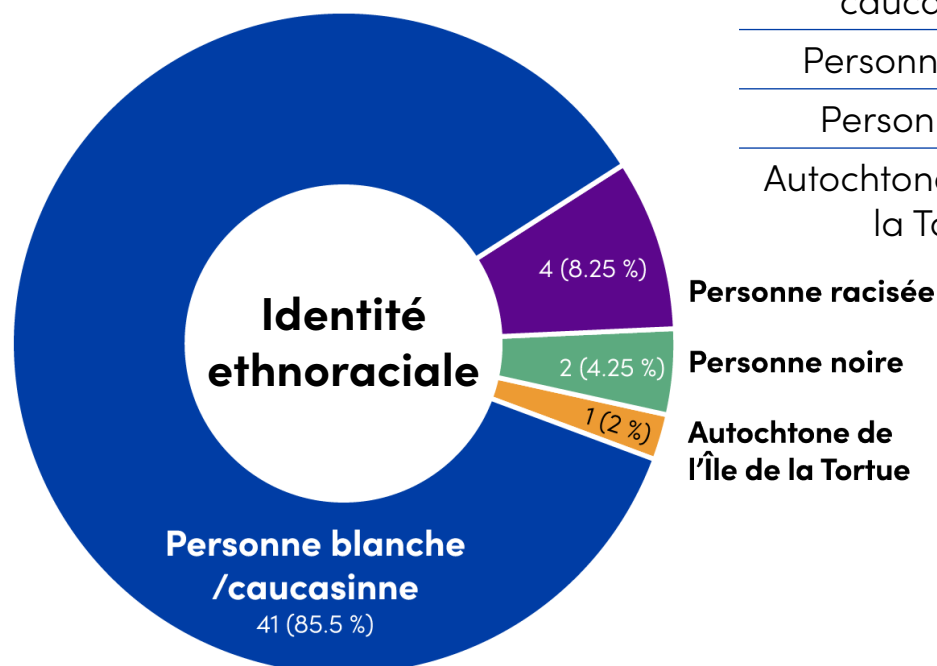


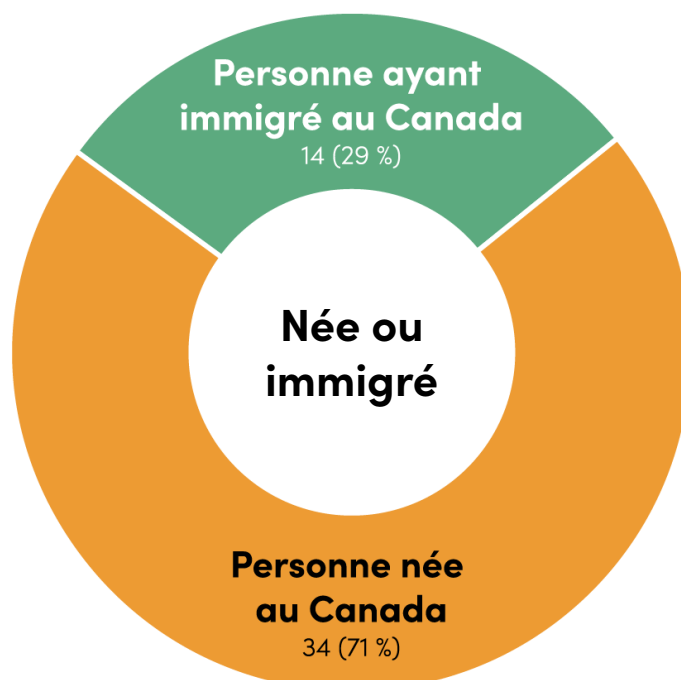
Tableau 6 : Identité ethnoraciale



Identité ethnoraciale ³	
Personne blanche/caucasienne	41 (85.5 %)
Personne racisée	4 (8.25 %)
Personne noire	2 (4.25 %)
Autochtone de l'Île de la Tortue	1 (2 %)

Tableau 7 : Personne née ou ayant immigré au Canada

Personne née ou ayant immigré au Canada	
Personne née au Canada	34 (71 %)
Personne ayant immigré au Canada	14 (29 %)



3 Concernant la catégorisation des identités ethnoraciales déclarées : Nous avons utilisé le regroupement général « Personne blanche/caucasienne » pour les participant.e.s qui se sont explicitement identifié.e.s comme « Personne blanche » ou « Personne caucasienne », ou comme appartenant à une catégorie étroitement liée. Le terme « Personne racisée » fait référence à un éventail d'identités et d'expressions ethnoraciales racialisées au Canada. Le terme « Personne noire » englobe les participant.e.s issu.e.s de diverses diasporas, y compris les personnes d'ascendance mixte et les Autochtones de leur pays d'origine. Toute tentative de regroupement ou de catégorisation des personnes est imparfaite, car ces catégories sont elles-mêmes socialement créées et contingentes; il ne s'agit que d'une façon de présenter les données.

Résultats

La partie « Aperçu des résultats » présente un résumé global des résultats de la recherche. Dans l'ensemble, nous répondons aux trois grandes questions que l'étude visait à aborder : *Que signifie « bien vivre et bien vieillir » pour les aîné.es LGBTQI au Canada? Qu'est-ce que cela pourrait signifier? Et quels sont les changements sociaux nécessaires pour permettre aux aîné.es LGBTQI de bien vivre et bien vieillir, comme iels l'entendent?*

Les citations directes ont été anonymisées afin de mieux garantir la confidentialité des participants.es. Nous avons généralement précisé l'âge approximatif des participant.es (par exemple, « autour de 70 ans »), leur identité de genre et/ou leur orientation sexuelle, et s'ils vivaient dans une zone urbaine ou rurale. La plupart des participant.es à l'étude étaient des personnes blanches, cisgenres et vivaient dans des zones urbaines. En choisissant les citations directes à utiliser dans ce rapport, nous avons cherché à inclure un éventail d'expériences et de points de vue, et à remédier à la sous-représentation de groupes en particulier, dans cette étude et dans la recherche sur le vieillissement LGBTQI en général, y compris les Autochtones, les personnes noires, les autres groupes racialisés et les personnes vivant en milieu rural. Aucune expérience n'est réductible à une seule catégorie d'identité, et ces catégories sont elles-mêmes dynamiques et constamment contestées et transformées.

Chaque section thématique se termine par des recommandations de changements en matière de politiques, de pratiques et d'organisation collective. Au-delà de ce rapport, nous continuerons à mobiliser les résultats de la recherche de différentes manières, notamment à l'aide de ressources éducatives, de publications et de documents destinés aux décideur.euses politiques et utiles à des fins précises de mobilisation communautaire.

Emploi

Dans cette section, nous adoptons une approche axée sur le parcours tout au long de la vie pour interpréter les trajectoires d'emploi des participant.es, ainsi que ce qu'elles nous disent sur les conditions sociales d'emploi de façon plus large et la discrimination dans le domaine de l'emploi. Nous abordons également les dynamiques d'homophobie et de transphobie, ainsi que de sexisme, d'âgisme et de capacitisme.⁴

Les trajectoires d'emploi effectuées par les participant.es dans le passé ont été façonnées par les conditions historiques fondées sur la pathologisation et la criminalisation des identités LGBTQI. La discrimination manifeste encouragée par l'État est relativement récente et s'illustre par la discrimination systémique, le harcèlement, ainsi que le licenciement de fonctionnaires fédéraux.ales et de militaires LGBTQ entre les années 1950 et le milieu des années 1990 (cf. Kinsman et Gentile, 2010). Même si l'orientation sexuelle ainsi que l'identité et l'expression de genre ont été ajoutées comme motifs protégés en vertu de la *Loi canadienne sur les droits de la personne* (depuis 1996 et 2017), en milieu de travail et dans les pratiques d'embauche, la discrimination fondée sur le genre et l'orientation sexuelle persiste (p. ex. voir Bauer et al., 2011; Brennan et al., 2022).

Compte tenu de la tranche d'âge des participant.es, à savoir 64 à 81 ans, avec une moyenne d'âge de 70 ans, beaucoup avaient subi de façon très directe les effets de la discrimination, alors légale, sur leur lieu de travail ou avaient en tout cas parfaitement conscience de cette discrimination et avaient organisé leur vie professionnelle en conséquence. Différentes expériences ayant eu lieu en milieu de travail ont continué de résonner émotionnellement chez les participant.es. En parallèle, la trajectoire d'emploi et de carrière des participant.es a également eu des répercussions sur leur sécurité financière en vieillissant.

4 Pour avoir une vue d'ensemble des termes et des concepts courants liés aux systèmes d'oppression et de privilège, voir <https://egale.ca/awareness/systemes-oppression-privilège-termes/>.

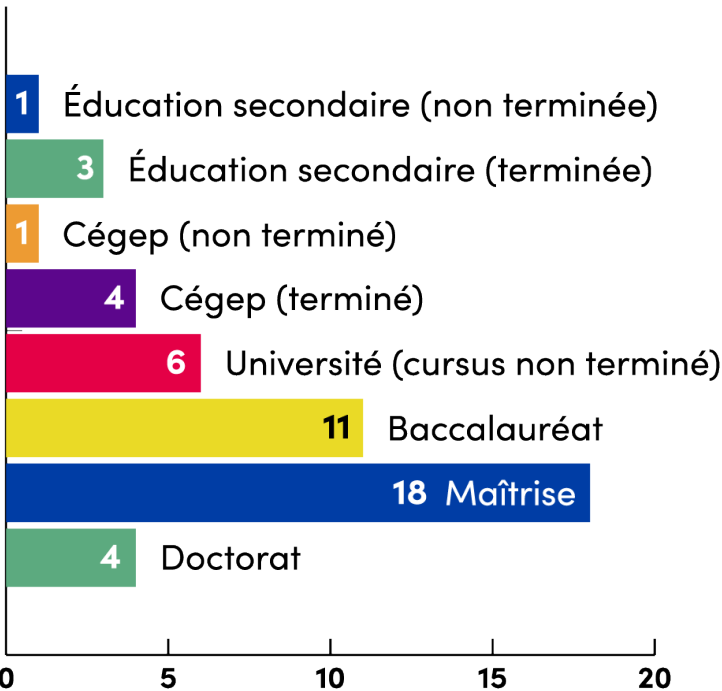
Possibilités sur les plans scolaire et économique

Nous avons remarqué que, chez les participant.es, les études poursuivies, la situation économique et la trajectoire d'emploi étaient étroitement liées. Pour certaines personnes, la situation économique dans laquelle elles se trouvaient a constitué un facteur clé dans la décision de faire telles ou telles études, ce qui a par la suite eu une incidence sur le fait qu'elles puissent accéder, ou pas, à certains types d'emploi. Les parcours scolaires des participant.es ont également été influencés par la discrimination fondée sur le genre et par les normes concernant les types de travail que les hommes et les femmes pouvaient et devaient faire. Le tableau 8 montre le plus haut niveau d'éducation formelle atteint par les participant.es.

Tableau 8 : Plus haut niveau d'éducation formelle atteint

Plus haut niveau d'éducation formelle atteint	
Éducation secondaire (non terminée)	1 (2%)
Éducation secondaire (terminée)	3 (6.25%)
Cégep (non terminé)	1 (2%)
Cégep (terminé)	4 (8.25%)
Université (cursus non terminé)	6 (12.5%)
Baccalauréat	11 (22.75%)
Maîtrise	18 (37.5%)
Doctorat	4 (8.25%)

Éducation



Même si, dans l'ensemble, on peut considérer que les participant.es au sein de l'échantillon avaient fait « beaucoup d'études », leurs trajectoires scolaires étaient très variables et ont permis de mettre en lumière de nombreux obstacles entravant leur capacité à atteindre le niveau de scolarité désiré.

Pour certaines personnes, aller à l'école et accéder à un enseignement supérieur a impliqué de devoir faire face à de nombreuses difficultés et de surmonter de nombreux obstacles qui ont eu des conséquences directes sur leurs possibilités d'emploi et leur sécurité économique plus tard dans leur vie. Le harcèlement homophobe et transphobe et la diplômanie, c'est-à-dire le fait de se fonder uniquement sur les qualifications formelles d'une personne pour juger de ses capacités, de son intelligence et de son statut (OED en ligne, traduction libre, 2022) faisaient notamment partie de ces obstacles.

Les différentes trajectoires des participant.es ont aussi mis en avant le fait qu'il n'existait pas de relation directe entre les études poursuivies et l'emploi exercé. Il est important de noter que plusieurs participant.es avaient entamé et terminé un parcours d'enseignement supérieur formel au-delà de l'éducation secondaire. Parmi ces personnes, on retrouve des femmes cis qui ont fait des études universitaires dans des domaines professionnels traditionnellement réservés aux hommes, notamment en raison des importants obstacles qui freinaient l'entrée des femmes dans certains domaines, comme les sciences. Dans ces cas précis, le fait d'obtenir un diplôme dans ce domaine a effectivement mené les participantes à obtenir un emploi dans leur domaine d'études et à bénéficier d'une situation économique plus stable par la suite. Cependant, globalement, l'équipe de recherche a observé que le fait d'obtenir un diplôme d'un cégep ou d'une université n'était pas nécessairement corrélé avec le fait de travailler à un poste dans le même domaine par la suite ni avec le fait de bénéficier d'une certaine sécurité financière ou économique.

Autre découverte importante, l'âgisme et le capacitisme en milieu de travail sont aussi apparus comme des motifs ayant poussé les participant.es à entreprendre une autre formation plus tard dans leur vie. Le fil rouge des différentes expériences racontées était la conscience aiguë qu'avaient les participant.es des nombreux obstacles systémiques auxquels iels ont été

confronté.es. Bien que nombre de personnes aient décidé de persévérer malgré les obstacles, qui n'ont cessé d'évoluer au fil du temps, le simple fait qu'il y ait eu besoin de persévérer met en lumière à quel point ces obstacles systémiques étaient considérables.

Une participante, une femme intersexe septuagénaire, a expliqué quelles ont été les répercussions négatives sur ses études associées au fait d'avoir vécu du harcèlement homophobe et d'avoir été itinérante au secondaire. Grâce aux encouragements et au soutien financier de mentor.es issu.es de la communauté 2SLGBTQI, elle a fini par s'inscrire à un programme dans un collège technique, puis dans une université :

Je suis allée là-bas [dans une institution de formation pour adultes] et j'ai pu faire valider ma 12e année. Ensuite, j'ai fait [une technique] et j'ai obtenu une licence de technicienne. Ce n'était pas franchement ma tasse de thé, mais bon, j'étais douée de mes mains...

Par la suite, elle a obtenu une certification en tant que travailleuse non manuelle, une compétence qui lui a servi plus tard dans sa carrière. Cette participante nous a livré ses réflexions concernant l'utilité de cette certification et l'âgisme dans l'industrie technique dans laquelle elle travaillait :

[La nouvelle formation] m'a été très précieuse lorsque ma carrière de technicienne a pris fin, car mon corps ne pouvait plus suivre. L'âgisme est monnaie courante dans cette industrie. Si vous avez l'air vieux.vieille ou que quelqu'un connaît votre date de naissance, c'est là que les ennuis commencent. C'est lié à l'assurance collective, aux coûts en matière de santé, au fait que le corps n'arrive plus à suivre, ce genre de choses. En plus, j'avais déjà été impliquée dans des accidents ayant donné lieu à des blessures. C'est comme ça avec l'équipement lourd.

Un autre participant, un homme trans dans la soixantaine, a également abordé la question de l'enseignement supérieur et des difficultés auxquelles il a dû faire face pour obtenir le diplôme dont il avait besoin afin d'exercer la profession de son choix :

Pendant que j'allais à l'université, je travaillais en tant que gardien de sécurité au salaire minimum, car personne ne voulait m'embaucher en tant que travailleur social, psychologue ou conseiller, car il faut une maîtrise, et je n'en avais pas. [...] J'ai même essayé de retourner aux études... Mais ils m'ont refusé, car ma moyenne pondérée cumulative (MPC) était trop basse. Un jour, j'ai fini par être accepté dans le [programme dans un cégep] et ma moyenne est passée à A-. Grâce à ça, j'ai fini par réussir à entrer dans une école, grâce à ma moyenne pondérée cumulative [...] J'ai eu de la misère toute ma vie juste parce ce qui les intéresse, c'est cette stupide MPC, rien d'autre. Du coup, j'ai perdu toutes ces années, et tout cet argent que j'aurais pu avoir en me faisant un bon salaire et qui m'aurait permis d'acheter une maison à ce moment-là. Au lieu de ça, je suis en retard de 30 ans [...] J'ai perdu 30 ans de ma vie à amasser une base économique.

Une participante, une femme lesbienne dans la soixantaine, a présenté son parcours scolaire entre le moment où elle a obtenu son diplôme de premier cycle et celui où elle a effectué des études de cycle supérieur en mathématiques et en sciences. Même si elle gagnait alors en notoriété au sein de son domaine, elle a aussi fait l'objet de sexisme institutionnalisé sur son lieu de travail. Cette discrimination a eu des répercussions sur sa situation financière, bien que celle-ci lui ait tout de même permis de vivre confortablement en tant que professeure retraitée :

Eh bien, c'est sûr qu'il y avait [du sexisme]. Rien que le fait d'être une femme dans un environnement universitaire, c'était parfaitement clair à nos yeux qu'on n'était pas payées autant que les hommes. Et je pense que, pour de nombreuses raisons, pas forcément pour les raisons institutionnelles uniquement, mais aussi tout simplement par rapport à mon propre

sentiment d'appartenance et à la motivation que je devais avoir sur le plan universitaire, [mon expérience] a été façonnée par le fait d'être une femme.

Les expériences des participant.es mettent en exergue les multiples facteurs qui peuvent façonner les types d'emploi et de carrière que peuvent avoir les gens, ainsi que les façons complexes dont les situations économiques et les parcours scolaires peuvent, aux aussi, façonner (mais pas déterminer) les trajectoires professionnelles. Le sexisme, l'homophobie et la transphobie ont façonné la trajectoire des participant.es, tandis que le capacitisme et la discrimination fondée sur l'âge sont apparus comme des obstacles clés au fait d'obtenir et de conserver un emploi plus tard dans la vie, en dépit des mesures de protection des droits de la personne existantes.⁵

Gérer la question de l'identité et s'affirmer ouvertement au travail

Les participant.es avaient des trajectoires très différentes sur le plan scolaire et de l'emploi, et occupaient des postes très variés, qui allaient de postes au sein du secteur de la santé et des services sociaux (p. ex. personnel soignant, travail social) au domaine des affaires, en passant par l'éducation, l'artisanat et les arts. Cela dit, quels que soient leur profession ou leur historique professionnel, le fait d'affirmer ouvertement son identité au travail restait une source d'inquiétude pour la plupart des participant.es. **D'après la plupart des participant.es, trouver et conserver un emploi, puis évoluer au sein de l'environnement de travail, impliquait également des négociations complexes et une réflexion attentive concernant les éléments à révéler sur leur identité, les personnes à qui les révéler et la façon de le faire.**

Par ailleurs, la peur qu'on révèle leur identité ou qu'on les discrimine a influencé la manière dont les participant.e.s agissaient au travail et sur leur trajectoire professionnelle. Les participant.es qui restaient majoritairement ou partiellement « dans le placard » sur leur lieu de travail ont expliqué devoir gérer de façon très savante leur quotidien au travail, tant dans leurs relations avec leurs collègues que leur clientèle et leurs supérieur.es hiérarchiques. Iels

⁵ Pour en savoir plus sur les écarts de salaire et la discrimination dans le domaine de l'emploi en lien avec l'identité de genre, l'expression de genre et/ou l'orientation sexuelle au Canada, cf. Denier et Waite, 2017; Waite, 2020.

ont également fait état des réorientations professionnelles effectuées afin de réduire autant que possible la possibilité d'être ciblé.es ou accusé.es injustement d'avoir eu un comportement inapproprié. De plus, pour les personnes qui continuaient à travailler au moment de l'entrevue (ou voulaient travailler), les possibles discriminations à l'égard des personnes LGBTQI restaient un sujet de préoccupation.

Certain.es participant.es ont cependant fait part d'expériences positives sur le lieu de travail et ont expliqué avoir changé d'emploi intentionnellement afin de travailler dans un environnement queer. Par exemple, les participant.es concerné.es ont expliqué comment iels avaient trouvé un emploi dans des domaines queers dans des grandes villes, où il existait un grand nombre de personnes LGBTQI sur leur lieu de travail, et ont mentionné le sentiment d'appartenance et de sécurité relative qui a caractérisé ces expériences. D'autres participant.es ont raconté que, bien qu'iels aient été parfaitement à l'aise d'affirmer leur identité auprès de collègues de travail, révéler la vérité à des client.es au sein des domaines de la santé et des services sociaux impliquait d'autres considérations.

Une participante, une femme lesbienne dans la soixantaine, a raconté son expérience en tant que jeune femme travaillant dans un domaine queer dans une grande ville, et l'aisance relative que cela lui a offert :

Quand je vivais à [ville], j'étais cuisinière, et un grand nombre d'endroits où j'ai travaillé appartenaient à des personnes gaies. D'ailleurs, tout le personnel était gai. C'était un peu comme si c'était tous les jours la Fierté, vous voyez? Alors, il n'y avait pas de discrimination là-bas. Ça donnait plutôt envie d'aller au travail.

À présent qu'elle travaille dans les services sociaux, cette participante a révélé son identité à ses collègues, mais se montre plus discrète quant à ce qu'elle partage avec ses client.es, une attitude qu'elle met en lien avec des efforts visant à faire preuve de « professionnalisme » et de ne pas parler de sa vie privée.

Un autre participant, un homme gai septuagénaire qui avait aussi travaillé dans les services sociaux, a raconté sa discrétion lorsqu'il travaillait avec des client.es et expliqué sa stratégie concernant le partage d'informations avec ses superviseur.es et ses collègues, ainsi que la souffrance que lui causait le fait de devoir dissimuler certaines parties de lui-même :

Mes superviseur.es ont toujours su que j'étais gai. Pour moi, c'était faire preuve de sagesse, d'être honnête à ce sujet. Mais ça n'était pas vraiment pertinent. [Mais] bien sûr que si, ça l'est, quand on travaille avec des familles. Les parents me demandaient souvent : « Avez-vous des enfants? » Bien sûr, avec le temps, j'ai appris à répondre : « Nous sommes là pour parler de votre famille, pas de la mienne. » Comme ça, je réussissais à éluder la question. Par contre, oui, j'avais dit que j'étais gai à mes collègues et à mes supérieur.es. Cela dit, ça ne veut pas dire qu'ils savaient quoi que ce soit, en dehors de ça. Ce n'est pas comme si je me confiais sur ma vie privée à tout le monde. Mais je n'avais pas besoin de rester caché. En plus, je pense que ça aurait été contre mes principes de rester caché. C'est pour cette raison que c'était très douloureux pour moi de sentir que je devais cacher cet aspect de moi.

Un homme gai dans la soixantaine ayant travaillé comme employé temporaire a expliqué en quoi le fait de ne plus porter son badge des Fiertés l'a aidé sur le plan financier :

J'étais assis dans mon bureau de 5 h 30 du matin jusqu'à 9 h, et je ne recevais jamais un seul appel. C'était à un tel point que j'ai fini par arrêter de porter mon badge des Fiertés et utiliser une autre agence d'intérim... Ça m'a aidé sur le plan financier, même si ce n'était pas nécessairement le cas sur le plan physique, sur le long terme, mais financièrement, ça a été bénéfique.

Ces réflexions mettent en exergue les façons complexes dont les personnes LGBTQI doivent naviguer leur carrière, négocier leur identité et leur positionnement pour s'adapter aux réalités de lieux de travail discriminatoires, ainsi qu'à leurs propres besoins matériels et objectifs professionnels. Bien que,

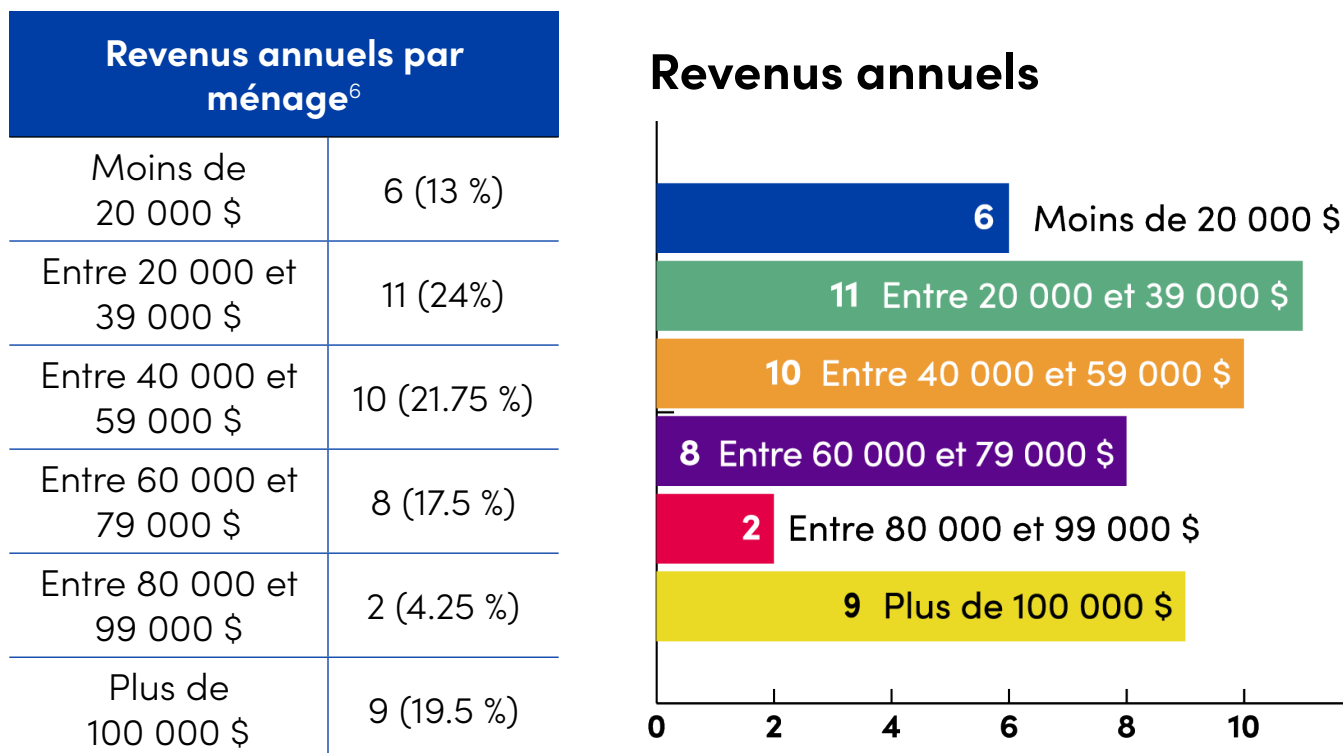
de bien des manières, les expériences partagées par les participant.es aient été propres à leur lieu de travail et à un contexte sociojuridique aujourd'hui dépassé, les questions qui entourent le fait de révéler son identité (si tant est que la personne LGBTQI ait le choix) et la possibilité de faire l'objet de discrimination dans le domaine de l'emploi représentent des problématiques on ne peut plus actuelles (par exemple, cf. Bauer et al., 2011; Sasso et Ellard-Gray, 2015; Sears, 2021; Brennan et al., 2022). **À l'heure actuelle, nous avons cruellement besoin de poursuivre les efforts visant à lutter contre la discrimination en milieu de travail et de porter une attention essentielle aux conséquences aggravantes sur le long terme qu'entraînent la discrimination dans le cadre de l'emploi ainsi que le chômage et le sous-emploi chez les personnes LGBTQI tout au long de leur vie.** Les efforts qui se poursuivent pour lutter contre la discrimination et améliorer la sécurité en milieu de travail peuvent s'inspirer des expériences des aîné.es LGBTQI, y compris concernant la façon dont ces personnes ont géré des situations délicates en milieu de travail et mené des initiatives pour demander à ce que les choses changent. En parallèle, il est vital de continuer à imaginer de meilleures formes de soutien social et de solidarité qui ne dépendent pas du fait d'avoir travaillé toute sa vie.

Sécurité financière et nécessité de travailler plus tard dans la vie

Enfin, les participant.es nous ont parlé de leur situation économique actuelle, y compris des répercussions de leur historique d'emplois rémunérés sur leur sécurité financière plus tard dans leur vie.

Les ressources financières qu'avaient les participant.es provenaient de différentes sources, notamment la retraite, l'épargne et d'autres ressources telles que les revenus de leur partenaire. Le tableau 9 présente les revenus annuels du ménage. Élément notable, parmi les participant.es dont le ménage avait des revenus annuels sous la barre des 40 000 \$, plus des deux tiers (13 sur 17) vivaient seul.es.

Tableau 9 : Revenus annuels par ménage



Les pensions de retraite constituaient une source de revenus importante pour la plupart des participant.e.s. Certain.es participant.es comptaient énormément sur leurs droits dans le cadre du Régime de pensions du Canada (RPC) et du programme de la Sécurité de la vieillesse (SV)⁷. D'autres recevaient des pensions supplémentaires de la part de leurs ancien.nes employeur.euses ou comptaient sur les pensions de leur partenaire ou sur une mise en commun des revenus. Quel que soit le cas, les pensions de retraite constituaient une part importante de la planification financière de la plupart des participant.es, ainsi que de leurs prévisions quant à leurs capacités de subvenir à leurs besoins à l'heure actuelle, mais aussi à l'avenir.

Lorsqu'on lui a demandé si sa situation financière actuelle ou future le préoccupait et s'il estimait être en mesure de subvenir à ses besoins

6 Deux participant.e.s ont choisi de ne pas répondre à cette question. À l'origine, nous avons demandé aux participant.e.s de nous fournir une estimation du revenu annuel de leur ménage, mais il est possible que certain.e.s participant.e.s vivant avec d'autres personnes (conjoint.e/époux.se) aient choisi de ne fournir que leur revenu individuel.

7 Une publication de Statistique Canada relative à des données de 2005 indique que le RPC et la SV constituaient alors près de 44 % des revenus totaux des aîné.e.s. D'après des chiffres du Conseil national des aînés pour l'année 2007, c'est chez les adultes « seul.e.s » que les faibles revenus avaient l'incidence la plus forte (11 fois plus forte que chez les couples).

fondamentaux au cours des dix années à venir, un homme gai dans la soixantaine qui avait exercé en tant que chauffeur de taxi a répondu la chose suivante :

C'est une grande question, puisqu'on ne peut jamais savoir ce qui va nous arriver. J'ai essayé de mettre de l'argent de côté, mais je ne l'ai pas fait pendant très longtemps, car en novembre, ça fera onze ans que j'ai arrêté de consommer de la cocaïne, et ça, ça coûtait très cher. Jusqu'à présent, je m'en suis plutôt bien sorti. Mais je ne sais pas si ça va durer, puisque personne n'est à l'abri d'un coup dur. Parfois, quelque chose arrive sans crier gare et c'est impossible à prédire. Je n'ai vraiment pas beaucoup d'économies, ce n'est presque rien. En même temps, j'ai calculé que ce que je vais recevoir dans le cadre de ma pension de retraite et du supplément de revenu garanti ne me rendra pas riche, mais je n'aspirais pas à devenir riche de toute façon.

Une autre participante, une femme lesbienne dans la soixantaine vivant avec sa femme, nous a parlé de leur planification commune :

Eh bien, on va dire qu'on planifie les choses avec attention. Ma conjointe envisage de prendre des contrats [...] Son travail ne lui rapporte pas de pension de retraite. Mais moi si. Nous avons aussi les pensions du RPC. Mais bon, c'est vraiment, comment dire... C'est combien, les pensions? Très peu. C'est pour ça qu'on s'est mises à économiser, pour qu'on puisse avoir quelque chose quand les choses commenceront à devenir compliquées

Plusieurs participant.es ont continué à travailler et à chercher du travail après 65 ans, notamment en raison de nécessités financières. Comme le montre le tableau 10, sur les 48 participant.es, 37 étaient à la retraite et 10 travaillaient à temps plein ou à temps partiel. Sept des dix participant.es qui continuaient à travailler le faisaient pour pouvoir subvenir à leurs besoins fondamentaux ou pour soulager une pression financière importante. Chez la moitié des participant.es qui travaillaient, le revenu annuel du ménage était inférieur à

49 000 \$. L'un des participant.es avaient déjà été itinérant et, au moment de l'entrevue, il survivait avec un revenu inférieur à 10 000 \$. Il souhaitait trouver un emploi à temps partiel, mais ne se sentait pas à l'aise de révéler son identité d'homme queer sur les lieux de travail qui s'ouvriraient potentiellement à lui.

Bien que la présente étude ait été à visée qualitative et que les résultats qu'elle présente ne soient pas significatifs sur le plan statistique, ils font tout de même écho à des schémas plus larges selon lesquels des aîné.es travaillent par nécessité, même à un âge avancé. Comme le montre bien l'un des rapports de Statistique Canada, en 2017, près d'un tiers des personnes âgées de plus de 60 ans travaillaient, avaient travaillé ou avaient voulu travailler. Parmi ces personnes, la moitié le faisaient par nécessité (Hazel, 2018, p. 4). Plus d'un quart (28,4 %) des personnes âgées de plus de 70 ans continuaient à travailler par nécessité (Hazel, 2018, p. 6).

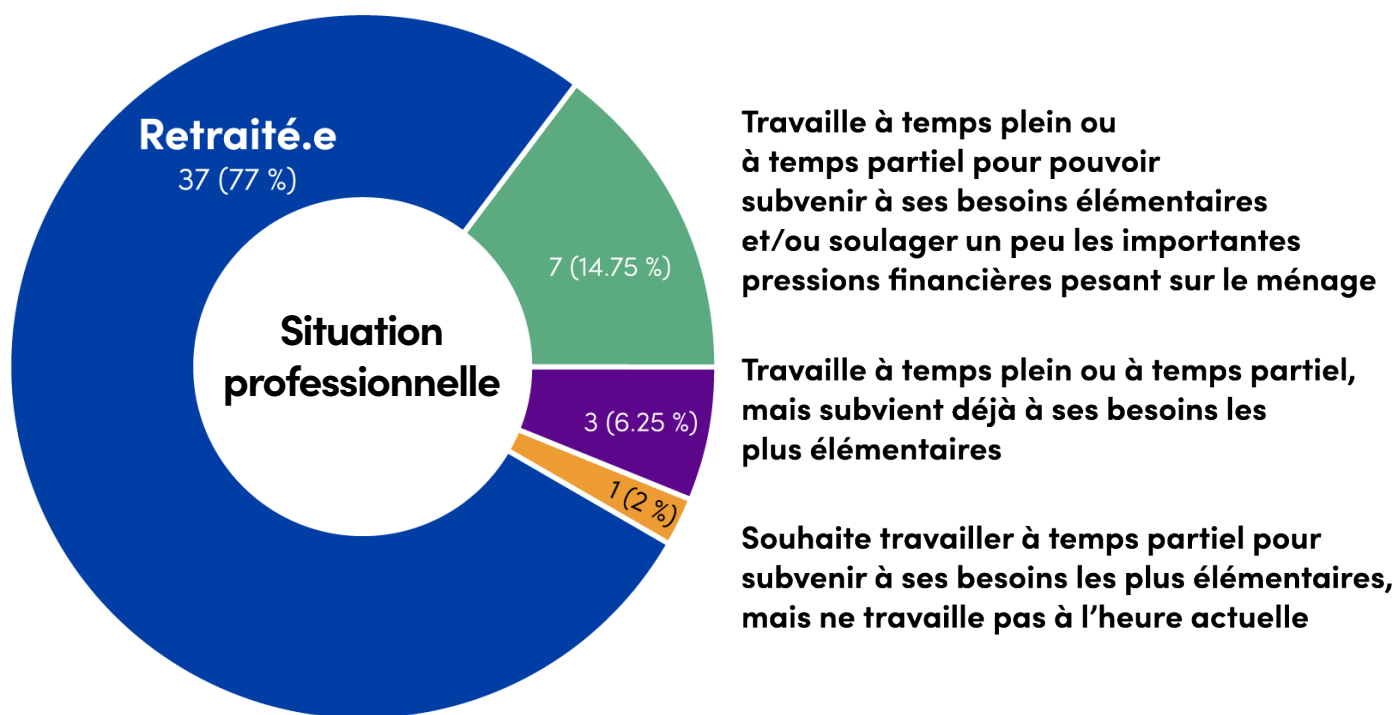


Tableau 10 : Situation professionnelle

Situation professionnelle	
Retraité.e	37 (77 %)
Travaille à temps plein ou à temps partiel pour pouvoir subvenir à ses besoins élémentaires et/ ou soulager un peu les importantes pressions financières pesant sur le ménage	7 (14.75 %)
Travaille à temps plein ou à temps partiel, mais subvient déjà à ses besoins les plus élémentaires	3 (6.25 %)
Souhaite travailler à temps partiel pour subvenir à ses besoins les plus élémentaires, mais ne travaille pas à l'heure actuelle	1 (2 %)

Une participante, une femme lesbienne dans la soixantaine travaillant à son compte au moment de l'entrevue, nous a parlé de ses difficultés financières actuelles, dues à son historique professionnel, à ses responsabilités familiales, au fait qu'elle vive avec un handicap chronique et à la précarité qu'a engendrée la COVID-19. Ses réflexions mettent en lumière le fait que les personnes souffrant de maladies chroniques et de handicaps doivent souvent surmonter des obstacles supplémentaires afin d'assurer leur sécurité financière et de subvenir à leurs besoins les plus élémentaires :

Pendant de nombreuses années, je travaillais à mi-temps pour le gouvernement [...] Mais j'ai souffert d'épuisement professionnel et ait été atteinte d'une sorte de trouble de stress post-traumatique. J'ai pris ma retraite un peu en avance [...] Le gouvernement me verse une petite pension, ce qui est super, puis, quand j'ai eu 65 ans, j'ai demandé à toucher la SV, qui me verse aussi une petite allocation. Avec ça, j'ai assez pour payer mon hypothèque et mes factures, [mais] il ne me reste pas grand-chose. C'est aussi moi qui achète toute l'épicerie de ma fille et les autres choses dont elle a besoin, car elle a des besoins particuliers et pas beaucoup de revenus.

Une femme lesbienne septuagénaire avait commencé à faire du tutorat en ligne auprès d'enfants en raison de la pandémie. Elle a expliqué à l'équipe de recherche les raisons pour lesquelles elle avait besoin de travailler et les difficultés qu'elle a rencontrées pour trouver du travail et le conserver à son âge, un témoignage qui fait écho aux pratiques fondées sur l'âgisme et le capacitisme dans les cultures organisationnelles :

Je dois absolument travailler, et c'est comme une épée de Damoclès au-dessus de ma tête. [...] Ce n'est pas facile, car mon âge ne joue pas en ma faveur, et ce, depuis bien longtemps déjà. J'ai envoyé des candidatures, puisque je pense que c'est ce que je veux faire. En tout cas, j'étais en arrêt maladie quand mon docteur m'a dit que je ne pouvais plus exercer mon autre métier. Que je n'en étais pas capable. « Respectez-vous et respectez votre âge », m'a-t-il dit. Il m'a aussi dit : « Trouvez autre chose », point à la ligne. En tant que tutrice, j'avais la possibilité de travailler de la maison, alors c'était pratique pour moi. Mais, en raison de mon âge, je n'étais pas protégée envers bon nombre de choses qui pouvaient se produire.

Un autre participant, un homme queer septuagénaire vivant seul dans une zone rurale, avait travaillé par le passé dans le domaine des arts. Comme son revenu annuel s'élève à 25 000 \$, il a expliqué qu'il était nécessaire pour lui de continuer à travailler à temps partiel afin de subvenir à ses besoins actuels et futurs :

C'est parce que je travaille dans les arts, et que souvent j'ai travaillé sans que ce soit déclaré. Je ne pensais pas vraiment au fait que j'allais vieillir, ni à mettre de l'argent de côté pour ma retraite, ni rien de tout ça. Je n'ai pas non plus de pension qui me permette de vivre. Alors je dois compléter en travaillant à temps partiel.

La sécurité financière, tant à l'heure actuelle qu'à l'avenir, était une source de préoccupations importante chez nombre de participant.es. Bien que certain.es aient disposé de sources de revenus stables, y compris d'économies dans lesquelles puiser, d'autres dépendaient énormément du RPC et de la SV, ainsi

que des pensions de retraite versées par leur ancien employeur, le cas échéant. Même en recevant des pensions, plusieurs participant.es devaient continuer à travailler pour subvenir à leurs besoins les plus élémentaires ou pour soulager un peu les importantes pressions financières qui pesaient sur leur ménage. **Il est important de noter que la nécessité de trouver du travail à un âge plus avancé met en lumière toute une gamme d'iniquités sociales, notamment des iniquités fondées sur la classe sociale et le genre. Cette nécessité fait également ressortir les questions de l'âgisme et du capacitisme**, notamment au sein des pratiques d'embauche et dans la façon dont on accorde de la valeur (ou pas) à différents corps et esprits dans la société canadienne capitaliste.

Recommandations

Politiques et culture sur le lieu de travail :

- Continuer à renforcer les politiques antidiscriminatoires sur le lieu de travail et mettre en place des mesures qui favorisent une culture organisationnelle à la fois inclusive et équitable pour les personnes 2SLGBTQI.
- Apprendre à reconnaître et à réformer les pratiques d'embauche et les cultures organisationnelles âgistes et capacitistes.
- Apprendre à reconnaître et à gérer les intersections entre l'âgisme, le capacitisme, le racisme, la transphobie, l'homophobie et toute autre forme de discrimination dans les pratiques relatives à l'emploi.

Sensibilisation et mentorat :

- Continuer à remettre en question les visions genrées en matière de perspectives professionnelles et encourager les étudiant.es de toutes sexualités et de tous genres à faire des études et à chercher un emploi dans les domaines qui les intéressent.
- Encourager les étudiant.es issu.es de groupes sous-représentés à entreprendre les études supérieures de leur choix, par exemple en donnant des conseils aux personnes qui appliquent à un cégep ou à une université pour la première fois.
- Obtenir et/ou continuer à obtenir du financement pour les groupes et les centres 2SLGBTQI, ainsi que pour d'autres moyens de soutien de l'école élémentaire jusqu'au secondaire, voire au postsecondaire.

Réformes relatives à l'emploi, aux pensions et au soutien social :

- Offrir de plus grandes mesures de protection aux travailleur.euses non syndiqué.es et précaires (par exemple, aux personnes travaillant dans « l'économie de petits boulots »), qui sont plus vulnérables face à l'exploitation de la main-d'œuvre et à la discrimination.
- Maintenir et améliorer la couverture offerte par le biais de la Sécurité de la vieillesse et d'autres programmes de pensions et de soutien, tout en éliminant les mesures capacitistes et genrées qui pénalisent directement les personnes ne pouvant pas travailler ou qui ont dû arrêter de travailler pendant un temps pour agir en tant qu'aidant.es ou endosser d'autres responsabilités.
- Augmenter les soutiens financiers envers les aîné.es qui vivent sous le seuil de pauvreté et touchent les revenus minimaux définis par le gouvernement.

Logement

Le logement, notamment l'accès à un logement abordable et sécuritaire, constitue un enjeu national qui dépasse les frontières géographiques et générationnelles. Au Canada, le coût des biens immobiliers et le prix des loyers affectent les personnes de tous âges; un nombre croissant de personnes vivent dans des logements inabordables et ont des besoins impérieux en matière de logement⁸, y compris près de 17 % des personnes âgées de plus de 65 ans et près de 40 % des locataires aîné.es (Statistique Canada, 2022a). Dans tout le pays, les ménages LGBTQ2+ consacrent une part plus importante de leur revenu total au logement que les ménages non LGBTQ2+, et ils sont plus nombreux à avoir des besoins impérieux en matière de logement (Randle et al., 2021). Si la recherche et la défense des droits se sont consacrées aux enjeux liés au logement et à l'itinérance chez les jeunes LGBTQ+ au Canada (p. ex., voir Abramovich 2012, 2017; Munro et al., 2019; Abramovich & Kimura, 2021; Friends of Ruby, 2023), à quelques exceptions près (p. ex., Redden et al., 2021), les situations et les besoins en matière de logement des adultes ou des aîné.es LGBTQI sont loin d'avoir fait l'objet d'une telle d'attention, et ce, malgré le fait que les aîné.es et les groupes LGBTQI+ sont considéré.es comme les populations ayant les besoins les plus criants en matière de logement (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2018).

Compte tenu de cet écart et de la prévalence des enjeux liés au logement au Canada aujourd'hui, la question du logement a constitué l'un des éléments principaux de cette étude. Nous avons rencontré des personnes qui vivaient seules, avec un.e conjoint.e, un.e partenaire ou d'autres personnes (voir Tableau 11) et habitaient différents types de logement (voir Tableau 12), afin de les interroger sur leur situation et leurs préoccupations en matière de logement, ainsi que les dispositions qu'elles souhaitent voir mises en place à l'avenir.

8 Au Canada, les ménages définis comme ayant « des besoins impérieux en matière de logement » sont ceux qui vivent dans des logements considérés inabordables (coûtant plus de 30 % du revenu en frais de logement), inadéquats (nécessitant des réparations majeures) ou inadaptés (n'ayant pas assez de chambres pour la composition du foyer, selon la Norme nationale d'occupation), et qui devraient dépenser plus de 30 % de leur revenu total avant impôt pour trouver un autre logement abordable, adéquat et convenable dans les environs (Statistique Canada, 2021).

Tableau 11 : Composition du ménage

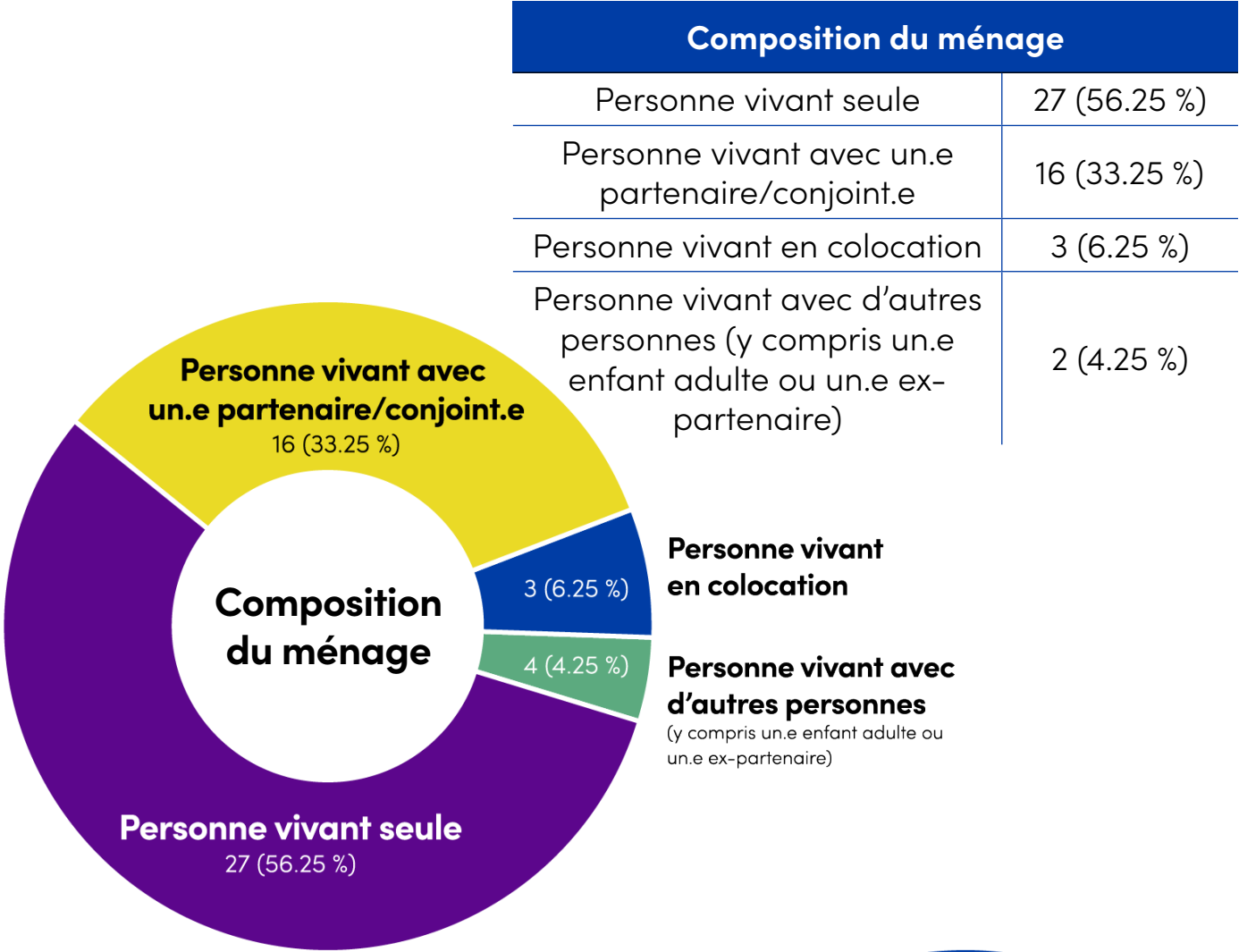
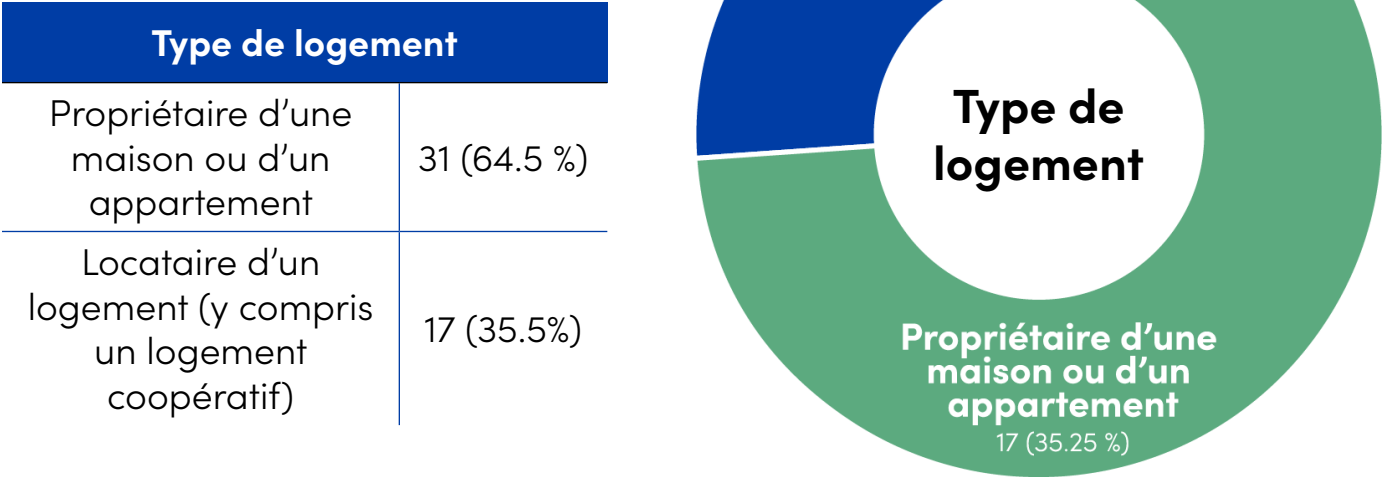


Tableau 12 : Type de logement



(In)sécurité et coût du logement

Les préoccupations relatives au coût du logement ont été influencées par les revenus (notamment les pensions), la richesse accumulée (par exemple, l'épargne), l'anticipation du coût du logement à l'avenir (par exemple, pour l'accessibilité), ainsi que la situation géographique et les coûts locaux de la location et de l'achat. Certaines des personnes interrogées se sentaient en sécurité dans leur logement actuel, tandis que d'autres étaient confrontées à de l'insécurité liée à leur situation de logement, à court terme et à plus long terme.

Les propriétaires comme les locataires ont exprimé leurs préoccupations quant à l'augmentation du coût du logement et à leur capacité financière à payer le loyer et à assumer les autres dépenses courantes. Un grand nombre de participant.es considéraient leur revenu et leur budget comme serrés ou limités sur leurs marchés immobiliers respectifs, ce qui renforçait les craintes liées aux options de logement qui leur seraient accessibles à l'avenir. D'autres ont parlé des difficultés liées au fait de posséder un bien immobilier, mais pas de liquidités, car même si ces participant.es possédaient un capital immobilier, il leur était toujours difficile de répondre à leurs besoins quotidiens. Un grand nombre de participant.es ont expliqué avoir vendu leur maison et être devenu.es locataires pour cette raison.

Une participante, une femme lesbienne septuagénaire vivant seule dans une zone urbaine de Nouvelle-Écosse, a parlé de la façon dont ses options en matière de logement étaient liées à sa pension et à la « zone intermédiaire » dans laquelle elle s'est retrouvée prise en raison de son revenu mensuel :

Je viens juste de vendre ma maison, juste avant la COVID [...] Aujourd'hui, j'habite un tout petit appartement, mais ça me convient pour l'instant. Le loyer me coûte environ 1 275 \$ par mois. Ma maison devait bien me coûter 1 800 \$ par mois. C'était trop pour moi. J'ai un revenu d'environ 3 800 \$ par mois. Ça me place dans cette zone intermédiaire délirante dans tous les aspects de ma vie.

Une autre participante, une femme lesbienne âgée d'environ 60 ans vivant avec sa partenaire dans une zone urbaine en Colombie-Britannique, est revenue sur sa nouvelle situation de location :

On se sent plutôt stable, mais si l'immeuble est vendu un jour, on n'aura probablement pas les moyens de rester, et ça sera un problème. [...] Mais, toutes les deux, on est assez à l'aise financièrement, compte tenu de la façon dont nous avons choisi de vivre. Si on tenait vraiment à devenir propriétaires, on pourrait se retrouver vraiment démunies.

Les participant.es ont également fait part de leurs craintes concernant le rachat de biens locatifs par des promoteurs, qui feraient grimper le coût du logement dans leur zone d'habitation. Les discussions sur le développement immobilier privé et les répercussions des projets de développement à grande échelle sur la sécurité et l'accessibilité du logement ont mené à des conversations sur les projets de logements publics. Les aîné.es LGBTQI que nous avons interrogé.es s'inquiètent tou.tes du fait que les pouvoirs publics n'ont pas consacré de ressources aux logements abordables pendant de nombreuses années, tandis que les grands promoteurs ont acheté de vieux bâtiments pour en faire des condominiums inabordables.⁹

Une participante, une femme lesbienne âgée d'une soixantaine d'années, a raconté le moment où elle et sa partenaire ont emménagé dans une nouvelle ville. Elle a expliqué que, même si elles se sentaient actuellement en sécurité dans leur logement de location, la possibilité que l'immeuble soit acheté ne pouvait pas être écartée :

Nous avons décidé de nous installer à Vancouver et on a eu énormément de chance de trouver un immeuble de location avec un grand appartement, plus vieux, à un bon prix. Les prix sont insensés, ici [...] On se sent plutôt stable, mais si l'immeuble est vendu un jour, on n'aura probablement pas les moyens de rester, et ça sera un problème.

9 Pour en savoir plus sur l'impact de l'investissement immobilier et de la financiarisation sur l'offre et l'abordabilité du logement, consultez le documentaire PUSH (Gertten, 2019); Sassen, 2009, 2019. Pour plus d'informations sur la réalisation progressive du droit au logement au Canada, consultez Schwan & Perucca, 2022.

Une autre participante, une femme lesbienne septuagénaire vivant seule dans un appartement, a fait part du manque de logements abordables dans sa province, l'Île-du-Prince-Édouard. Pour elle, la solution pour l'avenir se trouve dans l'intégration de logements abordables aux projets de logements multigénérationnels :

La province ne construit plus d'unités [de logements abordables] à proprement parler. En général, ils ajoutent des unités abordables à des complexes construits pour être habités au prix du marché. Les constructeurs sont censés destiner un certain pourcentage d'unités aux personnes ayant un faible revenu. Ou des logements subventionnés. Je pense que c'est la solution d'avenir, plutôt que de regrouper tou.tes les aîné.es dans un seul bâtiment.

Le coût des logements locatifs était si important pour certain.es participant.es que ces dernier.ères ont raconté devoir travailler pour répondre à leurs besoins essentiels. Cela touchait en particulier les personnes sans pension privée et avec une faible pension publique, ce qui traduit des dynamiques plus vastes de privilège et de précarité économique liées à la participation de la main-d'œuvre et au travail rémunéré informel par rapport au travail rémunéré formel. Pour réduire les frais de logement, d'autres participant.es partageaient un logement avec des colocataires ou louaient une partie de leur logement.

Un participant, un homme gai septuagénaire vivant seul dans une zone rurale de la Colombie-Britannique, a raconté qu'il avait besoin de continuer à travailler à temps partiel :

Je suis locataire. J'étais propriétaire d'une maison à Vancouver, mais ce n'est plus le cas. [...] Comme je suis dans le domaine artistique, il arrivait souvent que je travaille au noir. Je ne pensais pas au fait que je vieillisse, ni à mettre de l'argent de côté pour ma retraite, rien de tout ça. Et je n'ai pas de pension qui me permet de vivre. Alors je dois la compléter en travaillant à temps partiel.

Un autre participant, un homme queer septuagénaire vivant à Toronto, a fait part des avantages de sa situation dans un quartier central et du contrôle des loyers, mais aussi du problème constant posé par le réaménagement et l'augmentation du coût du logement :

Tous les édifices que je vois sont démolis, ça arrive tous les mois, sans exception. J'ai bien pensé à m'installer ailleurs, même si mon logement actuel est parfait et très bien situé [...] Je m'inquiète parce que mes frais de logement augmentent chaque année, même si mon loyer est contrôlé. Alors, je suis content d'avoir trouvé cet emploi à temps partiel. Ça me permet de gagner un peu d'argent.

Un participant, un homme gai septuagénaire à la retraite vivant à Winnipeg, est locataire et vit avec un colocataire à temps partiel :

On peut dire que je vis seul, mais j'ai un « colocataire à temps partiel », si on veut. Il travaille dans le nord [...] Il cherchait un pied-à-terre à Winnipeg, et il est là environ trois mois par an.

Enfin, nous avons trouvé des différences majeures en matière de sécurité du logement chez les personnes qui vivaient seules par rapport à celles qui vivaient avec un.e partenaire ou un.e conjoint.e. Les participant.es qui vivaient avec leur partenaire ou leur conjoint.e mettaient leurs revenus en commun, ce qui leur permettait de renforcer leur stabilité financière et de partager les frais de logement. Certain.es recevaient une pension stable et avaient un.e partenaire plus jeune travaillant toujours à temps plein. À l'inverse, les participant.es célibataires et/ou vivant seul.es ne disposaient pas de ce filet de sécurité.

La situation d'une participante, en pleine séparation avec sa conjointe, illustre bien ces différences. Séparée de sa conjointe, mais vivant encore avec elle dans le même appartement, elle explique sa situation précaire et son inquiétude pour l'avenir :

J'ai terriblement peur. Je ne serai pas en mesure d'assumer l'hypothèque. Si elle décide de partir, elle va devoir vendre l'appartement et je vais me retrouver à la rue. Je subviens déjà à mes besoins et je paie mes propres repas. Je ne gagne pas assez d'argent, et une fois les charges payées, je n'en ai plus assez pour l'épicerie, alors je dois aller à la banque d'alimentation [...] je suis vraiment inquiète. J'ai terriblement peur. Je ne sais pas comment je vais finir.

Il est important de noter que ces conclusions reflètent les réalités de l'insécurité du logement pour un grand nombre d'aîné.es LGBTQI, ainsi que les mesures distinctes (continuer à travailler, vendre sa maison ou encore trouver des colocataires) prises par un grand nombre pour continuer à occuper leur logement et à répondre à leurs besoins essentiels. La situation des participant.es souligne le besoin de lutter contre les coûts élevés et en hausse du logement, ainsi que le coût de la vie, partout au Canada. Nos conclusions traduisent également la nécessité de reconnaître les insécurités distinctes auxquelles sont confrontées les personnes vivant seules avec un seul revenu, ainsi que les réalités et les dynamiques variées du logement au-delà du modèle de la famille nucléaire.

(In)sécurité du logement et discrimination

Les expériences et/ou le sentiment de sécurité en rapport avec le genre et la sexualité se sont révélés être un autre thème majeur, notamment chez les personnes qui louaient un appartement ou habitaient dans un condominium. Certain.es participant.es., notamment les personnes vivant dans leur propre maison, se sentaient plutôt en sécurité. D'autres ont décrit avoir subi de la discrimination dans l'immeuble où se trouve leur appartement. La discrimination anti-LGBTQI constitue également une source de préoccupation lors de la recherche d'un logement en location pour les personnes LGBTQI, quel que soit leur âge (voir Levy et al., 2017; Migdal, 2019).

Concernant le fait de vivre son identité ouvertement dans le cadre de la vie en appartement ou en copropriété, les participant.es ont fait part d'expériences différentes. Certain.es ont raconté des expériences positives de bons rapports

entre voisin.es et de proximité avec un grand nombre d'autres personnes LGBTQI, en particulier dans les quartiers queers ou aux alentours. D'autres ont relaté des expériences plus négatives allant jusqu'à l'homophobie explicite.

Un homme gai d'environ 60 ans vivant en zone urbaine a parlé de la vie dans un petit immeuble en copropriété avec son partenaire :

Tout le monde savait qu'on était le couple gai du rez-de-chaussée. On n'a jamais essayé de s'en cacher. On a vécu une seule expérience vraiment négative : une année, pour les Fiertés, on avait accroché le drapeau arc-en-ciel à la fenêtre et ça n'avait pas plu à une voisine... elle est venue se plaindre à nous directement, puis au conseil de la coopérative, où on lui a dit « il n'y a absolument aucun problème avec ça. Ils n'enfreignent aucune loi ni aucun règlement. » Alors, voilà.

Une autre participante, une femme lesbienne d'une soixantaine d'années, a parlé du sentiment de communauté dans son immeuble et de l'entraide entre voisin.es qui y règne. Pendant la pandémie, toutes les personnes de l'immeuble ont formé une « bulle », ce qui a renforcé leur sentiment collectif de sécurité :

Il y a un certain nombre de personnes queers dans l'immeuble. Pendant la COVID, on est resté.es dans notre bulle. C'était plutôt agréable, finalement. Cette bulle, c'est notre petite communauté dans cet immeuble. [...] On prenait des nouvelles les un.es des autres, surtout que certain.es sont plus âgé.es, qu'un.e autre a des problèmes de dos, etc. On fait toujours attention les un.es aux autres et on organise des soupers ou des soirées pour regarder les matchs de hockey.

Les expériences de discrimination et la crainte d'en subir étaient particulièrement marquées chez les participant.es trans et intersexes, qui avaient subi ou craignaient de subir de la discrimination et du harcèlement liés à leur genre. Ces discriminations vécues ou anticipées prenaient place dans leur immeuble ou lors de rencontres prévues avec leur propriétaire.

Une femme trans d'une soixantaine d'années, locataire dans une zone rurale et vivant seule, a par exemple comparé sa situation actuelle avec les logements qu'elle a occupés par le passé :

Ici, c'est bien, car dans les autres endroits où j'ai vécu, j'ai eu des problèmes avec certains locataires. Par exemple, on réalisait que j'étais trans, puis on me harcelait, on m'insultait, etc. J'en étais arrivée à un point où il fallait que je trouve un logement où je n'aurais pas de problème. Ici, la vie est agréable et je me sens apaisée, personne n'a de problème avec moi.

Une autre participante, une femme intersexe septuagénaire, a expliqué qu'elle était inquiète à l'idée de devoir trouver un nouveau logement. Elle a souligné à quel point il pouvait être difficile d'obtenir des protections contre la discrimination à la location, car les propriétaires peuvent fournir des justifications plus acceptables à leur refus :

Quand je vais devoir trouver un nouveau logement, j'imagine déjà comme ça va être difficile. On va juste me dire, « désolé, c'est déjà loué. » J'imagine toutes les excuses qui seront inventées pour ne pas me louer le logement, quand je ne réussirai pas à trouver. Les choses doivent changer. La situation doit être claire : oui, c'est une citoyenne aînée. Oui, elle est intersexe. Ou trans, ou autre. Nous devons être assuré.es et très bien conseillé.es sur les moyens juridiques qui existent pour protéger cette personne.

Les craintes liées à la sécurité, au sentiment d'appartenance et au fait d'être LGBTQI étaient également au cœur des préoccupations des participant.es lors de déménagements. C'était notamment le cas lors d'un déménagement dans un nouveau logement de location, comme le montre le témoignage ci-dessus, mais également chez les participant.es qui quittaient un grand centre urbain pour s'installer dans une plus petite ville ou à la campagne. Pour certain.es, ces craintes sont devenues une réalité. Pour d'autres, ces inquiétudes étaient basées sur des croyances et des biais selon lesquels les petites communautés n'étaient pas accueillantes envers les personnes LGBTQI, mais rien de tout cela n'est arrivé.

Une participante, une «dyke» d'environ 60 ans, a raconté son expérience en tant que personne ouvertement LGBTQI au sein d'une communauté rurale de l'ouest du pays :

J'ai déménagé à [ville de la partenaire]. C'était intéressant, car elle fait beaucoup plus butch et elle se dit elle-même tomboy. Le fait qu'elle soit à mes côtés m'a directement sorti du placard dans cette petite ville... Quand je n'avais pas de partenaire, je ne trouvais pas vraiment l'occasion de dire «Je suis lesbienne». Ça ne venait simplement pas dans les conversations, mais je ne l'ai jamais tu non plus, lorsque le moment était approprié. Mais en marchant avec elle dans la rue, je me suis tout de suite retrouvée ouvertement lesbienne. C'était intéressant d'observer mes propres réactions, car cette expérience était très différente de ma vie dans le centre-ville de Toronto, où tout le monde est relativement anonyme. Dans une ville de 900 personnes, personne n'est anonyme.

À l'inverse, un homme gai d'une soixantaine d'années, à la retraite depuis peu et atteint d'un cancer agressif, a fait part des avantages de vivre au sein d'une communauté aussi soudée que la sienne dans la petite ville où il habite maintenant, par rapport au sentiment de solitude de la vie dans une grande ville :

Je me plais beaucoup, ici. Les gens sont formidables... Ce sont des gens vrais. Je pense que j'ai été envoyé dans une petite ville pour la dernière phase de ma vie pour comprendre ce que c'est [...] Ici, il y a quelque chose de très axé sur la communauté dont je n'avais jamais pris conscience, parce qu'honnêtement, quand on prend [le service de transports en commun de la ville] avec son journal, on le finit avant d'arriver à son arrêt, on le laisse dans le bus, et voilà. On tombe sur les notices nécrologiques où on ne connaît personne, puis on laisse le journal sur le siège pour la prochaine personne.

Lorsqu'on réfléchit à la question du logement, la notion de sécurité est essentielle. Le logement doit non seulement être abordable, adéquat et approprié, mais les personnes LGBTQI doivent également avoir accès à des

logements où elles ne subiront pas de discrimination ou de violence. Comme nous le décrivons plus loin, ce besoin, ainsi que les expériences diverses des participant.es, peuvent également inspirer des réflexions sur le fait de vieillir chez soi et différents modèles de logement.

Vieillir chez soi

En pensant à l'avenir, les participant.es ont réfléchi à ce qui devrait être mis en place pour vieillir en restant dans leur logement et dans leur communauté. Quelques participant.es avaient un plan très précis quant à la situation de logement souhaitée au fil de leur vie, tandis que d'autres n'y avaient pas encore vraiment pensé. Dans tous les cas, les participant.es ont exprimé le désir de rester dans leur logement ou leur communauté le plus longtemps possible. Ces désirs étaient accompagnés de demandes explicites de soutien et d'action.

Un grand nombre de participant.es ont fait remarquer que la capacité d'accéder à des mesures de soutien communautaire leur permettrait de rester dans leur logement plus longtemps. Parmi ces mesures, on peut citer l'aide aux tâches ménagères et d'autres aides liées au soin. En outre, les participant.es ont fait part de nombreuses suggestions et idées innovantes sur ce qui pourrait leur permettre, ainsi qu'aux autres dans leur situation, de rester dans leur logement et la communauté de leur choix plus longtemps.

Une femme lesbienne d'environ 70 ans, vivant seule dans une zone urbaine, a parlé de ce dont elle aurait besoin pour pouvoir vieillir dans sa communauté :

Tant que ma santé me le permet, j'aimerais continuer à vivre en appartement et peut-être faire venir quelqu'un pour m'aider deux ou trois matins par semaine, quelque chose comme ça [...] Je sais que je pourrais appeler mes enfants si j'en avais vraiment besoin. Mais, mes enfants, je préférerais les voir dans le cadre de ma vie sociale et de mon bonheur. C'est pour ça qu'un [soutien] pour m'aider avec les choses comme l'épicerie ou les tâches ménagères me permettrait de maintenir cette relation avec mes enfants.

Une autre femme lesbienne d'une soixantaine d'années a partagé une idée novatrice : la création d'une « entreprise de services à domicile gérée par des lesbiennes », un service dont elle raconte avec humour et réalisme à quel point il lui profiterait, à elle ainsi qu'à plein d'autres personnes :

Pour que les personnes puissent continuer à vivre chez elle, notre grand rêve, c'est que quelques lesbiennes lancent leur entreprise de PAB [préposées aux bénéficiaires], où une PAB viendrait au domicile... On doit faire passer le mot : on a besoin de ces jeunes femmes, ou de ces femmes plus âgées, enfin, peu importe... on a besoin de ces femmes! Parce qu'on préfèrerait continuer à vivre dans nos logements actuels.

L'accès aux soins de santé et aux services sociaux, ainsi que les transports et les quartiers où tout se fait à pied, ont également influencé l'emplacement où certain.es participant.es décident de rester ou de déménager plus tard dans leur vie. Cela comprend également les personnes décidant de rester dans des zones urbaines inabordables, mais disposant d'une plus grande offre de services de proximité. Nous développons les réflexions liées à l'accès aux soins de santé et aux services à domicile plus loin, dans la section Soins de santé et services.

Une participante, une femme lesbienne dans la soixantaine vivant avec sa partenaire, a expliqué sa décision stratégique de rester dans une grande ville en raison de la proximité des ressources qu'elle pouvait offrir :

Nous avons toutes les ressources possibles ici. Bien entendu, c'est une question de choix. Ça serait agréable de vivre à la campagne, c'est tellement joli... d'un autre côté, qu'est-ce que j'irais bien faire là-bas? Ici, je n'ai qu'à traverser la rue pour faire mon épicerie. Je pense que tout est une question de choix, et c'est pour ça que j'habite ici. Je suis née à Toronto, mais j'ai décidé de rester ici.

Une autre participante, une femme lesbienne septuagénaire, a expliqué sa réflexion autour de ce compromis entre les coûts et les ressources :

Si les mesures de soutien étaient facilement disponibles et accessibles, on pourrait rester dans notre communauté sans avoir à déménager, car à partir du moment où l'on déménage dans un lieu où les loyers sont plus abordables, on est loin de tout. On se retrouve dans une situation impossible. Quand on choisit d'habiter là où les loyers sont moins chers, on a un accès plus restreint aux services. Quand on choisit de rester là où les services sont accessibles, ça coûte plus cher. C'est ça, le problème.

Le sujet de la réalisation d'aménagements visant à rendre les logements plus accessibles a également été abordé dans le cadre de cette discussion. Parmi les participant.es propriétaires de leur logement, un grand nombre ont évoqué l'apparition et la progression de limitations relatives à la mobilité, ainsi que leur perspective d'apporter des modifications à leur logement afin de le rendre accessible, sous peine de devoir déménager. Néanmoins, tout comme l'accès au soutien communautaire, ce besoin posait un certain nombre de difficultés, notamment en matière de coûts.

Une participante, une femme pansexuelle septuagénaire vivant seule, a évoqué les difficultés liées à l'agencement de son logement actuel, ainsi que le coût élevé des aménagements :

J'ai une maison de deux étages. Aujourd'hui, cela pose problème, car j'ai de l'arthrose dans le genou gauche. J'attends une chirurgie de remplacement du genou, mais je suis sur liste d'attente, et elle est très longue. Et puis, je dois aussi me faire opérer du pied [...] Je suis obligée de monter et descendre les escaliers, car ma seule salle de bain est à l'étage. La chambre est à l'étage aussi, et la cuisine, le salon et la salle à manger sont en bas. Il n'y a pas assez d'espace pour installer une autre salle de bain en bas. La seule solution serait de détruire mon beau jardin et de faire venir tout un tas d'entrepreneurs pour construire une extension à l'arrière de la maison, ce qui me coûterait soixante mille dollars. Et je ne les ai pas. Alors, je sais que je vais devoir finir par déménager.

Une autre participante, une femme lesbienne vivant avec sa partenaire, a également fait part des contraintes financières qu'impliquerait le fait de rester dans son logement, des difficultés posées par les escaliers lorsqu'on souffre d'arthrite, ainsi que la charge émotionnelle associée à l'anticipation de ce qui pourrait survenir à l'avenir :

Nous avons toutes les deux dépassé les 70 ans. Et qui sait ce que l'avenir nous réserve. Nous avons discuté de la possibilité de vendre notre maison et de finir par emménager dans un appartement [...] Nous sommes constamment inquiètes de notre situation financière [...] Notre pire crainte est que quelque chose arrive à l'une de nous. Elle souffre de polyarthrite rhumatoïde et moi d'arthrose. Nous avons toutes les deux des prothèses de genoux. Je trouve qu'on est très en forme pour notre âge, et on essaie de manger sainement et de garder la forme. C'est un combat quotidien. C'est très dur de monter les escaliers. À cause de ça, on craint de devoir finir par vendre la maison. Et faire tous les cartons, le rangement, toutes ces choses... Ça n'est pas possible. Quand j'y pense, ça me fait paniquer.

Pour les participant.es, le fait de vieillir chez soi et au sein de sa communauté constituait une priorité évidente. Le confort et la familiarité de leur propre domicile, ainsi que l'accès à leur communauté et aux ressources à proximité, comptaient parmi les raisons pour lesquelles les participant.es espéraient ne pas avoir à déménager. **Toutefois, des obstacles majeurs en matière d'accessibilité et de coût ont été relevés, et il est nécessaire d'en tenir compte.** Pour permettre aux aîné.es LGBTQI de vieillir « au bon endroit » — soit dans le cadre le plus approprié en fonction de leurs préférences personnelles, de leur situation et de leurs besoins en matière de soins (National Institute on Ageing, 2022, p.8) — il est nécessaire de reconnaître et de faire tomber ces obstacles majeurs.

Modèles de logements partagés

Pour finir, lorsque les participant.es ont décrit de possibles scénarios de logement pour l'avenir, un grand nombre ont exposé leurs idées autour des résidences pour aîné.es et des modèles de logements partagés. Certain.es ont

évoqué le souhait de vivre avec d'autres personnes LGBTQI dans des logements partagés, tandis que d'autres ont exprimé un désir de rester proche de leur communauté, par exemple dans un immeuble ou un quartier en particulier, sans toutefois partager leur espace de vie. Au cours de ces conversations, les participant.es ont évoqué leur désir d'indépendance, de respect et de choix de leur lieu et de leur mode de vie, mais aussi vouloir avoir la garantie de ne pas subir d'exclusion ou de discrimination fondées sur leur identité.

Les idées concernant les modèles de logements partagés ont souvent été motivées par le désir de vivre dans une communauté bienveillante et solidaire.

Il s'agissait notamment de se sentir proche de la communauté LGBTQI et de vivre dans des logements dont le modèle est axé sur la communauté LGBTQI. On a également relevé un désir de vivre dans des logements composés de personnes de différentes caractéristiques démographiques, et partageant le même état d'esprit. Ce sentiment a également été observé dans d'autres recherches sur le logement chez les aîné.es LGBTQ (Redden et al., 2021, p. 13-14).

Une participante, une femme lesbienne septuagénaire habitant sur la côte est, a expliqué :

Je pense qu'on pourrait vivre dans des sortes de coopératives, dans des immeubles plus adaptés aux personnes LGBTQ dans un environnement axé sur la communauté. Je vois ça comme un énorme complexe de logements plutôt que comme un foyer de soins, avec plus d'unités individuelles dans un environnement plus coopératif et inclusif. Les personnes pourraient compter les unes sur les autres, et non plus totalement dépendre du gouvernement. Ça serait un mode de vie basé sur l'interdépendance.

Une autre femme lesbienne septuagénaire vivant dans une zone rurale du Québec a confié son espoir d'une vie en collectivité, parmi des ami.es et des personnes partageant les mêmes valeurs :

On a toujours eu ce rêve... avec des amies, parce que la plupart de mes amies, elles ne sont pas lesbiennes, mais elles sont veuves, ou alors elles vivent seules. On a toujours imaginé la construction de centres pour aîné.es, qui seraient des lieux où on peut vivre comme on l'entend. Pas des institutions. On partagerait les tâches, on se réunirait... On a des ami.es de tous âges, qui viennent de domaines très différents : des gestionnaires, des médecins, des artistes... Chaque personne peut apporter quelque chose. C'était ça, le rêve : nous bâtir un lieu où on pourrait continuer à vivre de la façon la plus autonome possible et en partageant le plus de choses possible allant de la nourriture aux tâches ménagères, en passant par les lessives, etc.

Même si certain.es participant.es ont aimé l'idée de vivre dans des habitations partagées LGBTQI ou inclusives des personnes LGBTQI, d'autres ont exprimé de fortes réticences. Cette ambivalence traduit une diversité de points de vue plus vaste autour de cette question parmi les aîné.es LGBTQ (e.g., Redden et al., 2021; Rosenberg et al., 2018). Certain.e.s participant.es n'étaient simplement pas de cet avis et préféraient continuer à vivre seul.es ou avec leur partenaire. D'autres ont exprimé de fortes inquiétudes quant à la possibilité de devenir des cibles. Ces inquiétudes découlaient d'expériences vécues et de la violence historique perpétrée envers les personnes LGBTQI; elles peuvent être liées à l'augmentation récente des crimes haineux ciblant l'orientation sexuelle au Canada (Statistique Canada, 2022b), mais aussi à la montée des mouvements « anti-genre »¹⁰. D'autres participant.es ont exprimé des inquiétudes concernant le fait d'être tou.tes englobé.es dans un seul groupe sans prise en compte des besoins individuels.

Une femme lesbienne d'une soixantaine d'années a expliqué pourquoi la vie en collectivité ne l'intéressait pas :

Je sais que les gens rêvent de communautés à la campagne, de maison d'hôtes ou de communautés de retraité.es gaies. Devoir interagir avec

10 Pour en savoir plus sur le mouvement anti-genre, consultez La Coalition pour les droits égaux, 2022 : [Equal Rights Coalition | Document de référence sur le mouvement anti-genre - Equal Rights Coalition](#). Pour plus d'informations sur les statistiques de crimes signalés par la police concernant les crimes haineux ciblant l'orientation sexuelle, consultez Egale, 2021 : [Brief on Police-Reported Crime Statistics in Canada, 2021: Hate Crimes Targeting Sexual Orientation - Egale](#)

d'autres personnes chaque jour, c'est la dernière chose dont j'ai envie. Je préfère être chez moi avec ma partenaire. Certaines personnes n'auront vraiment aucune envie d'aller dans des maisons de retraite gaies. Quant aux soins palliatifs, c'est possible de se faire accompagner chez soi.

Une autre participante, une femme lesbienne d'environ 70 ans, a exprimé des craintes liées à la sécurité dans le cadre de résidences d'aînées LGBTQI ou respectueuses des personnes LGBTQI. Elle a remarqué que malgré les progrès effectués en matière d'inclusion LGBTQI, l'opinion publique sur la communauté LGBTQI varie et a récemment fait un pas en arrière :

Dans nos différents groupes, un grand nombre de personnes ont dit « Oh, ce que j'aimerais vivre dans une résidence pour aîné.es ouvertement pro-LGBTQI. » Moi, j'ai pensé immédiatement le contraire, car je ne veux pas être prise pour cible. J'aimerais plutôt que ces endroits soient ouverts aux personnes LGBTQI, et peut-être qu'un étage pourrait être réservé aux lesbiennes qui ne souhaitent pas vivre avec des hommes, ou avec des hétéros, quelque chose comme ça... histoire de ne pas sortir du lot comme si on portait un triangle rose. Aujourd'hui, il y a vraiment des hauts et des bas. Il y a eu des périodes où on avait très peur, puis on se sentait à peu près en sécurité, et maintenant, on se sent à nouveau en danger... On subit l'environnement changeant.

Une femme trans d'une soixantaine d'années a évoqué son hésitation face aux résidences pour aîné.es LGBTQI en raison des différences et des besoins uniques au sein des communautés LGBTQI. Elle craignait que la création de logements réservés aux personnes LGBTQI ne conduise à considérer la communauté LGBTQI comme un groupe homogène et à ne pas reconnaître les différences essentielles :

Je ne sais toujours pas trop quoi en penser. Parce que, dans le cas où je souhaiterais me retrouver dans une telle résidence, je m'attendrais à ce que la personne qui s'occupe de mes soins connaisse les enjeux propres aux soins des personnes trans plutôt que des personnes gaies, lesbiennes ou non

binaires. Chaque personne a des besoins différents, et c'est pareil en matière de soins.

Les participant.es ont également parlé des difficultés liées à la création de résidences ou de logements partagés pour aîné.es LGBTQI. Un grand nombre de participant.es de tout le Canada ont notamment expliqué que les promesses de développement de logements réservés aux aîné.es LGBTQI ne semblaient que rarement, voire jamais, se concrétiser en dépit des efforts de la communauté. La question des coûts constituait l'obstacle principal, ainsi que la volonté politique, la capacité d'organisation et la difficulté des démarches administratives. Les participant.es notaient également que le prix des biens immobiliers constituait un obstacle majeur, ainsi qu'une explication du fait que tant de projets de logements queers ont échoué par le passé. Ce problème a été associé aux préoccupations des participant.es concernant la nécessité de rendre les logements pour aîné.es LGBTQI abordables et d'éviter de marginaliser davantage les personnes moins aisées.

Une participante, une femme lesbienne vivant au Québec, a parlé de son rêve de mettre en place son projet de soins à domicile, ainsi que des difficultés rencontrées en essayant de concrétiser cette idée :

J'ai acheté cette maison moi-même, je voulais en faire une pension. Je voulais héberger des personnes qui n'ont pas de logement. Je voulais m'occuper d'elles, cuisiner pour elles et les accompagner dans leur demande d'aides publiques. Des soins à domicile. Mais il faut fournir des papiers pour ci, pour ça. Il y a toujours quelque chose qui ne va pas : la taille, la hauteur, un tas de choses, et il faut tout arranger avec le gouvernement [...] Ce n'est pas facile, et peu importe à quel point j'ai envie de mettre ce projet sur pied, il me faut du soutien pour y arriver.

Un.e autre participant.e vivant en Colombie-Britannique a expliqué qu'étant donné l'échec des initiatives passées, différents modèles de logements

alternatifs et de soutien à domicile pourraient être plus viables malgré les lacunes actuelles :

Aucun des logements résidentiels queers qu'on nous avait promis ne s'est concrétisé. C'était un gros sujet, ça, il y a dix ans. On avait des organismes comme Plum Living ou la Rainbow Coalition. [...] Ils ont tous été dépassés par le prix de l'immobilier, en tout cas ici, en Colombie-Britannique. Ils n'avaient pas les moyens d'aller jusqu'au bout, donc en l'absence de résidences pour aîné.es queers, la meilleure solution reste de vieillir chez soi. Je pense qu'il faut se pencher sur les modèles de logements alternatifs, comme les logements coopératifs. J'espère que quelqu'un s'y penche, sur ça, et sur le soutien à domicile. Où sont les organismes queers que je pourrai appeler à 84 ans si jamais j'ai besoin d'aide? Qui je peux appeler pour m'aider à obtenir une aide médicale ou une livraison d'épicerie? J'ai l'impression que ça devrait être une industrie florissante.

Dans l'ensemble, les participant.es étaient favorables à l'offre d'un plus grand nombre d'options de logements partagés ou de vie en collectivité, que ces options soient leur souhait ou non. Les participant.es ont établi des associations positives entre ce mode de vie et les notions de communauté, d'abordabilité et d'autonomie tout au long de la vie. L'idée de résidences pour aîné.es adaptées aux personnes ou réservées aux personnes LGBTQI a suscité des réponses plus mitigées, mettant en lumière la nécessité permanente de lutter contre les mouvements anti-LGBTQI et la discrimination dans la société en général.

Recommandations

Politique de logement :

- Reconnaître le logement en tant que droit fondamental, donner la priorité aux logements d'habitation.
- Mettre en œuvre des politiques visant à restreindre l'achat de logements en tant que forme d'investissement, mais aussi lutter contre la financiarisation de l'immobilier.
- Mettre en place un contrôle des loyers.
- Créer plus de logements locatifs sans but lucratif et augmenter le nombre d'unités, mais aussi étendre l'admissibilité aux options de loyers proportionnés aux revenus.
- Accroître le financement et l'admissibilité pour les modifications et les rénovations de logements visant à offrir plus d'accessibilité, en veillant notamment à ce que les familles et les ménages 2SLGBTQI et diversifiés soit reconnus.

Pratiques :

- Mettre en œuvre des principes de conception universelle lors de la conception des nouveaux logements.
- Louer aux aîné.es, aux personnes ayant un handicap et aux personnes 2SLGBTQI.
- Écouter les craintes des personnes 2SLGBTQI concernant la discrimination et le harcèlement dans leur habitation, et mettre en place des mesures qui s'attaqueront à l'origine du problème.

Organisation collective :

- Trouver une cause commune — notamment intergénérationnelle — dans les enjeux liés au logement. L'insécurité du logement touche les personnes 2SLGBTQI de tous les âges; il est crucial de se réunir pour réclamer des mesures et des solutions qui permettront d'améliorer l'accès à des logements sécuritaires et abordables.
- Continuer à explorer les options de modèles de logements alternatifs et à les essayer.

Liens sociaux, rupture sociale

Les participant.es ont indiqué que les liens sociaux occupaient une place importante dans leur vie. Iels disposaient d'une grande variété de réseaux sociaux, qu'il s'agisse de cercles familiaux, amicaux ou diversifiés avec de nombreux liens entre plusieurs communautés (Antonucci et al., 2014; Kim et al., 2016). Beaucoup ont conservé des liens avec leur famille d'origine (familles dans lesquelles iels sont né.es ou ont grandi), leur famille choisie ou un mélange des deux. Le cercle amical et la communauté sont devenus d'importantes sources de liens sociaux et de soutien, ainsi que la participation à diverses initiatives activistes ou de bénévolat, à des groupes religieux ou à des activités de loisir.

Les aîné.es LGBTQI que nous avons interrogé.es ont également perdu le contact avec leur famille, leurs ami.es et leur communauté au cours de leur vie, notamment en raison du rejet de leur identité par des membres de leur famille. Certaines personnes se sont décrites comme étant introverties et ont expliqué qu'elles pouvaient se contenter d'un nombre réduit de liens sociaux ou de moins de temps social, tandis que d'autres espèrent développer davantage d'interactions sociales et tisser des liens forts. Sans surprise, la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions importantes sur la vie sociale des participant.es et a fait émerger des dynamiques sociales et des difficultés sous-jacentes.

Dans cette section, nous nous intéressons à la création et à la rupture de liens sociaux, importantes dans la vie des participant.es. Nous examinons également les conversations relatives à la fiabilité et aux réseaux de soutien.

Liens sociaux : ami.es et famille

Nous avons interrogé les participant.es au sujet de leur vie sociale actuelle, leur définition d'une vie sociale épanouie et ce qu'ils souhaiteraient changer, le cas échéant. Dans l'ensemble, l'entretien de solides liens sociaux avec leurs ami.es et leur famille, le sentiment d'appartenance à leur communauté et la présence de personnes sur qui compter se sont avérés être des éléments essentiels au bien-être des participant.es. **Les distinctions étaient floues entre les catégories « ami.es » et « famille » (que celle-ci soit « d'origine » ou « choisie »), les aspects**

relationnels tels que les soins, le soutien et la camaraderie prenant le pas sur les autres.

Il est important de noter que les participant.es ont révélé leur identité à différents âges et stades de leur vie, ce qui a façonné leurs relations avec leur famille, leurs ami.es et leur communauté de diverses façons. Au fil des discussions autour de leur vie sociale et familiale, les participant.es ont apporté leurs réflexions autour de la révélation de leur identité comme processus continu. Les participant.es ont également parlé de leurs ami.es de longue date, qu’iels connaissaient avant d’affirmer leur identité et qui ont continué à être là pour les soutenir.

Par exemple, une femme lesbienne dans la soixantaine a indiqué avoir à nouveau révélé son identité autour de 55 ans :

C’était vraiment drôle [...], toutes ces personnes me connaissaient uniquement en tant que femme mariée ou mère célibataire, car je n’avais aucune vie sociale... C’était assez bizarre de leur révéler mon identité, car je l’avais déjà fait dans la vingtaine et je devais tout recommencer avec tout un groupe de nouvelles personnes.

Une femme lesbienne âgée d’environ 70 ans a parlé de ses deux ami.es de longue date qu’elle connaissait avant de sortir du placard, qui ne vivent plus près de chez elle, mais qui sont resté.es important.es dans sa vie :

J’ai rencontré l’une de mes amies au secondaire, en Jamaïque. Elle vit aux États-Unis et c’est toujours mon amie la plus proche. Et [nom de l’ami.e] que j’ai rencontré.e en arrivant ici, est toujours l’un.e de mes plus proches ami.es. Ces deux personnes ont été témoins de ma transition et sont tout de même resté.es mes ami.es les plus proches.

L’importance des ami.es et des familles choisies a été renforcée dans les discussions concernant les personnes présentes et apportant leur soutien en cas de besoin. Au cours de leur vie, les participant.es ont été confronté.es à

des deuils, des problèmes de santé et des crises, notamment la perte d'un.e conjoint.e ou époux.se. Ces expériences leur ont permis de savoir sur qui iels pouvaient compter et ont mis en lumière le rôle essentiel de l'entourage proche¹¹. En discutant des personnes sur lesquelles iels pouvaient compter, les participant.es ont également décrit les conséquences du vieillissement au sein de leur entourage proche.

Un.e participant.e non binaire et lesbien.ne âgée de plus de 70 ans a discuté de son diagnostic de cancer et du soutien reçu :

J'avais de très bon.nes ami.es qui m'ont offert un soutien sans faille ces derniers [temps]. Cela m'a fait réaliser qu'il est absolument essentiel de disposer d'un bon système de soutien social. Alors, même si je dis aux personnes que je suis malade et que j'en ai marre de m'écouter parler, et encore plus de me répondre, je n'étais pas isolé.e pendant la pandémie. J'ai beaucoup d'ami.es incroyables, [j'ai] vraiment beaucoup de chance.

Une femme lesbienne dans la soixantaine a discuté des deuils importants qu'elle a traversés au cours de sa vie, notamment après le décès de son épouse. Elle a parlé des manières dont les personnes dans sa vie ont été là pour elle lors de la fin de vie de son épouse :

J'ai beaucoup de chance d'avoir mes ami.es. Je suis fille unique. Par conséquent, j'ai toujours eu l'impression que mes ami.es faisaient partie de ma famille [...] Quand [mon épouse] est tombée malade, nous avons été très surprises par le nombre de personnes qui venaient nous rendre visite. Elle avait l'impression que ces personnes étaient mes ami.es, et lorsqu'elle était à l'hôpital pour ses derniers jours, j'en ai informé mes ami.es car nous pensions réellement qu'elle allait partir d'ici la fin de la semaine. Elle était complètement stupéfaite par le nombre de personnes qui se sont déplacées. Les proches n'arrêtaient pas de défiler.

11 Pour en savoir plus sur l'importance des réseaux de soutien social et des soins par d'autres personnes que les membres de la famille, voir Croghan et al., 2014; Ismail et al., 2019; Flanagan & Pang, 2022; Kittle et al., 2022.

Une participante âgée de plus de 70 ans vivant seule en milieu urbain a expliqué que, pour elle, être une aîné.e lesbienne signifiait qu'elle se sentait encore plus seule. À l'inverse des discours axés sur les communautés LGBTQI qui doivent chercher plus de soutien auprès de leur famille choisie et de leurs ami.es, cette participant.e a déclaré que, dans son cas, le fait d'être lesbienne l'avait poussée à s'appuyer encore plus sur les membres de sa famille d'origine, en l'occurrence ses enfants :

Je me sens beaucoup plus seule [en vieillissant en tant que femme lesbienne]. Vous avez moins d'ami.es. Votre entourage s'évapore... Mes besoins essentiels sont satisfaits. Mais je n'ai pas réussi à créer de liens sociaux. Ma famille est probablement mon lien social le plus important. Je suis très proche de l'une de mes filles, et j'ai une belle relation avec mes autres filles aussi. Nous nous voyons souvent, alors je me sens plus proche [d'elles]. Peut-être que c'est parce que j'ai une famille, n'est-ce pas? Mais si ce n'était pas le cas, je serais totalement seule.

En plus des liens amicaux et familiaux, les participant.es ont indiqué avoir des relations romantiques et très variées. Comme indiqué dans le tableau 13, les participant.es à l'étude étaient célibataires, en couple et vivant ensemble, en couple et vivant chacun.e de son côté, ou ayant récemment perdu leur conjoint.e.

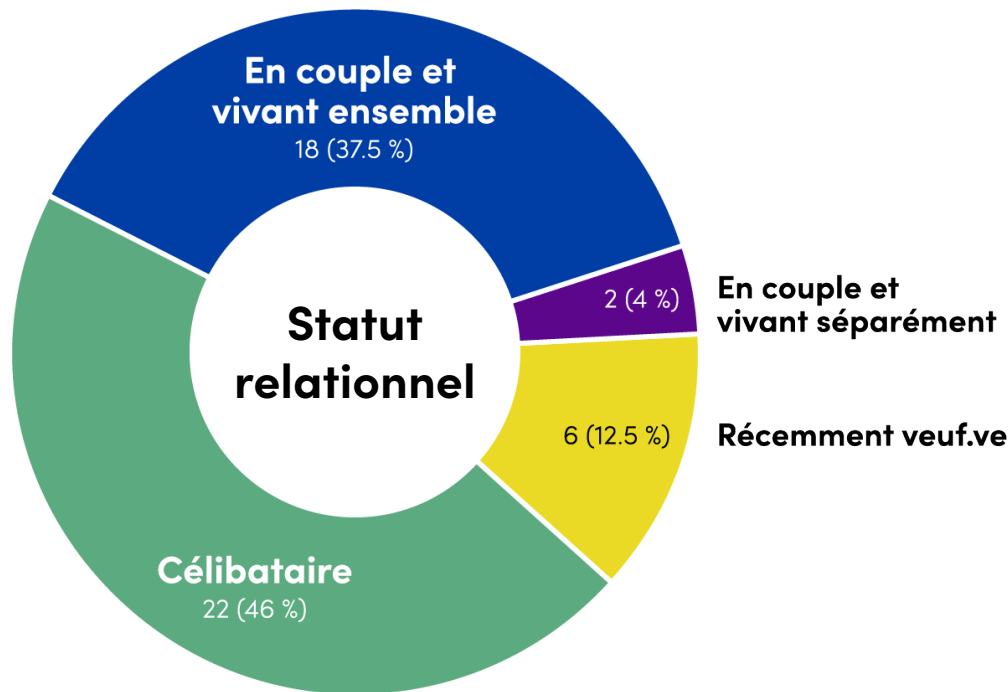


Tableau 13 : Statut relationnel

Statut relationnel	
Célibataire	22 (46 %)
En couple et vivant ensemble	18 (37.5 %)
En couple et vivant séparément	2 (4 %)
Récemment veuf.ve	6 (12.5 %)

Quelques participant.es fréquentaient activement d'autres personnes au moment de l'entrevue, alors que d'autres, actuellement célibataires, ont partagé leurs réflexions autour de l'idée de rencontrer quelqu'un à nouveau.

Certain.es sont à la recherche de relations sur le long terme, tandis que d'autres sont satisfait.es avec des rencontres plus décontractées. Outre les possibilités de s'amuser et d'avoir de la compagnie, les participant.e.s ont aussi parlé ouvertement du vieillissement et de leurs craintes d'être seul.es.

Un participant veuf dans la soixantaine vivant en milieu urbain a parlé de son expérience en ce qui concerne les nouvelles rencontres :

J'ai un ami très spécial, qui ne vit malheureusement pas à [ville], mais à [autre ville], et nous nous déplaçons l'un chez l'autre à chaque fois. Il est également veuf [...] et je dispose également de ce que j'appellerais mon cercle sexuel. Je ne suis pas engagé dans une relation avec une personne en particulier. Toutefois, j'aime recevoir chez moi, aller faire une promenade ou boire un café. On parle seulement de ce qui se passe dans nos vies.

Une autre participante, une femme lesbienne septuagénaire, a évoqué les défis liés au fait de trouver un.e autre partenaire en étant divorcé.e et aîné.e :

[Divorcer] était l'une des choses les plus difficiles à vivre, car j'étais déjà dans la soixantaine. Ce n'est pas comme si je pouvais tout recommencer depuis le début et avoir tout ce que j'avais déjà eu à ce stade. Cela m'a appris une chose. Je n'ai plus eu de personne dans ma vie depuis. J'ai un peu perdu confiance, et je prends de l'âge [...] Je trouve que beaucoup de personnes

comme moi, qui sont plus âgées et célibataires, n'ont simplement pas le courage de recommencer. Ce n'est plus pareil.

Dans l'ensemble, les soins, le soutien et la compagnie constituaient des aspects importants des relations pour les participant.es, peu importe le type de relation ou la fréquence à laquelle iels se voient. Les relations des participant.es étaient variées et les marqueurs de catégorie « familiale » ou « amicale » avaient beaucoup moins d'importance que la manière dont les personnes étaient présentes les unes pour les autres.

Liens sociaux : activités organisées et communautaires

En plus des relations avec les ami.es proches et la famille, les liens avec la communauté et établis par le biais d'activités organisées ont également été évoqués comme étant essentiels. Cela comprend les liens sociaux associés aux identités LGBTQI, aux autres cultures et affiliations religieuses ainsi qu'aux intérêts relatifs aux loisirs, au bénévolat et à l'activisme.

L'engagement dans l'activisme communautaire et le bénévolat était important pour plusieurs participant.es. Être activiste et soutenir les initiatives d'activisme ont été, et pour certain.es continuent d'être, très importants sur le plan personnel et politique. Cet engagement a permis de créer des liens avec d'autres personnes partageant des aspects importants de leurs identités et expériences. Parmi les participant.es à qui nous avons parlé, les activités de bénévolat comprenaient le travail auprès des aîné.es, l'implication dans des projets de recherche et le bénévolat dans leur église. Toutes ces contributions ont permis aux participant.es de se sentir utiles et de cultiver le sentiment d'appartenance à leur communauté. Pour les participant.es les plus isolé.es en particulier, le bénévolat constituait un moyen important de rencontrer d'autres personnes, ce qui a été mis en lumière pendant la pandémie de COVID-19, où les activités de bénévolat ne pouvaient plus avoir lieu.

Une participante lesbienne noire septuagénaire a expliqué :

L'activisme dans ma communauté m'a permis de me faire des ami.es, beaucoup étant bien plus jeune, en particulier dans ce cas, d'autres personnes noires majoritairement gai.es. Par conséquent, ma vie sociale est constituée de différentes tranches d'âges et compte de nombreux hommes gais et femmes lesbiennes ayant révélé leur identité et passant à l'action. Ainsi, le monde dans lequel j'évolue est assez sécuritaire.

Un homme gai veuf vivant seul a décrit son sentiment d'être utile et les relations qu'il a pu développer grâce à son bénévolat :

Aucun membre de ma famille n'habite près de chez moi et je suis assez isolé. Je suis retraité. Avant la pandémie, je consacrais une partie de mon temps au bénévolat, ce que je trouvais très enrichissant, mais évidemment, à cause de la COVID, ces activités ont été mises sur pause. [...] Je suis bénévole en maison de retraite, je suis plutôt doué dans ce que je fais. Alors, je sais que je suis utile et que je peux comprendre les résident.es. Cela me permet aussi de rencontrer d'autres personnes comme moi, car elles ont tendance à être dans les parages. Au sein de cette structure, je m'identifie davantage aux personnes et à partir de là, une relation peut plus facilement se développer.

Les participant.es ont également pu tisser des liens lors d'activités organisées et ont décrit les avantages de l'accès gratuit ou abordable à des activités de loisir et des groupes sociaux. Cela comprend les groupes qui se rassemblent autour d'un jeu et d'une activité physique ou les groupes sociaux pour aîné.es et personnes LGBTQI. Ici, les centres communautaires ont été mentionnés comme étant des plateformes d'une importance toute particulière, tout comme les groupes sociaux en ligne qui ont émergé pendant la pandémie.

Une participante lesbienne septuagénaire a discuté de sa participation et de celles de sa partenaire aux activités d'un centre local pour aîné.es. Elle a parlé de l'importance des activités qu'elles organisaient en tant que sources d'interaction sociale pour elles :

Ma partenaire joue aux cartes. En ce moment, elle joue aux cartes en ligne tous les matins, c'est très bon pour elle et elle en a besoin. Ça l'a occupée pendant la pandémie [...] et moi je fais autre chose. Je suis autrice et je fais ce genre d'activités. Je suis également engagée auprès du centre pour aîné.es. Lorsque tout se passe bien, je m'y rends au moins une fois par semaine je fais partie de ce milieu. Cela semble essentiel, vraiment essentiel, dans chacune de nos vies. C'est gratuit et cela nous permet de faire partie de quelque chose. Ça serait vraiment formidable s'il existait plus de choses de ce genre.

Un homme gai dans la soixantaine a parlé de son enthousiasme vis-à-vis de la rencontre d'autres personnes avec qui il partage des intérêts communs par l'intermédiaire d'un groupe communautaire sur les médias sociaux lié à la Fierté :

Il existe un groupe [sur les médias sociaux] géré par un.e programmeur.euse de l'un des centres communautaires locaux [...] Je m'y sens plus à ma place par rapport aux activités effectuées au centre communautaire. Par exemple, un.e des intervenant.es est féru.e de jardinage, alors nous en voyons beaucoup. Nous parlons des enjeux LGBTQIA, principalement au Canada et aux États-Unis, mais aussi à l'international. Sur le groupe, on se remémore nos souvenirs, vous voyez... ma chanson préférée des années disco, par exemple, et toutes sortes de sujets.

Enfin, la spiritualité et la religion constituaient des aspects importants de la vie des participant.es et jouaient un rôle majeur dans l'établissement de liens sociaux. Si un grand nombre de participant.es ont raconté avoir quitté des communautés ou institutions religieuses par le passé, notamment après y avoir subi de l'homophobie ou d'autres expériences négatives, d'autres ont continué à prendre part à des activités religieuses organisées tout en composant avec leurs multiples identités. D'autres encore se sont rapproché.es de communautés religieuses ou spirituelles pour la première fois plus tard dans leur vie; ces participant.es ont expliqué que ces communautés leur apportaient du soutien et étaient une source de relations intergénérationnelles.

Un participant autour de 80 ans a parlé de sa vie en tant qu'homme gai juif :

Je fais partie de deux grandes communautés. Le réseau gai et le réseau juif. J'ai de la chance à cet égard. Je pense que ces deux sentiments de communauté sont très importants... Je vais vous dire quelque chose d'un peu étrange, mais lorsque je me rends à la synagogue, je me sens gai. Lorsque je suis en compagnie de mes amis gais, je me sens juif [rires] J'ai toujours un peu l'impression d'être un intrus. [...] Je suis pourtant à l'aise dans ces deux communautés, j'ai juste conscience des différences.

Une femme lesbienne septuagénaire a expliqué que la communauté de son église a été son principal soutien, mais également qu'elle a fait preuve de prudence en évoluant au sein d'espaces religieux :

À l'heure actuelle, mes soutiens font partie de mon église. Je suis très impliquée dans [mon église] [...] Pendant longtemps, et ce jusqu'à il y a un an, personne ne me connaissait vraiment et puis d'un coup, j'ai décidé... enfin, j'ai en fait rencontré une femme là-bas, plus âgée, qui m'a dit : « Je m'en fiche. J'ai suivi la morale toute ma vie. Je veux être ouverte d'esprit maintenant », et j'ai répondu, eh bien, nous voilà amies. Qu'est-ce que je vais faire? [Rires] J'imagine que je pourrais m'ouvrir un peu plus. Et c'est là où j'en suis maintenant. Je ne le montre pas clairement, car j'ai toujours cette peur en moi. Elle ne me quittera jamais, elle était trop importante. Mais je peux travailler dessus...

Une autre femme lesbienne septuagénaire a parlé de sa communauté bouddhiste, où elle a pu créer des liens intergénérationnels tout en trouvant un foyer spirituel :

J'ai commencé à pratiquer le bouddhisme il y a quelques dizaines d'années dans [une organisation internationale]. Cela m'a permis de rencontrer des personnes au Canada et plusieurs millions d'autres dans le monde entier. Je considère que je suis très active dans cette communauté. [...] Je suis vraiment une personne engageante et connectée socialement au sein de cette

organisation, et je dirais que ce groupe me permet de tisser encore plus de liens intergénérationnels.

En résumé, les participant.es ont noué des liens de multiples façons. Les centres communautaires et les programmes pour aîné.es et personnes LGBTQI qu'ils proposent se sont avérés être particulièrement importants. La structure du bénévolat et les liens créés par l'intermédiaire des communautés organisées, ainsi que des groupes spirituels et religieux, étaient également importants pour un bon nombre de participant.es, ce qui leur a permis de donner un sens à leur vie et d'obtenir du soutien de personnes partageant des intérêts communs. La pandémie de COVID-19 a mis fin à de nombreuses possibilités de socialisation, mais elle a également mis en évidence l'importance des activités sociales variées pour les participant.es et a ouvert la voie à de nouvelles opportunités en ligne.

Trouver des personnes sur lesquelles compter

Les participant.es ont également parlé des personnes sur lesquelles iels pouvaient compter pour obtenir des soins intensifs et du soutien, au-delà des relations sociales plus informelles. Iels ont discuté des personnes sur lesquelles iels pouvaient s'appuyer et de quel type de soutien iels avaient besoin. Leurs expériences sont très variées et influencées par de nombreux facteurs structurels, sociaux et interpersonnels. Les participant.es ont également abordé les difficultés présentées pour trouver des personnes en mesure de leur apporter du soutien et de l'aide en vieillissant. Il est important de noter que le fait d'avoir des personnes ou connaissances avec lesquelles nouer des liens constituait une question totalement différente de l'identification des personnes à contacter en cas de besoin (voir Pang et al., 2019).

Les ami.es et membres de la famille comptaient parmi les personnes proches qui apportaient leur soutien à certain.es participant.es en cas de besoin, mais aussi parmi celles qui n'étaient pas présentes. Cela comprenait du soutien émotionnel et de l'aide par rapport aux questions pratiques comme le transport pour aller à un rendez-vous et en revenir, un problème auquel de nombreuses personnes vivant seules et/ou en milieu rural sont confrontées. Lorsque leurs

proches n'étaient pas disponibles, les participant.es devaient trouver d'autres sources de soutien.

Une femme lesbienne dans la soixantaine vivant seule en milieu rural a fait part des difficultés qu'elle a rencontrées après une opération.

J'ai dû subir une opération de chirurgie dentaire. Je devais aller voir des spécialistes, car j'avais besoin d'un implant [...] J'ai dit que j'allais avoir besoin qu'on me trouve un.e anesthésiste. C'est ce qu'on a fait, mais j'avais besoin que l'on vienne me chercher. Une fois de plus, cela devient un problème, en particulier car ma meilleure amie qui vit à [ville voisine] ne pouvait pas venir. Mon autre amie devait rester dans un cercle restreint. Finalement, une personne m'a aidée et j'ai pu dormir chez elle.

Un participant gai/queer dans la soixantaine a parlé de son expérience au moment de répertorier les personnes sur qui il pouvait compter ou non :

Les liens familiaux se détériorent après la mort des parents. C'est un peu triste, mais c'est comme ça et je l'accepte. Car ma famille habite également ici, à [cette ville] [...] La famille que j'ai choisie : mes meilleur.es ami.es, les personnes avec lesquelles je peux avoir des conservations profondes, auxquelles je peux m'ouvrir... Cela est réconfortant. Ce n'est jamais un problème, car je suis très actif dans les communautés francophones et LGBTQ et je participe à toutes sortes de festivals qui regroupent les mêmes bénévoles d'un festival à l'autre. Je n'ai pas de difficultés à me faire des ami.es. Mais il existe une différence entre ami.es et connaissances; j'utilise le terme « ami.es » en parlant de personnes en qui j'ai confiance et à qui je peux me confier. Je sais que je peux les contacter en cas de problème et qu'elles viendront à ma rescousse.

Les participant.es ont abordé le fait qu'il était difficile de demander de l'aide à ses ami.es ou sa famille, particulièrement lorsqu'ils souhaitent préserver leur autonomie et ne pas déranger les autres.

Une femme lesbienne âgée d'environ 70 ans a expliqué qu'elle comptait sur sa partenaire plus jeune, mais qu'elle ne voulait pas être un fardeau :

Je m'appuie davantage sur elle, mais cela m'ennuie. J'aimerais trouver d'autres moyens de lui faciliter la vie... C'est elle qui s'occupe du jardinage, qui déneige l'allée en hiver, qui ramène le bois pour la cheminée, ce type de tâches. Je cherche donc toujours une personne pour nous aider avec ce genre de choses contre rémunération.

Une autre participante lesbienne d'environ 70 ans a évoqué à quel point la présence de sa fille dans sa vie était appréciable, mais qu'elle ne voulait pas trop dépendre d'elle en matière de soins et de soutien :

Je ne veux pas lui demander sans cesse d'être là. [...] Cela est très important : c'est une chose en tant qu'aînée lesbienne âgée d'avoir accès à différents services de soins de santé ou de mobilité et c'est très bien. Mais souvent, les aîné.es doivent demander l'aide de leur famille à tout bout de champ. Cela détériore vraiment l'estime de soi et sa fierté en tant que parent ou grand-parent. C'est humiliant d'être toujours la personne qui demande, alors s'il existe un service qui peut faire les choses pour nous, ça nous donne un sentiment de fierté. C'est compliqué de se sentir digne. C'est compliqué.

Les participant.es ont également évoqué les difficultés rencontrées lorsque les ami.es et la famille sur qui iels pouvaient compter étaient dans la même tranche d'âge, et avaient donc des besoins similaires en matière de soin, ainsi que les mêmes limites dans leurs capacités. Ces préoccupations ont souligné l'importance des liens intergénérationnels et des réseaux de soutien élargis.

Les participant.es ont discuté de leur besoin d'accéder à davantage de soutien professionnel. Iels ont également insisté sur l'importance de tisser des liens avec des personnes plus jeunes. Il est important de noter que les relations entre les générations plus jeunes et plus âgées ne sont pas à sens unique, car elles

apportent des avantages et des opportunités mutuels qui renforcent les liens au sein des communautés¹².

Une femme lesbienne âgée de plus de 70 ans a parlé de la situation de ses pair.es qui vieillissent et du soutien accessible (ou pas) dans sa communauté rurale :

Nous vieillissons en même temps que nos ami.es, c'est pourquoi chaque personne a besoin de son propre cercle de soutien. Le problème, c'est qu'il n'y en a pas beaucoup ici, à la campagne. Notre municipalité n'est pas très riche. Il existe des organisations pour aîné.es qui font certaines choses, mais je ne pense pas pouvoir trouver du [soutien] dans cette communauté. Un couple vivant près de chez nous, que nous connaissons depuis que nous avons emménagé, nous offre de l'aide, et un.e ami.e vient faire le ménage toutes les deux semaines [...] Mais les autres prennent aussi de l'âge.

Une femme lesbienne dans la soixantaine a insisté sur l'importance d'avoir un cercle social composé de personnes de différents âges et donc, implicitement, différentes capacités :

Je compte parmi mon cercle d'amis des personnes de tous âges, et je pense qu'il est aussi important de bien connaître des jeunes [...] On ne peut y arriver avec seulement des personnes de 80 ans, il faut trouver un juste milieu.

Une autre femme lesbienne dans la soixantaine vivant en milieu urbain a évoqué les relations intergénérationnelles qu'elle a construites intentionnellement, ainsi que de l'importance pour elle d'être là pour les membres plus jeunes de la communauté :

Depuis que j'ai révélé mon identité, auparavant inconsciemment, mais désormais de manière consciente, je pose les bases pour être entourée de personnes plus jeunes qui pourront m'aider à mesure que je prends de

12 Pour consulter des exemples récents de programmes communautaires LGBTQI+ intergénérationnels au Canada, voir Robson et al., 2018 (sur la sensibilisation aux abus envers les aîné.e.s via des projets artistiques communautaires); Bain et al., 2021 (The Youth/Elder Podcast: <https://buddiesinbadtimes.com/show/the-youth-elders-podcast/>).

l'âge. Pour moi, c'est réciproque, car je souhaite aussi être présente pour ces personnes. Je n'arrête pas de répondre aux aîné.és queer qui disent « Oh, ils ne savent pas à quel point c'est facile pour leur génération, alors que nous, nous avons dû traverser tant de choses » et je leur dis que chacun.e de mes jeunes ami.es queer occupe au minimum trois emplois. Iels partagent tou.tes leur logement avec trois colocataires au minimum, ont des contrats précaires et n'auront sûrement jamais de poste à temps plein, ne seront jamais en mesure d'acheter une maison, aucun.e n'était né.e à [la ville], tou.tes venaient de l'extérieur de [la province ou la ville], car iels ont dû quitter leurs familles et leurs provinces pour être en sécurité. C'est pour ça que c'est important pour moi d'être là pour ces jeunes.

Dans l'ensemble, les participant.es ont mis en lumière divers problèmes quant au fait d'avoir accès à un soutien fiable. Les distinctions entre un.e ami.e proche et une connaissance, ou entre le fait d'avoir des ami.es et des personnes capables de venir en aide rapidement se sont avérées être particulièrement importantes, ce qui illustre dans quelle mesure le fait d'avoir des ami.es, de la famille ou une communauté proche n'est pas nécessairement la même chose que d'avoir un soutien stable. De manière similaire, tandis que la famille, les ami.es et les liens intergénérationnels sont aussi décrits comme étant importants, les participant.es ont souligné que l'accès à un soutien professionnel était essentiel.

Rupture sociale : rejet et deuils

Les participant.es ont également partagé leurs expériences d'isolement et de rupture avec les personnes qui les entourent. Certaines de ces expériences résultent du rejet de leurs familles d'origine ou d'autres personnes importantes dans leurs vies, ainsi que de décès.

Les participant.es ont partagé leurs témoignages de révélation de leur identité à leur famille et leurs proches à tous stades de leurs vies, ainsi que le rejet auquel iels ont été confronté.es. Ces expériences sont très variées et ont été fortement influencées par l'âge auquel les participant.es ont décidé d'affirmer leur identité pour la première fois. Si toutes ces expériences n'étaient pas

négatives, beaucoup ont dû faire face au rejet ou à des réactions hostiles qui continuent de les affecter aujourd'hui.

Une femme lesbienne âgée de plus de 70 ans vivant seule a parlé du rejet de sa famille et de la façon dont elle a appris à ne compter que sur elle-même :

Je n'ai aucun.e membre de ma famille à qui parler. Pas un.e seul. Je ne peux compter que sur moi-même. Et ce n'est pas mon seul problème. J'ai toujours tout fait toute seule. Dès mes 11 ans, j'ai su que je ne pourrais pas compter sur ma famille. Elle n'a jamais été là pour moi, et encore moins depuis qu'elle a découvert mon orientation sexuelle différente [...] Mais je suis contente de l'avoir fait, car j'ai surmonté les obstacles et je parviens toujours à être heureuse aujourd'hui.

Une autre femme lesbienne septuagénaire, mariée à un homme avant de rencontrer sa partenaire de longue date actuelle, a partagé les réactions mitigées de ses proches lorsqu'elle leur a parlé. Elle a décrit le rejet social dont elle a souffert de la part de ses ami.es et de sa famille, notamment ses enfants :

Peu après [avoir découvert que sa mère était tombée amoureuse d'une autre femme], ma fille a refusé de me laisser voir mes petits-enfants. [...] Elle avait juste honte et était pleine de sentiments négatifs. Elle était très en colère.

Les expériences d'homophobie, de transphobie et de discrimination associée sur le long terme ont influencé la confiance et la méfiance d'un grand nombre de participant.es envers les autres, mais aussi leur façon de gérer leur vie sociale et leurs relations. Nombre de participant.es ont évoqué l'attitude du public vis-à-vis de la communauté LGBTQI aujourd'hui, bien différente que par le passé, mais iels ont également souligné que les discriminations envers les personnes LGBTQI continuent.

Une participante était une femme lesbienne âgée de plus de 70 ans qui a révélé son identité dans la trentaine. Elle a décrit l'homophobie qu'elle a subie

de la part de personnes sur son lieu de travail et au sein de son église, mais aussi la façon dont ces expériences et le besoin inhérent de dissimuler son identité continuent d'avoir un impact dans sa vie actuelle :

C'est pourquoi j'ai plus ou moins grandi en développant une carapace autour de moi. Il est très compliqué de s'en défaire... Voyez-vous, à mon époque, il était compliqué de sortir du placard, pas vrai? Cela me mettait en danger. Si on pensait que vous étiez lesbienne, on n'hésitait pas à vous crier dessus en pleine rue. Nous nous sentions à notre place uniquement parmi nos amies lesbiennes, nous nous sentions en sécurité seulement à ce moment-là.

Une autre participante lesbienne et bi dans la soixantaine a abordé le fait de vouloir se sentir libre d'être elle-même sans devoir cacher certains aspects de son identité :

Tôt ou tard, j'aimerais bien vivre dans une communauté de soutien qui compte davantage de personnes gaies. Pendant la plus grande partie de ma vie, depuis mes 16 ans, j'ai toujours dû me cacher. Lorsque j'ai rencontré ma partenaire, j'ai enfin décidé que ne voulais plus me cacher. J'en avais assez. Mais je devais tout de même être très prudente, car qui sait quel genre de personnes on a en face de nous? J'ai peut-être cet état d'esprit en raison de l'époque où j'ai grandi.

Certain.es participant.es ont également discuté des répercussions de l'épidémie de VIH/sida sur la communauté LGBTQI et des décès dont iels ont été témoins. Cette génération de personnes LGBTQI en particulier a vécu un deuil collectif immense en raison des nombreux décès liés au VIH/sida et au manque de réaction face à cette crise sanitaire. Cela a eu un impact sur

leur cercle social en vieillissant, étant donné que beaucoup d'ami.es et de partenaires avec lesquelles ils avaient grandi étaient décédés¹³.

En parlant des programmes de logement, un homme gai/queer dans la soixantaine s'est remémoré le pic de la crise et le fait de pouvoir vieillir quand d'autres n'ont pas eu cette occasion :

Nous avons perdu de nombreuses personnes qui étaient plus courageuses que moi et qui auraient beaucoup plus contribué à notre cause. Il est important de se souvenir que toutes sortes de personnes qui ne sont pas là pendant le Mois des Fiertés devraient être à nos côtés. Elles auraient pu être là.

Un.e autre participant.e également dans la soixantaine a partagé :

Dans les années 70, je connaissais bien 200 hommes, des connaissances ou des ami.es, proches ou non. Maintenant, j'en connais peut-être six. Ils ne sont plus là, ils sont morts à cause du sida. Un très grand nombre de personnes sont décédées à Vancouver. Je ne pense pas qu'on nous dira un jour la vérité, personne ne connaît les dizaines de milliers de victimes...

Les expériences des participant.es le montrent clairement : le rejet de leurs proches a eu des répercussions sur le long terme. De la même manière, les expériences de discrimination, ainsi que la méfiance et le sentiment d'insécurité ont continué de les suivre au fil de leur vie. Les conséquences de ces décès variaient d'un.e participant.e à l'autre, mais on pouvait noter des difficultés fréquentes pour les aîné.es à gérer le deuil et les changements, ainsi qu'à trouver des personnes sur qui compter. Nous abordons plus en détail le soutien relatif à la perte et au deuil dans la section [Accès aux soins de santé](#).

13 Pour plus de témoignages et en savoir plus sur l'héritage de la crise du VIH/sida et de l'activisme au Canada, voir Hindmarch & Orsini, 2018; CATIE, 2020; et le travail de l'AIDS Activist History Project: <https://aidsactivisthistory.ca/> notamment Kinsman, 2020. Pour plus d'informations sur les aspects sociaux du VIH/sida et du vieillissement, voir Roger et al., 2013; Solomon et al., 2013. Voir également le travail de réalisateur sur le VIH et le vieillissement : <https://www.realizecanada.org/fr/notre-travail/vih-et-veillissement/> et le Programme de recherche pancanadien sur le VIH, le vieillissement et le grand âge (Murzin et al., 2022).

Rupture sociale : exclusion sociale

Les participant.es ont également été socialement exclu.es de leur communauté ou de leur entourage. **Dans cette partie, nous mettons en avant les réflexions des participant.es au sujet de l'exclusion sociale en lien avec l'âgisme, le capacitisme et la discrimination raciale dans les communautés LGBTQI, ainsi que leurs tentatives d'intégration dans de nouvelles communautés.**

L'âgisme et le validisme se sont avérés être les principales raisons pour lesquelles les participant.es ne se sentent pas les bienvenu.es dans les communautés LGBTQI. Certain.es participant.es ont décrit la manière dont iels se sentaient souvent oublié.es, car l'âgisme tend à faire penser que les personnes LGBTQI plus âgées ne « comptent » pas ou que les aîné.es ne sont plus des « êtres sexuels » et sont donc moins importants. D'autres décrivent la perte du sentiment de communauté et l'impression de ne pas être pris.es au sérieux. Les participant.es ont cité la plus grande visibilité publique donnée aux jeunes, un manque de mesures permettant de rendre les espaces sociaux plus accessibles physiquement et la condescendance des programmes sociaux pour aîné.es comme étant les formes d'âgisme et de capacitisme rencontrées.

Par exemple, une femme lesbienne dans la soixantaine a expliqué :

Je pense que l'âgisme est très présent au sein de la communauté LGBT, c'est difficile pour nous. Je pense souvent à cette petite citation, « l'arbre qui tombe dans la forêt fait-il du bruit si personne ne l'entend? » C'est un peu ce que je ressens quand je pense à ma vie. J'imagine que cela n'a pas vraiment d'importance. Tout comme mon histoire de vie [...] Il n'y a pas beaucoup de personnes gaies âgées et sur le devant de la scène qui ont encore de l'énergie. Il y a surtout beaucoup d'âgisme. On se trouve peu à peu poussé.e vers la sortie, on nous fait comprendre que nous avons fait notre temps.

Une personne de genre queer et lesbienne septuagénaire a parlé des attitudes condescendantes dans la communauté, ainsi que de l'attention majoritairement portée vers les jeunes :

Nous avons besoin de davantage de respect envers la sagesse des aîné.es queer et de notre histoire. Lorsque je parle de respect, cela m'énerve vraiment, car quand il y en a, c'est fait de façon tellement infantilissante [...] C'est le cas même au [centre communautaire avec un programme queer], je soutiens leur travail, mais ils organisent des activités pour aîné.es comme des soirées questionnaire ou jeux de société. Vraiment, c'est sérieux? C'est pareil avec les jeunes. Je dois dire que dans beaucoup de groupes de jeunes queer, ils mangent des pizzas par exemple. Ce n'est pas grave si vous ne venez pas, et lorsque vous le faites, cela vous rappelle vos oppressions passées. [...] Je pense qu'il est nécessaire que les aîné.es de la communauté queer soient davantage mis en avant, car ça n'a jamais vraiment été le cas. La visibilité a traditionnellement été dominée par les hommes blancs de 25 à 35 ans.

Les participant.es ont également évoqué les défis liés à l'intégration dans des groupes sociaux existants à l'arrivée dans un nouvel endroit.

Un participant, un homme gai âgé septuagénaire, a déménagé dans une nouvelle province dans la soixantaine : Il a expliqué avoir eu du mal à rencontrer de nouvelles personnes malgré l'existence de plusieurs groupes d'hommes gais dans sa ville

Cela prend du temps... En particulier lorsque vous êtes arrivé à un stade de la vie où les personnes ont déjà formé leurs cercles sociaux restreints. C'est pour cette raison que c'est un peu plus compliqué [...] J'ai eu une rencontre avec un groupe ce matin, et il s'avérait que seulement 2 personnes sur les 12 présentes n'avaient pas grandi dans la région.

Une autre participante, une femme lesbienne dans la soixantaine, a discuté des défis qu'elle et sa partenaire ont dû relever en essayant de se faire de nouvelles connaissances tout en devant composer avec des limitations en matière de mobilité :

Nous avons eu un peu de mal à nous faire de nouveaux et nouvelles ami.es proches, mais nous avons aussi découvert que les autres personnes

avaient déjà constitué leur groupe social. Elles avaient déjà des relations de longue date, il existe des cercles puissants de familles choisies dans cette ville [...] C'était difficile, car nous avons toutes deux subi plusieurs opérations depuis notre arrivée ici : hanche, genou, autre genou et deux poignets cassés. Nos capacités physiques étaient donc un peu plus réduites que « la normale » pour nous. Il existe aussi ce groupe de femmes qui vont faire de la randonnée, mais il nous est impossible de les suivre. Elles ont plutôt entre 45 et 55 ans, sont plus actives et en meilleure forme physique que nous, ce qui fait que nous sommes quelque peu bloquées entre plusieurs cercles sociaux.

Enfin, les expériences passées et actuelles de racisme ont eu un impact important sur les sentiments de sécurité et d'appartenance des participant.es racisé.es.

De nombreux.ses participant.es ont parlé du racisme dans les communautés LGBTQI ainsi que des inégalités raciales en général, qui se manifestent dans le statut socio-économique, le niveau de sécurité financière et les expériences passées sur le lieu de travail. Les participant.es ont également réfléchi à l'impact du racisme sur leur vie, notamment de l'« ostracisation » raciale qu'ils ont vécu lors de leur immigration au Canada.

Une participante « dyke » queer à l'héritage mixte a parlé de son expérience lors de son arrivée au Canada en tant qu'adolescent.e des Caraïbes. Elle a évoqué les difficultés de cette expérience, notamment en matière de choc culturel et du racisme qu'elle a subi :

Déménager dans ce pays où tout le monde était blanc n'était pas facile. Dans les années 70, si l'on n'était pas blanc, on était noir. C'est aussi simple que cela. Je me suis fait traiter de noms dont je n'avais pas l'habitude, je ne savais même pas ce qu'était le racisme. Je viens de [pays des Caraïbes], qui était très cosmopolite, c'est le mot qu'on utilisait à l'époque. [Pays des Caraïbes] était et est probablement toujours le pays le plus diversifié du monde sur le plan racial. J'avais l'habitude d'être entourée de personnes ayant plusieurs origines. Mon arrivée ici a été très difficile.

Une autre participante dans la soixantaine a témoigné du racisme dont elle a été victime en raison de son nom :

Le racisme est très présent dans les communautés gaies. Nous le savons tou.tes. Pas vrai? Par exemple, à Vancouver, la situation était très grave. Mon nom n'est pas anglais, alors j'étais exclue de nombreuses activités entre lesbiennes [...] Nous devons parler de l'exclusion et du racisme dans la communauté gaie.

Bien que la communauté LGBTQI était importante pour un grand nombre de participant.es, ces expériences d'exclusion non négligeables, en particulier pour les personnes racisées et vivant avec un handicap. Il est essentiel de continuer à lutter contre l'âgisme, le capacitisme, le racisme et d'autres formes de discrimination cumulées et intersectionnelles, mais aussi de les prendre en compte dans les efforts de création d'espaces communautaires plus sécuritaires.

Pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions très visibles sur la vie sociale et le bien-être des aîné.es LGBTQI que nous avons interrogé.es. Les entretiens ont illustré l'impact considérable de la pandémie de COVID-19 sur un grand nombre de participant.es, notamment la perte de liens sociaux ainsi que les difficultés sur le plan mental et émotionnel; ces témoignages résonnent avec d'autres commentaires et études sur l'impact de la pandémie chez les aîné.es (p. ex., Savage et al., 2021; Sepúlveda-Loyola et al., 2020; Wister et al., 2021) et dans les communautés 2SLGBTQI+ (p. ex., Egale & Innovative Research Group, 2020; Egale et al., 2020; Fields et al., 2021; Kia et al., 2022). Au moment des entrevues (été 2021), les participant.es venaient de vivre des mois de confinement variables au cours de la pandémie, ainsi que des mesures de distanciation sociale, et ressentaient fortement les effets de la séparation avec leurs proches et de la rupture avec leurs activités sociales. Dans cette partie, nous mettons l'accent sur certains de ces effets, mais aussi les formes de connexion rendues possibles par la technologie qui ont profité aux aîné.es pendant cette période.

Tou.tes les participant.es, que leur vie sociale soit active ou moins chargée, ont expliqué avoir ressenti de la solitude pendant la pandémie. La suspension temporaire des activités sociales organisées a touché un grand nombre de participant.es, tout comme l'impossibilité de voir physiquement ses proches et sa famille.

Un participant, un homme gai âgé d'environ 70 ans, a témoigné :

Je suis à la retraite. Avant la pandémie, je consacrais une partie de mon temps au bénévolat, ce que je trouvais très enrichissant, mais évidemment, à cause de la COVID, ces activités ont été mises sur pause. Cette année écoulée, ou un peu plus depuis la COVID, j'ai l'impression de vieillir plus vite.

Un participant, un homme gai dans la soixantaine vivant avec son partenaire a simplement partagé :

J'avais un grand cercle social et je faisais plein d'activités, puis la pandémie est arrivée, et maintenant il n'y a plus personne.

Un autre homme dans la soixantaine et vivant seul l'a exprimé de manière tout aussi directe :

Je suis seul. Pendant la pandémie de COVID, c'était un genre de solitude différent.

La pandémie a posé des défis supplémentaires aux personnes en deuil, en raison de l'isolement important dans une période où un soutien social accru était nécessaire.

Une participante lesbienne queer âgée de plus de 70 ans avait récemment perdu sa partenaire. Même si elle disposait d'un réseau de soutien social conséquent dans sa ville, l'isolement lié à la pandémie de COVID-19 a rendu son deuil encore plus difficile :

Ma partenaire est décédée suite à un cancer il y a un an et demi, alors je me considère être une veuve du COVID. Je pense que pour les personnes qui perdent leur partenaire de longue date, nous étions ensemble [depuis plus de 30 ans], c'est très rude. S'occuper de quelqu'un en phase terminale d'un cancer est loin d'être simple. J'ai dû passer directement de sa mort au confinement et à l'isolement en tant que femme seule pendant la pandémie de COVID. Cela m'a appris beaucoup de choses.

Compte tenu des difficultés engendrées par la pandémie, les participants ont également décrit les différentes stratégies qui leur ont permis de tenir bon. Cela comprenait les réseaux de soutien communautaires maintenus et ceux créés par les personnes, ainsi que les « bulles sociales » formées avec des proches.

Une femme lesbienne septuagénaire ayant perdu sa partenaire plusieurs années auparavant a parlé de la manière dont ses ami.es prenaient soin les un.es des autres pendant la pandémie, ainsi que de l'importance de maintenir des liens sociaux, en particulier en tant que personne célibataire et vivant seule :

Nous nous soutenons les un.es les autres. Pendant la COVID, grâce au téléphone [...] Au moins, les personnes en couple étaient deux. Bien sûr, cela pouvait être plus ou moins bien selon les jours, mais elles avaient tout de même quelqu'un à qui parler. Un couple a vraiment été présent pour moi. Ils ont vraiment compris à quel point j'étais seule sans ma partenaire pendant le confinement. Un grand nombre de mes ami.es prenaient de mes nouvelles.

Une femme lesbienne dans la soixantaine a expliqué avoir formé une bulle sociale avec les voisins de son immeuble, un exemple de solidarité communautaire, ainsi qu'un moyen de gérer la santé et le bien-être de tou.tes pendant la pandémie :


Il y a un certain nombre de personnes queers dans l'immeuble. Pendant la COVID, on est resté.es dans notre bulle. Cette bulle, c'est notre petite communauté dans cet immeuble. [...] On prenait des nouvelles les un.e.s des autres, surtout que certain.es sont plus âgé.es, qu'un.e autre a des problèmes de dos, etc., etc. On fait toujours attention les un.es aux autres et on organise des soupers ou des soirées pour regarder les matchs de hockey [rires].

Enfin, la technologie est souvent revenue dans la conversation au sujet de la pandémie et de la dé/connexion sociale. La technologie (Internet, l'accès à un ordinateur, et les téléphones cellulaires) a aidé beaucoup de participant.es à maintenir un lien social et à obtenir du soutien au cours de la pandémie (comme décrit dans la section Liens sociaux : activités organisées et communautaires ci-dessus). D'autres ont exprimé des réserves sur le fait de dépendre de la technologie, en évoquant l'argument que cette dernière ne pourrait jamais remplacer les liens créés dans la vraie vie et en insistant sur leur préférence des rencontres en personne et du contact physique réel. Les participant.es ont également évoqué le problème de l'accessibilité et du fait que la technologie peut faciliter l'accès à certaines personnes, mais aussi le limiter pour d'autres¹⁴.

Un homme gai dans la soixantaine vivant seul a partagé ses préoccupations au sujet de la technologie et de la division qu'elle crée avec les utilisateur.rices en mesure d'adopter les nouvelles technologies ou non :

Ma plus grande préoccupation à l'heure actuelle, c'est que tout tend à être numérisé. Beaucoup n'utilisent pas la technologie et ne sont pas à l'aise avec cela. Je pense qu'un grand nombre de personnes ne l'utilisent toujours pas du tout [...] Je sais que [groupe local] organise des réunions à l'aide de Zoom et qu'ils ont dû effectuer de nombreux ateliers sur l'utilisation de Zoom, car même si les personnes possèdent un ordinateur portable, elles ne savent pas comment s'en servir ni installer l'application, ou encore quelles touches utiliser, ce genre de choses. Cela fait vraiment partie du problème de division

14 Pour en savoir plus sur l'utilisation des technologies numériques par les aîné.e.s pendant la pandémie de COVID-19, ses avantages et l'exclusion numérique, voir p. ex. Seifert et al., 2020; Hasse et al., 2021; Sixsmith et al., 2022.



sociale entre les personnes qui connaissent la technologie et sont capables de s'en servir et celles qui n'ont aucune idée de ce que c'est ou comment faire. La division se creuse de plus en plus, je trouve que c'est très inquiétant.

Une femme lesbienne dans la soixantaine a expliqué avoir utilisé des plateformes en ligne pendant la pandémie, mais qu'elle préfère les rencontres physiques avec d'autres personnes :

Nous avons fait de nombreux appels Zoom. Je n'ai pas vu une seule personne physiquement pendant des mois. Pour moi, en tant que personne ayant besoin de contact physique, c'était les 16 mois les plus difficiles de ma vie. C'était très dur de ne pas pouvoir prendre mes ami.es et ma famille dans mes bras. La séparation, c'était ça le plus dur.

La pandémie de COVID-19 a entraîné des changements et des perturbations à grande échelle, avec des répercussions sérieuses sur la vie sociale des aîné.es. La séparation avec leurs proches, leur communauté et leurs activités quotidiennes a affecté leur bien-être et mis en évidence l'importance de ces liens et de leur préservation. Si la technologie est devenue un moyen important de rester en contact, elle était considérée comme un complément à la vie des participant.es, plutôt qu'un remplacement aux rencontres en personne.

Recommandations

Créer des espaces communautaires plus sécuritaires, plus accueillants et plus accessibles :

- Cibler les ressources des groupes communautaires 2SLGBTQI sur la création de programmes sociaux accessibles et inclusifs pour les aîné.es, notamment des programmes intergénérationnels.
- Lors de la conception des programmes sociaux destinés aux aîné.es 2SLGBTQI, demander aux participant.es ce qu'ils voudraient faire et de quelle manière ils souhaitent s'engager; faire attention de ne pas utiliser un langage ou des approches condescendantes ou infantilisantes.
- Donner la priorité à l'accessibilité des événements et des lieux, notamment par le biais de mesures visant à améliorer l'accessibilité physique.
- Lors de l'exploration des options de programme en ligne, envisager de quelle manière les options en ligne amélioreront l'accessibilité pour certaines personnes (réduction des coûts liés au transport, personnes dépendantes, etc.) tout en limitant pour d'autres (personnes n'ayant pas accès à Internet, technologies requises, maîtrise du numérique) et élaborer des stratégies autour des meilleures façons de réduire les obstacles et de soutenir différentes communautés.

Lutter contre la discrimination et l'exclusion sociale :

- Continuer et renforcer les efforts de lutte contre le racisme et d'autres formes de discrimination ayant une incidence sur les personnes 2SLGBTQI, y compris au sein des communautés 2SLGBTQI.
- Continuer et renforcer les efforts visant à reconnaître et à réduire l'âgisme et le capacitisme, car cela touche directement les aîné.es LGBTQI et les personnes de tous âges.

Fournir les mesures de soutien communautaire nécessaires :

- Améliorer le financement et l'admissibilité aux mesures de soutien communautaire, notamment le soutien personnel et les programmes de transport.
- Améliorer le financement et l'admissibilité pour les services à court et long terme permettant d'aider les aîné.es et les personnes vivant avec un handicap à effectuer des tâches comme aller à l'épicerie ou faire le ménage.

Accès aux soins de santé

Les aîné.es LGBTQI que nous avons interrogé.es ont décrit de nombreuses expériences liées à l'accès ou aux tentatives d'accès aux services de soins de santé. Ces aîné.es ont rencontré des difficultés à trouver des prestataires de soins, à s'y retrouver au sein des systèmes de soins de santé et à prendre des décisions liées à la divulgation. Iels ont vécu de bonnes expériences, ainsi que des expériences qui auraient pu bien mieux se passer. Les réflexions des participant.es concernaient diverses expériences, des soins primaires à la santé mentale en passant par les soins spécialisés, et faisaient état d'inquiétudes au sujet des soins à domicile et du fait de vivre dans des institutions de soins de longue durée (ce sujet est plus généralement documenté dans la recherche existante, notamment par Grigorovich, 2015; Furlotte et collab., 2016; Kortess-Miller et collab., 2018; Pang, 2022).

Les participant.es présentaient une variété de besoins en matière de soins de santé et vivaient avec diverses affections chroniques, notamment l'arthrite, le cancer, la dépression, le VIH et des maladies respiratoires, pour lesquelles iels cherchaient des soins. Leurs points de vue sur la santé et le bien-être étaient également variés, tout comme leurs besoins pour bien vieillir, du point de vue de la santé et du reste. Nous commençons par découvrir leurs points de vue, puis nous discutons de l'accès aux soins de santé et des difficultés à se repérer dans les milieux de soins.

Points de vue sur la santé et le bien-être

Dans les entrevues, nous avons demandé aux participant.es de donner leur propre définition du bien-être. En réponse, iels ont partagé diverses réflexions, en liant le bien-être au fait d'être capable de subvenir à divers besoins de base, de s'accepter tel.le que l'on est, d'avoir des objectifs de vie et des liens sociaux épanouissants.

On remarque qu'une partie des participant.es ont lié le bien-être à des considérations en matière de santé, mais la plupart conceptualisent principalement le bien-être sans placer la santé comme facteur central.

Par exemple, une femme lesbienne dans la soixantaine a évoqué un sentiment de paix et dit que la bonne santé et le bien-être ne sont pas nécessairement liés :

Je parlerais d'un sentiment de paix [...] on peut quand même se sentir bien, même sans être en bonne santé. Idéalement, on sort, on bouge. Je courais des marathons. Maintenant, je ne peux plus, mais je sors encore. Je pense que le bien-être tient à l'équilibre dans tous les domaines de la vie : social, émotionnel, spirituel, mental.

Un homme gai dans la soixantaine séparait également la santé du bien-être dans sa réflexion sur la gestion de plusieurs affections chroniques. Sa perspective était également que le bien-être relève plutôt d'une construction mentale influencée par des facteurs tels que l'accès à des liens sociaux.

Les participant.es ont également mis l'emphasis sur l'effet du coût de la vie sur le bien-être et ont discuté des dynamiques de privilège et de désavantage.

Pour certain.es, le bien-être serait étroitement lié à un logement abordable et à la sécurité alimentaire, alors que d'autres ont étendu leurs réflexions à des discussions de classe et de privilège.

Comme l'explique une femme lesbienne noire de 70 ans :

Pour moi, le bien-être commence avec les besoins primaires de la pyramide de Maslow [...] Mon logement est sûr, mon revenu aussi. Une personne âgée qui n'a pas cela, je pense qu'elle se sentirait moins en sécurité, parce qu'on devient dépendant. Pour une personne blanche, de classe moyenne ou élevée, l'expérience de vie est différente. Et je pense que ça se poursuit avec l'âge. Pour une personne lesbienne ou gaie blanche et très éduquée, c'est une expérience. Pour une personne immigrante, pauvre, de minorité visible et gaie ou lesbienne, c'est une expérience différente. Selon moi, la classe sociale fait une grande différence quand on vieillit. La couleur de la peau fait une différence, mais la classe sociale encore plus.

Ces questions de race, de classe et de privilège sont essentielles pour comprendre les différents positionnements des aîné.es LGBTQI dans leur expérience et la façon dont iels composent avec le vieillissement, notamment si les aîné.es ont accès ou non aux ressources nécessaires pour « bien vivre » selon leur définition.

Trouver de bons soins et y accéder : La divulgation et la recherche de soins favorisant l'affirmation

Les participant.es ont longuement parlé de la recherche de soins favorisant l'affirmation¹⁵, et de leurs pratiques quant à la divulgation lors de leur recherche de soins de santé. Leurs expériences en matière de soins de santé ont été déterminées par divers facteurs, notamment leur identité et leur expression de genre, leurs expériences passées et le manque de praticien.nes dans certaines régions. Selon leur situation, leurs privilèges et leur sens de l'autonomie, les participant.es ont également adopté de nombreuses stratégies pour aborder les rencontres dans le cadre de leurs soins. La notion de « bons » soins rend le sentiment des participant.es que, au vu des obstacles, parvenir à recevoir des soins « suffisamment bons » demeurerait un de leurs objectifs principaux.

Les participant.es ont décrit de nombreuses expériences négatives avec des membres du personnel soignant et ont insisté sur l'importance de recevoir des soins favorisant l'affirmation. Les expériences négatives allaient du refus du personnel soignant de reconnaître leurs relations ou de toucher leurs corps et le silence général autour du sujet de la sexualité ou des relations, même lorsque ce sujet était pertinent pour les soins. L'importance de reconnaître les partenaires et d'être à l'aise de parler de sexualité, de genre et de relations lorsque ces sujets sont pertinents pour les soins cliniques, ainsi qu'une ouverture et des soins explicitement respectueux des personnes LGBTQI ont été cités comme des pratiques importantes que le personnel soignant devrait offrir.

Une participante, une femme de genre queer septuagénaire, a décrit un cas particulier de cishétérosexisme envers elle et sa partenaire :

15 Nous définissons des soins d'affirmation comme tenant compte et respectant les identités et expressions de genre des personnes, leurs orientations sexuelles et leurs relations.

Nous avons été dans cette situation avant une chirurgie pour ma partenaire et l'infirmière a été vraiment hostile. Au début, elle pensait que j'étais un homme, et ça allait bien. Elle était correcte. Pendant qu'elle pensait que j'étais un homme, nous avons obtenu un très bon service. Puis elle a réalisé que j'étais une femme et elle est devenue hostile. Elle a été vulgaire, condescendante, sèche et désagréable.

Une femme de 70 ans apporte son expérience du contraste entre une médecin respectueuse des personnes homosexuelles et une médecin qui refusait de la toucher physiquement :

La médecin que je consulte maintenant? On ne sait pas si elle est respectueuse des personnes LGBTQIA. Je la vois depuis trois ou quatre ans et nous n'avons jamais eu de contact physique. [...] c'est inquiétant. Elle reste assise derrière son ordinateur et je suis là. Je ne lui ai pas parlé du fait que je suis gaie, car j'ai peur qu'elle parte en courant. Avant ça, j'ai eu une médecin pendant environ 20 ans. Elle était fantastique. Elle n'était pas gaie elle-même, mais elle était respectueuse. Et on pouvait parler de tout ce qui touche à la santé. Avec cette nouvelle médecin, je ne parle pas. Et je déteste aller la voir.

Il est important de souligner que les participant.es ne pouvaient pas toujours évoquer un cas particulier de discrimination, mais ont décrit une sensation que quelque chose n'allait pas ou que la dynamique de la relation s'était alourdie de jugements après, par exemple, la divulgation de leur identité. **Faire face à de l'homophobie implicite est difficile, car il n'est pas possible de s'appuyer sur des actes ou des paroles explicites, et les prestataires savent qu'il ne faut pas dire quoi que ce soit d'explicitement homophobe.**

Dans ce contexte, les participant.es ont décrit comment iels ont cherché des prestataires de soins qui semblaient à l'aise ou avoir de l'expérience dans leur travail avec des client.es LGBTQI, notamment, lorsque c'est possible, **des prestataires étant personnellement LGBTQI**. Plusieurs ont indiqué avoir tenté de chercher de nouveaux prestataires de soins par des réseaux

formels ou informels, des ami.es LGBTQI et/ou des services LGBTQI. D'autres ont également décrit des stratégies d'évaluation pour déterminer si un.e professionnel.le de santé ou un cabinet serait respectueux des personnes LGBTQI avant de faire appel à leurs services. La perte d'un.e prestataire de confiance était une déconvenue.

Une participante, une femme lesbienne dans la soixantaine, a expliqué :

Je vérifie toujours. Je ne me mets pas dans cette position, donc je sais qui je vais consulter. Afficher un drapeau de la fierté, c'est une bonne chose [mais] je ne fais pas confiance à ces drapeaux, on les voit partout. Et ce n'est pas une mauvaise chose, mais ça ne me garantit pas quel type de formation à la sensibilité les personnes ont reçue dans les soins de santé classiques.

Un autre participant, un homme trans racialisé dans la soixantaine, a perdu le médecin à qui il faisait confiance après un déménagement. Cette perte a été particulièrement dure, car il était non seulement gai, mais connaissait aussi les enjeux liés aux soins de santé pour les personnes trans et favorisait l'affirmation dans son cabinet :

Mon médecin était un homme gai, immigrant et racialisé... Très respectueux des personnes trans, avec beaucoup de client.es trans. Un homme gentil. Il me manque, il m'a suivi pendant 17 ans. J'ai un médecin de famille. Il n'est pas lui-même LGBT, mais il sait que je suis trans, parce que je lui ai dit. Cela ne lui pose pas de problème. Mais ce n'est pas pareil avec un médecin qui n'est pas LGBT. C'est correct, mais c'est différent.

Étroitement liée à la recherche de soins affirmatifs, la divulgation (soit ce que l'on décide de partager avec les prestataires de soins de santé au sujet de sa sexualité et/ou de son identité de genre) est apparue comme un sujet important dans tous les entretiens. Les pratiques des participant.es concernant la divulgation se sont avérées complexes et sans détour. De nombreux participant.es étaient sélectif.ves quant à la divulgation, en ne mentionnant leur identité que lorsque cela était pertinent dans le cadre de leurs soins. Certain.es

faisaient preuve d'une grande prudence, par peur d'être mal traité.es à cause de leur expression ou identité de genre, ou encore de leurs relations. Plusieurs participant.es nous ont dit que le sujet de l'identité sexuelle et/ou de genre n'avait pas souvent l'occasion d'être abordé. D'autres, malgré des expériences négatives passées, ont décidé d'être immédiatement ouvert.es quant à leur identité en expliquant qu'à ce stade de leur vie, iels avaient déjà fait face à de l'adversité et n'avanceraient pas sans un minimum de reconnaissance et d'acceptation.

Une participante septuagénaire a expliqué qu'elle ne parlait pas de son identité lesbienne avec son médecin, bien que ce dernier sache qu'elle vit avec une femme.

Je n'ai pas prononcé les mots, nous n'en avons jamais parlé. Il sait que je vis avec elle, que nous vivons ensemble, mais nous n'en parlons pas. Je suis désolée de le voir mal à l'aise. Ça ne me plaît pas. Mais ce n'est pas à moi de le faire changer.

Une autre participante, une femme trans sans la soixantaine, a décrit son approche de la divulgation comme étant directe, en insistant sur le respect qu'elle mérite de recevoir :

Si je dis à quelqu'un que je suis trans, je préviens simplement cette personne, et je m'attends à être traitée d'une certaine façon. Après ça, si la personne veut me traiter comme un homme, alors je mets fin à la conversation. Au revoir, je quitte le bureau, je ferme la conversation Zoom ou je raccroche le téléphone et si la personne me demande pourquoi, c'est juste la fin. [...] En tant qu'aînée, je m'attends à être traitée de façon respectueuse, un point c'est tout.

Enfin, une participante lesbienne et queer septuagénaire a résumé :

On passe notre vie à se battre pour nos droits, à combattre le sexisme, l'homophobie, la transphobie. Quand on vieillit, on veut juste la paix. Et ça

serait agréable de ne plus avoir à faire ça, et je pense que c'est ce que beaucoup de mes ami.es plus âgé.es qui reçoivent des soins de santé diront. On est fatigué.es de devoir éduquer tout le monde. On a l'habitude, on sait le faire, mais on aimerait que ça cesse. C'est beaucoup de travail émotionnel, à un moment où on n'a pas besoin de ça.

Il est important de souligner qu'en parallèle de leurs descriptions d'expériences positives et négatives, les participant.es savaient que, malgré la façon dont iels étaient reçu.es, d'autres solutions n'étaient pas toujours disponibles dans leur région au vu de la pénurie de personnel médical, notamment de médecins de soins primaires. Les participant.es ont décrit des temps d'attente longs avant de trouver un médecin de famille et des pénuries dans certaines régions. Ces problèmes ne sont pas liés à l'identité, mais ils s'ajoutent à la peur de subir de l'homophobie, de la transphobie et d'autres préjugés, ainsi qu'à la fatigue par anticipation de devoir gérer la divulgation et s'assurer d'être en sécurité dans le cadre de soins de santé.

Un participant, un homme gai qui a déménagé de l'Ontario à la Nouvelle-Écosse rurale, a décrit sa situation pour trouver un nouveau médecin et psychiatre.

En Nouvelle-Écosse, ça va moins bien qu'en Ontario. On a obtenu un médecin. Il y avait 5 à 6 ans d'attente, mais j'ai pu me débrouiller. Nous avons tous les deux tout essayé pour obtenir des soins de santé mentale, mais les options sont rares. J'avais fait les papiers avant de quitter l'Ontario. Là-bas, j'avais un psychiatre et elle a envoyé mon dossier ici. Demain, j'aurai une entrevue préliminaire avec une psychiatre, après quatre ans, grâce à mes démarches et mon travail.

Une autre participante, une femme lesbienne de plus de 70 ans qui vit dans le Québec rural, a évoqué les différences en matière de rémunération et de conditions de travail des prestataires de soin de santé selon les provinces, et les pénuries que cela entraîne :

Mon principal obstacle, c'est le fait de vivre dans la région de la rivière des Outaouais. Parce qu'on est sur l'autre rive, et nos infirmier.ères vont travailler en Ontario, car la rémunération est meilleure. Les médecins ne veulent pas venir ici, car on manque de ressources. Nous sommes vraiment une région abandonnée du Québec et d'Ottawa, de toutes les façons possibles. Quand j'ai eu un problème au genou, cela a pris deux ans pour qu'on me trouve un médecin.

Bien que les soins favorisant l'affirmation constituaient la priorité pour les participant.es, la question de la divulgation, de la dose d'information à divulguer et de la façon de la faire, est un autre casse-tête courant. Notamment en raison des pénuries de médecins de soins primaires, les participant.es prenaient le premier rendez-vous disponible. Le poids de cette instabilité constante ne leur a pas échappé, pas plus que l'ironie du fait qu'après une vie passée à naviguer entre les systèmes et à se battre pour le changement, ces difficultés sont toujours présentes.

Trouver de bons soins et y accéder : L'accès et le coût en milieu rural

L'accès aux soins dans les zones rurales et les frais dépensés pour divers services de soins de santé constituent deux obstacles supplémentaires, ce qui prouve l'insuffisance actuelle du système de santé canadien « universel » pour répondre aux besoins des aîné.es LGBTQI. Les participant.es ont souligné un besoin urgent pour une couverture plus complète des services pas totalement couverts par les assurances maladie provinciales à l'heure actuelle, ainsi qu'un accès renforcé aux services dans les zones rurales.

Les personnes vivant en zone rurale nomment les transports, la pénurie de médecins de soins primaires et l'accès aux spécialistes comme les trois obstacles principaux à l'accès aux soins. Ces problèmes sont interdépendants, par exemple le fait de conduire sur de grandes distances pour accéder à des soins spécialisés peut être impossible dans les plus petites communautés, ce qui constitue une grande inquiétude. Ici, l'accès à un véhicule et la capacité à conduire de longues distances ont été désignés comme des points clés de privilège et d'inquiétude. Tout particulièrement, les participant.es vivant

dans des zones urbaines partagent des craintes au sujet des transports. Cela souligne le besoin capital de s'intéresser en priorité aux transports, qui sont indispensables à l'accessibilité¹⁶.

Par exemple, une participante, une femme lesbienne dans la soixantaine qui vit en Ontario rural, a évoqué sa capacité à conduire comme étant indispensable pour accéder à des soins primaires et spécialisés :

Je dois être capable de conduire, c'est l'une des choses les plus importantes pour moi. Si je ne suis plus capable, je dois déménager et je n'en ai pas envie. Aujourd'hui, je fais de la physiothérapie, car j'ai un genou fragile. Je tente de le renforcer et d'éviter la chirurgie. Si je dois subir une chirurgie du genou, qui va s'occuper de moi? Qui m'aidera à la maison? Ces questions sont très importantes pour moi. Je dois conduire 49 kilomètres pour voir mon médecin, je dois me rendre à Toronto. Pour passer une mammographie, je dois aller à Toronto. Aujourd'hui, je suis allée à la physiothérapie. Ce programme n'est pas offert dans ma communauté, alors je vais à Toronto.

Une autre participante, une femme lesbienne de plus de 70 ans qui vit en Ontario rural, a souligné les diverses difficultés auxquelles sont confrontées les personnes vivant dans les zones rurales lorsqu'elles veulent consulter différents spécialistes. Elle estimait que sa petite communauté gagnerait à offrir plus de services de santé mentale destinés aux aîné.es fournis par des spécialistes installé.es dans la région plutôt que par des suppléant.es.

Le coût constitue un autre obstacle majeur à l'accès aux soins, dans les zones rurales comme urbaines et chez les participant.e.s, tous niveaux de vie confondus. Les soins dentaires, la santé mentale, la physiothérapie, les soins de la vue, la dermatologie et les médicaments sur ordonnance étaient tous évoqués comme d'importantes dépenses qui devraient bénéficier d'une couverture plus complète. De nombreux.ses participant.es ont de plus fait remarquer que le fait de vieillir entraîne souvent une augmentation des besoins en matière de soins de santé et de frais associés. Les participant.es ont

¹⁶ Pour plus d'informations sur les transports et l'accès aux soins au Canada, voir notamment Young et collab., 2019; Alhassan et collab., 2021; Mirza et Hulko, 2022.

expliqué que les coûts étaient un facteur prohibitif dans l'accès aux soins et aux traitements nécessaires, ce qui nuit à leur santé et à leur bien-être de diverses façons.

Une participante, une « dyke » queer à l'héritage mixte , a décrit la perte de ses soutiens liés à son handicap lorsqu'elle a eu 65 ans. Elle s'est retrouvée avec une facture de près de 3 000 \$ pour un traitement de canal, une somme presque impossible à payer :

Après 65 ans, c'est comme on dit « le miracle des 65 ans », votre handicap disparaît. Alors j'ai perdu le revenu en cas d'invalidité de mon assurance et le Programme de prestations d'invalidité du RPC. On passe ensuite au RPC classique et à la SV. Je suis passée d'un revenu mensuel de 2 000 \$ à 1 500 \$. Désormais, je survis. Pour compenser la perte de 6 000 \$ annuels, j'ai dû improviser pour me remettre à travailler. Alors, je vis dans la précarité. [...] Cette année, j'ai dû faire en urgence un traitement de canal qui a coûté 3 000 \$. Je me suis demandé où j'allais bien pouvoir trouver une telle somme. Un.e ami.e m'a proposé de m'aider en payant la moitié et [la compagnie] m'a donné un contrat temporaire qui m'a permis d'obtenir les 1 500 \$ restants.

Une autre participante, une « dyke » dans la soixantaine, a décrit comment elle a tenté d'obtenir des services de physiothérapie et de massothérapie après avoir subi des blessures, et qu'elle avait la chance de pouvoir payer les frais engendrés grâce à ses économies et son assurance privée :

Je me suis cassé le poignet dominant il y a un an et demi [...] Je me suis également cassé l'épaule et blessé la coiffe des rotateurs, puis j'ai développé une réponse immunitaire inattendue à ce traumatisme. Je suis encore en convalescence. Alors j'ai eu d'importantes dépenses, qui auraient pu devenir un réel problème si je n'avais pas l'argent pour payer une spécialité pointue de la physiothérapie [...] Je suis aussi tombée d'un escabeau et j'ai subi une déchirure du ligament dans mon genou. Pendant six ans, la blessure a empiré et est devenue de plus en plus instable [...] [J'ai fini par trouver un

chirurgien], mais j'ai dû attendre, comme tout le monde. Il ne s'agissait pas d'un remplacement de l'articulation, mais de la reconstruction d'un ligament. Puis, j'ai dû avoir des séances de physio. Je paie 200 \$ par mois pour l'assurance de santé Greenshield, mais l'assurance ne verse que 300 \$ par année pour ces services. Pour tous ces services, il faut pouvoir payer. Si vous n'avez pas l'argent, vous ne pouvez pas accéder aux services, peu importe où vous vivez.

L'accès aux soins de santé primaires et spécialisés est systématiquement plus limité pour les participant.es qui vivent dans des zones rurales. L'accès aux soins de santé se fait après avoir voyagé dans la ville la plus proche, ce qui pose de nouveaux obstacles d'accès au transport et de coût supplémentaire. De plus, les participant.es vivant dans des zones rurales et urbaines dans tout le pays ont décrit l'importante influence des dépenses de santé à payer de leur poche sur leur santé et leur bien-être. Devoir payer pour des services, intégralement ou en partie, signifie que les participant.es qui n'ont pas les ressources financières adéquates doivent faire des compromis sur leurs soins. Qu'il s'agisse de soins primaires ou de services spécialisés, l'obstacle du coût ne pèse pas que sur la santé mentale et physique des participant.es, mais aussi sur leur sentiment d'être reconnu.es, soutenu.es et en sécurité quand iels vieillissent. Ce phénomène souligne à quel point la privatisation des soins peut fortement créer et exacerber les iniquités.

Soins de santé mentale et soutien au deuil

Les participant.es ont clairement exprimé le besoin de renforcer l'accès aux soins de santé mentale et au soutien en matière de dépendance. **Leurs réflexions ont souligné le besoin d'un meilleur accès à des services en santé mentale pour les aîné.es de manière générale et mis en lumière les besoins précis des aîné.es de la communauté LGBTQI.**

Les barrières financières à l'accès aux services de santé mentale sont importantes et ont été évoquées par un grand nombre de participant.es. Le prix détermine si une personne peut accéder ou non à des services de santé mentale et le type de professionnel.les auquel.les elle peut faire appel. Certain.

es participant.es ont raconté avoir déjà trouvé un.e professionnel.le avec qui ils se sentaient bien, mais qu’iels ont dû cesser de voir, car leurs consultations n’étaient plus couvertes. Cela s’est avéré particulièrement frustrant au vu des difficultés rencontrées au préalable pour trouver un.e prestataire respectueux.se des personnes LGBTQI.

Un participant, un homme trans racialisé dans la soixantaine, a évoqué ses difficultés à trouver un prestataire en santé mentale dont les services étaient couverts par l’assurance maladie provinciale et le manque de soins de santé mentale gratuits ou à faible coût, notamment pour les hommes et pour des suivis sur la durée :

Pour les hommes adultes, il n’y a pas de thérapie gratuite, je n’en ai pas trouvé. Il existe des thérapies gratuites pour les femmes et pour les enfants et les adolescents, mais, de ce que je sais, à moins d’avoir une affection médicale particulière ou une affection psychologique, je crois qu’il n’existe rien pour les hommes. C’est triste. Il y a la thérapie de groupe dans les hôpitaux et dans les prisons pour hommes, mais c’est tout, ce sont les seules thérapies gratuites. Je sais qu’il existe des thérapies abordables, 60 \$ par heure, dans d’autres organismes. Donc si je le voulais vraiment, je pourrais payer un tel montant, mais pas chaque semaine comme avant. C’est pourquoi j’ai cherché un docteur en psychothérapie, ses services sont entièrement couverts. Si je devais payer de ma poche, je ne pourrais jamais faire 20 ans de thérapie.

Une autre participante, une femme lesbienne dans la soixantaine, a décrit la difficulté de trouver un.e prestataire respectueux.se après le décès de sa femme. Après avoir essayé plusieurs prestataires qui ne comprenaient pas son deuil, elle a trouvé une travailleuse sociale en santé mentale qui l’a soutenue. Mais elle a dû cesser de la voir, car la couverture de son assurance pour les séances était limitée :

Elle est travailleuse sociale autorisée, gaie, et j’ai commencé à la voir au tout, tout début de mon deuil. Elle était fantastique, elle a tout à fait compris mon

expérience et je me sentais en sécurité. Je pouvais pleurer à chaudes larmes et elle me comprenait. Puis ma compagnie d'assurance pour l'invalidité longue durée a dit qu'elle n'était pas une prestataire que je pouvais voir. L'assurance ne prenait pas cela en charge. Alors j'ai dû cesser de la voir. Ça a été la pire expérience possible. Elle était conseillère clinique et je disais qu'elle m'aidait. Elle me comprenait. Elle comprenait mes sentiments, mes actions et mes mots. Elle m'offrait un espace sécuritaire où je pouvais accueillir mes émotions. Mais j'ai dû cesser de la voir. C'était la raison la plus stupide imaginable. Parce que c'est très difficile en tant que personne gaie de trouver quelqu'un qui nous comprend et nous accepte dans un contexte clinique, à moins que la personne en question soit elle-même gaie, ou qu'un.e membre de sa famille le soit et qu'elle l'accepte. C'est difficile de trouver quelqu'un qui ne projette pas ses propres croyances.

En plus de l'enjeu du coût, naviguer le système pour obtenir des soins de santé mentale dans le système public constitue un obstacle majeur.

Un participant, un homme queer de 70 ans, a évoqué ses difficultés à obtenir du soutien en matière de dépendance, ce qui l'a poussé à consulter sporadiquement des professionnel.les dans le privé. Il a également noté que dans son expérience, nombre de professionnel.les de la santé ne semblaient pas être préparé.es et formé.es à recevoir adéquatement les personnes dépendantes :

Quand j'ai commencé, je me suis rendu à [centre de traitement des dépendances] et on m'a orienté vers un médecin généraliste spécialisé dans les dépendances. Pour les aîné.es, mais pour le reste de la population aussi, [le centre de traitement des dépendances] est une vraie forteresse, c'est impossible d'y accéder... C'est impossible de surmonter tous les obstacles qu'on dresse en face de nous. J'ai été porte-parole pour d'autres personnes, pour que cela cesse [...] Nous sommes face à une crise, une belle crise des professions médicales. Les professionnel.les manquent de formation, iels n'ont aucune idée de ce que sont les troubles liés à la consommation d'une substance.

Les participant.es ont également indiqué que le soutien au deuil était un besoin spécifique en matière de soins de santé mentale. Ce besoin a été principalement évoqué par les participant.es qui avaient perdu un.e partenaire ou leur époux.se, mais dont la perte n'a pas été complètement reconnue. Les participant.es ont expliqué que la perte d'un.e partenaire du même sexe semblait être traitée de façon moins légitime que dans les relations hétérosexuelles.

Une femme de genre queer septuagénaire ayant récemment perdu sa partenaire raconte par exemple son expérience avec un groupe de soutien au deuil :

Je me suis rendue dans un groupe de deuil après le décès de [partenaire]. J'ai clairement senti que mon deuil n'avait pas la même valeur, n'était pas aussi « réel », que quand on perd un.e « vrai.e » partenaire. Je n'y suis jamais retournée. J'ai signalé cela à l'organisation.

Un autre participant, un homme gai dans la soixantaine qui a perdu son mari, a estimé avoir manqué de soutien en tant qu'homme gai dans sa région rurale :

Dans les services sociaux, j'ai seulement essayé d'obtenir des séances de counseling pour les personnes en deuil après le décès de mon mari. J'étais inquiet, je pensais que de toute façon, je serais le seul homme gai dans ce groupe. Et c'était avant la pandémie. En réalité, il n'y avait rien. Peu importe ma sexualité, il n'y avait aucun service d'assistance aux personnes en deuil dans ma région.

La pandémie de COVID-19 a renforcé les défis en matière de santé mentale des participant.es et souligné le fait que, bien que des soutiens en cas de crise existent, un soutien à long terme est bien plus difficile à obtenir. Par exemple, un participant, un homme gai dans la soixantaine, a remarqué que pendant la pandémie, seuls des services de crise étaient disponibles, ce qui l'a empêché d'accéder à des services de soutien pour les difficultés qu'il rencontrait déjà avant la pandémie. À l'inverse, pour une femme intersexe de plus de 70 ans, les

lignes de crise étaient ses seules sources de soutien en santé mentale toujours disponibles. Elle s'appuyait sur la ligne de crise 3-1-1 et des appels de bien-être qu'elle recevait toutes les deux semaines. Elle insiste sur le besoin de plus de services durables pour les traumatismes.

Les soins en santé mentale et le soutien aux personnes en deuil étaient au mieux une sorte de patchwork. Les participant.es ont décrit un accès incertain, les nombreuses démarches entreprises pour trouver des services dans leurs moyens et qui respectent leur identité de personnes LGBTQI. Les expériences des participant.es renvoient aux différents sens du mot « accès » lorsqu'on parle de soins, et à quel point les frais à payer et la privatisation des soins de santé mentale limitent sévèrement leur accès aux soins et à des prestataires respectueux.ses des personnes LGBTQI. En soulignant l'expérience des aîné.es LGBTQI au Canada, ces résultats contribuent à la recherche, principalement menée aux États-Unis, qui montre les importants obstacles auxquels font face les aîné.es LGBTQI en matière d'accès à la santé mentale (par ex., Gendron et collab., 2016; Burton et collab., 2019; Marshall et Cahill, 2022). Cette recherche permet de mieux comprendre les parcours des personnes LGBTQI au sein des différents systèmes provinciaux de santé mentale (par ex., Ferlatte et collab., 2021; voir Jakubiec et collab., prochainement; Seida, et collab., prochainement). Nous émettons ci-après plusieurs recommandations tirées de ces résultats.

Soins de longue durée

Enfin, les participant.es ont partagé leurs idées au sujet des soins de longue durée, notamment leurs expériences et leurs perspectives liées aux soins à domicile et aux centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Les participant.es ont souligné l'importance des services de soutien et de soins à domicile fiables et respectueux. Comme nous l'avons indiqué dans la section Logement, un grand nombre de participant.es ont souligné à quel point le fait de pouvoir obtenir un soutien communautaire dans le cadre du vieillissement et des soins associés leur permettrait de continuer de vivre à domicile plus longtemps. Nous avons écouté leurs suggestions pour y parvenir. Plusieurs participant.es avaient précédemment travaillé dans les secteurs de la santé

ou du travail social et ont donné leur point de vue sur les défis structurels liés aux soins à domicile et au fait de travailler dans les soins à domicile. Iels ont notamment souligné le lien crucial entre les situations des travailleur.euses et des client.es ou bénéficiaires.

Une femme lesbienne d'une soixantaine d'années a partagé une idée novatrice : la création d'une « entreprise de services à domicile gérée par des lesbiennes », un service dont elle raconte à quel point il lui profiterait, à elle ainsi qu'à plein d'autres personnes :

Pour que les personnes puissent continuer à vivre chez elle, notre grand rêve, c'est que quelques lesbiennes lancent leur entreprise de PAB, où une PAB viendrait au domicile... On doit faire passer le mot : on a besoin de ces jeunes femmes, on a besoin de ces femmes plus âgées, enfin, peu importe... on a besoin de ces femmes! Parce qu'on préférerait continuer à vivre dans nos logements actuels.

Une autre femme lesbienne qui avait travaillé dans le domaine de la santé parlait avec passion des besoins en matière de soins à domicile et de la nécessité de bien traiter les travailleur.euses à domicile :

Je pense que le système de soutien et de soins à domicile mérite des financements dix fois plus élevés que les financements actuels. Et que son but devrait être de réellement aider les bénéficiaires à rester au domicile. D'abord, il faut payer les travailleur.euses de santé communautaire un salaire, pas un taux horaire. Ensuite, il faut reconnaître tout leur travail pratique et émotionnel. Ce travail ne se quantifie pas par un nombre de robes de chambre, d'aiguilles ou de pilules, mais par la totalité du soutien reçu par la personne pour qu'elle puisse rester à domicile. Et je transformerais le logement pour qu'il ressemble plus aux coopératives ou à d'autres types de logements où les habitant.es sont plus que des voisins et où iels peuvent s'entraider et profiter du groupe.

En plus des préposé.es aux bénéficiaires, les participant.es ont parlé des façons dont différent.es professionnel.les peuvent faire partie d'une même équipe de soins communautaire. Des idées ont été évoquées au sujet de l'amélioration du soutien, mais aussi au sujet du coût des soins.

Une participante, une femme lesbienne septuagénaire, a soutenu un locataire qui vivait chez elle lorsqu'il est tombé malade. Elle a évoqué l'importance d'être entourée d'une équipe de soins et le rôle particulier de la pharmacie de la communauté :

Nous avons une pharmacienne dans notre communauté. Dans notre cas, la pharmacie ne faisait pas partie du centre de santé de la communauté, mais elle était d'accord pour livrer chaque jour ses médicaments à mon locataire. Il ne se souvenait pas de lui-même de les prendre correctement, et sans la pharmacienne, j'aurais dû m'occuper de le faire plusieurs fois par jour. Comme quelqu'un lui rendait visite chaque jour, il allait incroyablement bien. Grâce à la combinaison de différents soutiens de la pharmacie, de son médecin de famille et de préposé.es, je ne me suis pas épuisée en prenant soin de lui. Il n'a pas eu besoin d'aller dans un établissement de soins, ce qui était son objectif principal. Cela a fait une immense différence.

Une autre participante, une femme lesbienne septuagénaire, a parlé de sa crainte, pour elle et pour sa partenaire, d'avoir besoin de soins à l'avenir, ainsi que du poids financier des soins à domicile :

Quand j'y pense, j'ai peur. On continue de dire qu'une de nous pourra prendre soin de l'autre si on a un accident vasculaire cérébral, mais avec l'assistance de l'aide quotidienne, on pourrait avoir quelqu'un qui nous rendrait visite chaque jour. Mais nous n'avons pas les moyens pour cela. Avant, on avait beaucoup plus d'aide, socialement, qu'aujourd'hui. Et aujourd'hui, les prix sont astronomiques. Pour que quelqu'un vienne chez nous, le prix sera de 50 \$ par heure. Et si une de nous est vraiment malade et a besoin de cela pour vivre, on ne pourra pas faire autrement. C'est extrêmement cher, alors on devrait probablement vendre la maison pour

payer cela. On espère fort pouvoir terminer notre vie chez nous, et on a aussi décidé que si la situation devient trop grave, on partira, on laissera l'autre et on mourra. Vraiment, le plan est de mourir. Quel est l'intérêt de faire durer cela pendant des années?

Bien qu'aucun.e des participant.es ne vivait dans un hébergement de soins de longue durée au moment des entrevues, plusieurs ont partagé leurs idées sur les établissements de soins de longue durée et autres hébergements de soins similaires. Les différents points de vue découlaient notamment d'expériences de soins apportés à un.e partenaire ayant vécu dans un établissement de soins de longue durée, ainsi que de récits d'autres personnes de leurs communautés ou entendus aux nouvelles. Ces formes de connaissance, ainsi que les expériences générales d'accès aux soins de santé, ont façonné la façon dont les participant.es percevaient les établissements de soins de longue durée et leur avis sur l'éventualité de devoir vivre un jour dans un tel établissement.

Au centre des discussions des participant.es se trouve la question de l'expérience d'une personne LGBTQI dans un établissement de soins de longue durée et la possibilité d'avoir accès à des établissements de soins de longue durée respectueux des personnes LGBTQI ou qui leur seraient réservés.

Pour les aîné.es 2SLGBTQI, l'inquiétude de faire face à de l'homophobie interpersonnelle ou structurelle est courante, notamment la crainte d'être séparé.es de leurs partenaires et de subir l'homophobie du personnel et des autres résident.es. Cela comprend des violences verbales, l'invisibilisation et les maltraitances physiques.

Une femme lesbienne vivant dans le Québec rural et dont la mère est décédée dans un établissement de soins de longue durée a raconté :

À 79 ans, en tant que femme lesbienne, ma seule grande inquiétude actuellement concerne la façon dont je serai traitée lorsque je ne serai plus autonome. Quand j'aurai besoin de vivre dans un établissement, ou si je me retrouve toute seule parmi des personnes d'une génération qui n'est pas très ouverte aux relations homosexuelles... Je ne veux pas me retrouver

dans un tel lieu. Je ne veux pas me retrouver dans un lieu, si je suis avec ma femme, si nous sommes toutes les deux vivantes et que l'on doit vivre dans un établissement... Je n'ai aucune idée d'où j'irais ou de comment cela se passerait pour nous.

Un autre participant, un homme gai célibataire septuagénaire, a évoqué la possibilité d'être invisibilisé.e :

À ma connaissance, il n'existe aucun établissement destiné à notre communauté. Alors on se sent vraiment isolé.es, parce que même des personnes très bien intentionnées, les préposé.es aux soins, les infirmier.ères, les bénévoles, veulent connaître la vie des bénéficiaires. On me demande où est ma femme, ce qu'elle faisait dans la vie et si mes petits-enfants me rendent parfois visite. Je n'ai rien de tout ça. Alors on se met de plus en plus en retrait, et j'aimerais beaucoup échapper à cela.

Une femme lesbienne dans la soixantaine qui a vécu dans un hébergement collectif et travaillé avec des aîné.es LGBTQ a fait part de ses inquiétudes pour leur sécurité :

Quand on est lesbienne, vieillir, c'est très inquiétant. Je me demande ce qui m'arrivera... J'ai beaucoup de craintes. S'il m'arrive quelque chose et que je termine dans un CHSLD... Je ne sais pas. Je n'ai plus de patience face à ce genre d'intolérance. Et qu'est-ce qui arrive aux aîné.es qui luttent contre ça? On leur donne des médicaments pour les faire taire.

Les participant.es, comme dans leurs témoignages sur leurs situations d'hébergement (voir la section sur le [Logement](#)), **ont également fait part de leurs inquiétudes au sujet des soins de longue durée réservés aux personnes LGBTQI.**

Une participante, une femme lesbienne septuagénaire, a fait état de réserves au sujet des soins de longue durée destinés aux personnes queer et de son fort

soutien pour l'amélioration des établissements publics, tout en reconnaissant les nombreuses difficultés systémiques :

Nous avons eu tant de conversations sur l'idée d'une forme d'établissement de soins de longue durée, sous une forme ou une autre, destinée aux personnes queer. Et cela pose de nombreuses difficultés, notamment parce que cela ne semble possible que par la voie privée, ce qui rendrait de tels établissements particulièrement dispendieux et accessibles à seulement quelques personnes. Ce n'est pas intéressant. J'ai travaillé dans le système de santé publique. C'est quelque chose en quoi je crois. Parmi mes anciens collègues et dans la communauté, certain.es ont travaillé très fort pour tenter de rendre les structures actuelles de soins de longue durée plus accueillantes, encourageantes et compétentes en matière de soins aux personnes queer. J'ai assisté à certaines de ces formations et je pense que l'on progresse, mais les défis de la COVID ont montré combien le système au complet est criblé de problèmes.

La réflexion de cette participante au sujet des changements structurels nécessaires pour permettre des logements et des soins de longue durée viables pour les aîné.es LGBTQI reflète les craintes de la plupart des participant.es. Les inquiétudes courantes des aîné.es LGBTQI que nous avons interrogé.es étaient notamment d'être maltraité.es, ignoré.es et pris.es pour cible dans les établissements de soins de longue durée et dans les autres contextes de soins de santé; le coût des soins, ainsi que le fait de subir des discriminations. Leurs expériences et leurs perspectives constituent une preuve solide que des transformations du système de soins de santé et des établissements de soins de longue durée sont nécessaires.

Recommandations

Rendre plus disponibles des soins primaires et spécialisés favorisant l'affirmation :

- Prendre des mesures immédiates pour augmenter le nombre de médecins de soins primaires, notamment en permettant aux médecins formé.es à l'étranger d'être certifié.es afin de pouvoir pratiquer au Canada.
- Mettre en place des formations obligatoires sur les questions de santé propres aux personnes 2SLGBTQI pour tou.tes les prestataires de soins de santé en formation, notamment les spécialistes de la santé mentale, les préposé.es aux bénéficiaires, les médecins, les infirmier.ères et les autres spécialistes.
- Mettre en place des possibilités de formation continue pour les professionnel.les de la santé à tous les niveaux afin que leurs connaissances sur les questions d'accès aux soins de santé des personnes 2SLGBTQI demeurent à jour, qu'ils soient formé.es aux pratiques prometteuses et aux nouveaux traitements pertinents (par exemple au sujet de la transition de genre).
- Continuer de financer les soutiens de crise en santé mentale (notamment les lignes d'assistance téléphonique) tout en prenant des mesures immédiates pour augmenter l'accès à des soins de santé mentale de longue durée.

Mettre fin aux frais prohibitifs pour les services de soins :

- Couvrir intégralement les soins dentaires et de la vue, ainsi que la physiothérapie.
- Financer les transports publics et le transfert de programmes de soins pour permettre aux aîné.es, aux personnes vivant avec un handicap et à la population générale de se rendre à leurs rendez-vous médicaux.
- Améliorer la couverture des différentes catégories de professionnel.les de la santé mentale.
- Réduire le recours aux solutions de santé mentale à court terme visant à aider lors des crises tout en les maintenant.

Soins de longue durée :

- Financer l'amélioration de l'accès à des soutiens plus nombreux et plus fiables pour les soins à domicile.

- Mettre en place des mesures immédiates visant à renforcer le soutien offert au personnel des établissements de soins de longue durée et augmenter les ratios personnel/résident.es afin d'offrir des soins axés sur la personne de meilleure qualité.
- Poursuivre les efforts pour réinventer et financer les options de soins de longue durée humaines, centrées sur le bien-être et qui peuvent mieux respecter et répondre aux besoins variés des bénéficiaires des soins.

La mort et le bien-être en fin de vie

Bien que la mort et la fin de vie soient parfois considérées comme des sujets tabous, les participant.es avaient beaucoup de choses à dire concernant leurs expériences, leur point de vue, leurs peurs et leurs souhaits à l'égard de la mort et de la fin de vie. Cette section présente les différentes façons dont les participant.es perçoivent la mort et la fin de vie, d'un point de vue social, interpersonnel, spirituel et éthique. Elle examine également les points de référence sur lesquels les participant.es se sont appuyé.es dans leurs approches, ainsi que les aspects pour lesquels un soutien supplémentaire serait nécessaire.

Témoin d'expériences et bien-être

Les participant.es ont adopté des attitudes et des approches différentes à l'égard de la mort et de la fin de vie. Iels ont réfléchi à la question des soins, de la foi et du changement, et ont parlé de la mort et de la fin de vie en faisant preuve d'un mélange de pragmatisme, de gratitude, d'inquiétude et d'acceptation de ce qui s'en vient. Les participant.es ont également fait part de leurs philosophies, et de la façon dont celles-ci s'appliquaient à la mort et la fin de vie. **Souvent, leurs philosophies et façons de voir les choses étaient liées à leur idée du bien-être et aux valeurs qui ont guidé leur vie.**

Certain.es participant.es ont fait preuve de fatalisme, ou encore ont préféré se concentrer sur le moment présent. Par exemple, lorsque la question des soins de fin de vie a été discutée, une participante, une femme lesbienne septuagénaire, nous a raconté :

J'ai tendance à être plutôt fataliste et à me dire que ce qui doit arriver arrivera. Je ne pense pas trop à ce qui va se passer. J'avance un jour à la fois. Quand on pense trop à ce qui va se passer, on peut finir par être déprimé.e, et je ne suis pas une personne qui a tendance à déprimer, donc je ne pense pas à ça.

Un autre participant, un homme gai dans la soixantaine, a fait part de son point de vue selon lequel il s'agit de sa dernière vie sur terre. Il a également exprimé son sentiment de gratitude qui l'aide à se concentrer sur le moment présent :

Je ne reviendrai pas, c'est ma dernière vie, du moins sur terre. Cela ne m'intéresse pas de revenir. [Mon partenaire] et moi-même avons construit tout ce qu'il y a autour de nous. Nous sommes très heureux de nos vies et n'avons besoin de rien d'autre. Nous sommes très reconnaissants de ce que nous avons et ne désirons rien de plus.

Les façons d'appréhender la mort et la fin de vie étaient également profondément influencées par le fait d'avoir été témoin de l'expérience d'autres personnes, notamment de proches et d'autres membres de la communauté. Les participant.es ont mentionné les expériences de fin de vie de leurs proches, y compris de leur conjoint.e et de leurs parents. Les répercussions de la pandémie de VIH/sida sur les communautés LGBTQI ont également été mentionnées, ainsi que la façon dont elle a façonné leur vision de la mort et de la fin de vie.

Une participante, une femme lesbienne d'une soixantaine d'années, a parlé du décès de sa conjointe et de la qualité de vie qu'elle espère pouvoir maintenir jusqu'à la fin :

Ma façon de voir les choses par rapport à la fin de vie, c'est que je ne veux pas qu'on me maintienne en vie artificiellement. Qu'il soit question d'humains ou d'animaux, j'ai toujours pensé que si vous aimez vraiment une personne, il vaut mieux la laisser partir. Et j'ai dit à [conjointe actuelle] que je ne veux pas que des mesures excessives soient mises en place pour me garder en vie... J'ai eu de la chance avec [conjointe précédente], parce qu'elle allait bien, jusqu'à la fin. Ce n'est que deux ou trois jours avant son décès qu'elle a commencé à ne plus être elle-même. Elle est restée la personne que je connaissais [...] et c'est ce que je veux.

Une autre participante, une femme lesbienne septuagénaire, a décrit la perte d'ami.es et de membres de la communauté pendant la crise du VIH/sida, ainsi que l'influence de cette crise sur sa façon de voir les choses :

Je n'ai pas peur de vieillir et de mourir. Je suis contente de mon expérience de vie. J'ai travaillé avec beaucoup de personnes qui ont eu le sida et qui en sont décédées. À cette époque, ces [personnes] étaient plus jeunes que moi. Et je trouvais cela tellement triste d'être avec des gens qui avaient moins vécu que moi. Ce que j'en ai appris, c'est que d'une certaine façon, la valeur de la vie ne dépend pas de sa longueur. Donc je peux accepter ça aussi [...] Le processus de fin de vie est difficile, mais il n'a pas à être horrible. La mort peut faire peur, mais selon nous, ce n'est pas la fin. C'est le début de quelque chose de nouveau. Et le point positif, c'est que nous avons une part de contrôle, d'influence dessus.

Enfin, la façon d'appréhender la mort et la vie change pour les personnes dont la fin de vie se rapproche.

Pour un participant, un homme gai d'une septuagénaire atteint d'un cancer agressif, sa relation à la foi et sa vision de la vie sur terre a changé :

Au fil des ans, la façon dont je voyais les choses à ce sujet a sans aucun doute changé. Quand j'étais plus jeune, j'ai travaillé dans un centre de soins palliatifs et j'ai vu des personnes mourir. Je me suis vraiment accroché à cet aspect de la spiritualité. Et je m'en nourris. En ce qui me concerne, ma façon de penser a changé. Je ne crois pas en l'existence d'un être supérieur. Je ne sais pas ce qui va se passer, mais au fond de moi, je ne ressens pas qu'il existe un Dieu et une vie après la mort... Selon moi, ma vie se passe sur terre. Je profiterai de mes derniers jours sur terre en sachant que j'ai fait tout ce que j'ai pu, pour moi et pour aider les autres. C'est là où j'en suis désormais.

Les différents points de vue des participant.es ont mis en lumière la façon dont la vision de la vie inclut la mort et l'expérience de fin de vie, et comment la mort et l'expérience de la vie entraînent à leur tour des réflexions sur la vie et le fait

de bien la vivre. Ce qui est ressorti le plus de ces réflexions est que la mort, bien qu'elle soit à bien des égards une expérience individuelle ou personnelle, était considérée par les participant.es comme une expérience profondément interpersonnelle et fondée sur des expériences communes.

Rites et rituels autour de la mort

Les participant.es nous ont également fait part de leurs réflexions concernant les rites et les rituels autour de la mort. Il s'agissait notamment des dispositions prises par rapport aux funérailles, à l'enterrement ou à la crémation. Les réflexions sur les rituels autour de la mort ont notamment fait ressortir les préoccupations des participant.es à l'égard de leurs proches et des autres personnes qui leur survivraient. Les participant.es ont également mentionné leurs peurs et leurs souhaits concernant « le moment de leur décès », notamment en ce qui concernait le lieu et la façon de mourir, ainsi que le type de rites qui auraient lieu après le décès. Souvent, les réflexions se rejoignaient.

Par exemple, un homme gai d'une soixante d'année a parlé de sa relation avec son mari plus jeune que lui, de sa volonté d'être incinéré et de sa relation avec sa famille et la communauté où il est né :

À cause de la différence d'âge avec [mon mari], je serai probablement le premier à partir, mais pas forcément. J'ai la certitude de ne pas vouloir être maintenu en vie artificiellement. Je lui ai dit qu'à ma mort, je veux être incinéré et que mes cendres soient ramenées là où j'ai grandi et qu'elles soient enterrées avec ma mère. Je ne veux pas de cérémonie, parce que j'ai quitté ma communauté il y a plus de 50 ans [...] Alors, j'ai dit à [mon mari] que s'il pouvait le faire, je souhaiterais qu'il aille simplement déposer mon urne là-bas. S'il n'est pas en mesure d'y aller, alors je lui ai dit en blaguant : « tu peux m'envoyer par FedEx » [rires].

Une autre participante, une femme lesbienne septuagénaire, a mentionné son chien et sa fille lorsqu'elle réfléchissait à l'enterrement et aux rituels qui auraient lieu après sa mort :

Je vais juste être incinérée et placée dans la tombe de mes parents. J'ai pris mes dispositions en ce sens. Ils ont juste à creuser un petit trou et y placer mon urne. Ils mélangeront mes cendres avec celles de mon chien [...] J'ai dit à ma fille : « Je crois que je vais juste demander à ce qu'on jette mes cendres sur le terrain de l'ancienne ferme de ma famille, il y a toujours un lieu de sépulture là-bas. » Et ma fille m'a répondu « Oh, maman, où est-ce que je vais aller pour me recueillir? » [Rires]. Et ce n'était pas un bébé à ce moment-là, elle avait déjà 40 ans! Alors, je lui ai dit : « Tu sais quoi? On fera comme tu veux. Parce que c'est toi qui restes... Moi, ça m'importe peu, je ne serai plus là. » Il faut penser aux personnes qui restent. Qu'est-ce que j'en ai à faire moi? Rien. Mais pour elle, c'est important. Il est donc préférable que je pense à ses besoins plutôt qu'aux miens.

Les relations avec la famille et les lieux au sens large faisaient partie intégrante des réflexions des participant.es sur ce qu'ils voulaient advenir après leur décès.

Les réflexions ci-dessus mettent en évidence les préoccupations des participant.es pour leurs proches, ainsi que les liens qui subsistent avec les êtres chers déjà décédés et avec des lieux importants à leurs yeux. On remarque notamment que les relations avec la famille et les lieux ont également influencé leurs souhaits quant à l'endroit où ils préféreraient passer leurs derniers jours et être enterrés.

Une participante a fait part de leur souhait, à elle et sa partenaire, de vieillir et de mourir chez elles, une préférence partagée par d'autres participant.es. Elle a raconté comment l'expérience positive de fin de vie de son père a influencé cette volonté :

Je préférerais être ici. On le préfèrerait toutes les deux. Et que des personnes viennent s'occuper de nous à domicile. Mon père a eu un accident vasculaire cérébral à l'approche des 90 ans. Il a été hospitalisé et on a décidé de le faire sortir. Nous l'avons ramené à la maison et nous avons trouvé des spécialistes en soins palliatifs qui sont venus à la maison. Et c'était agréable, on jouait du jazz toute la journée, et de la cornemuse aussi. Puis, un jour, il nous a dit en chuchotant qu'on avait fait tout ce qu'on avait pu.

Il nous a dit : « Vous pouvez préparer la grande boîte ». Et j'ai répondu : « D'accord, pas de problème ». Et il savait qu'il n'y avait pas de problème. Nous lui avons joué des musiques à la cornemuse pour lui rendre hommage, alors il a pu profiter de ses musiques en partant. Je pense que c'est une belle façon de s'en aller.

Pour un autre participant, le décès de son mari l'a amené à songer à la possibilité de mourir seul et à réfléchir à l'endroit où il préférerait passer ses derniers jours. Il avait de la famille et un lieu de sépulture prévu dans une autre province, deux facteurs qui ont motivé sa décision de déménager :

En ce qui concerne la fin de vie, j'ai pensé à retourner à [ville dans une autre province] où j'ai de la famille. Je sais déjà ce que je veux qu'on fasse de mon corps. J'ai les cendres de [mon mari] et je veux qu'on nous mette ensemble. Il y a un endroit dans la montagne où nous voulons être placés. Mais ce qui me fait le plus peur, c'est de mourir seul. C'est pourquoi je veux retourner [dans une autre province], parce que je me suis rendu compte que je ne veux pas mourir seul. Vous savez, je suis resté assis aux côtés de [mon mari] pendant trois jours et je lui ai tenu la main pour qu'il ne meure pas seul. Et j'étais à ses côtés quand il est mort. À l'heure actuelle, je sais que je vais probablement mourir seul. Et je pense que c'est malheureux que tant de personnes meurent seules de nos jours. Alors, je suppose que ce ne serait pas si grave, mais j'ai toujours rêvé d'avoir quelqu'un à mes côtés à ce moment-là.

D'autres participant.es ont également prévu leur site de sépulture, en choisissant des lieux qui permettraient facilement à leurs proches de venir se recueillir, où leur corps pourrait rester près de la famille, et à un endroit qui est important à leurs yeux. **Ensemble, ces réflexions mettent à nouveau en lumière la façon dont la mort et la perspective de la mort lient les relations sociales avec des pensées philosophiques et spirituelles.** Ce qui est ressorti des différents points de vue, c'est le souhait de mourir dans certaines conditions, entouré.es de personnes chères ou à la maison, et le sens que les participant.

es attribuent à ces conditions et aux lieux où leur corps/leurs cendres seraient placés.

Testament et planification préalable des soins

Notre question d'entrevue portant sur la façon de voir la mort et la fin de vie a suscité des réflexions plus philosophiques sur les lieux, la famille et la communauté. Nous avons également interrogé les participant.es sur la planification de leur fin de vie. Compte tenu des recherches antérieures axées sur la planification des soins de fin de vie chez les aîné.es LGBT (par exemple Hughes & Cartwright, 2014; de Vries et al., 2019; Pang et al., 2019), nous souhaitions savoir si notre étude allait indiquer des résultats similaires ou différents, et dans quelle mesure les participant.es avaient pensé à la planification préalable des soins de fin de vie.

La forme de planification la plus courante décrite par les participant.es était la rédaction d'un testament. Les principaux éléments qui ont motivé la planification successorale des participant.es comprenaient notamment le fait de s'être occupé de parents âgé.es par le passé, de posséder un certain montant de richesse à distribuer et d'avoir des relations difficiles avec ses proches.

Un participant, un homme gai célibataire septuagénaire, a raconté en quoi le fait de rédiger un testament et un plan de succession était une façon de s'assurer que ses actifs seraient versés à des organismes de bienfaisance plutôt qu'à des personnes de sa famille avec qui il n'avait plus de lien :

Parce que je me suis occupé de mes parents âgé.es, j'étais au courant de tout ça. C'est pourquoi j'ai préparé mon testament, j'ai défini un.e exécuteur.euse testamentaire et j'ai réservé une concession au cimetière. Tout est en place. Je n'ai pas vraiment quelqu'un à qui léguer mon héritage. Il y a juste certaines choses que j'ai léguées à certaines personnes, le reste sera versé à des organismes de bienfaisance. J'ai décidé de rédiger un testament uniquement parce que — ça va paraître horrible — si je venais à mourir sans testament ou sans désigner d'héritier.ières, selon la loi, tout reviendrait

aux membres de ma famille [...] Si depuis plus de 10 ans, personne [n'a été présent dans ma vie ou été en contact avec moi], pourquoi mon modeste héritage devrait-il être partagé entre mes frères et sœurs qui ne se soucient pas du tout de moi?

Une autre participante, une femme bi lesbienne d'une soixantaine d'années qui disposait d'un patrimoine important a raconté que rédiger un testament figurait sur sa liste de choses à faire, mais qu'elle prévoyait également de dépenser son argent avec ses ami.es et sa partenaire de son vivant :

Je finirai par donner de l'argent à mes ami.es, de mon vivant... Je dépenserai mon argent pour ces personnes, tant qu'elles sont en vie et que moi aussi, parce qu'en héritage, le gouvernement prendra des impôts dessus. Et avec ma partenaire aussi. Ma partenaire est bien plus jeune quoi... Et elle m'aime pour qui je suis.

Les participant.es ont également discuté des procurations et de l'élaboration de plans financiers. Le fait d'être préparé.e était une source de confort ou de sécurité pour certain.es, qui comparaient leur situation à celle d'autres personnes n'ayant pas le même degré de planification ou ayant plus de craintes ou d'anxiété concernant les questions de fin de vie. Des questions sur les relations ont alors été soulevées, ainsi que sur les formes de soutien et de soins.

Une femme queer dans la soixantaine a raconté avoir fait une procuration pour la gestion de ses soins personnels et de ses finances, ainsi qu'avoir élaboré un plan financier basé sur sa propriété :

J'ai établi mes procurations, rédigé mon testament, et j'ai un frère/une sœur à [une autre ville]. Je sais que c'est loin, mais en avion c'est rapide. J'ai aussi une amie très proche, à qui j'ai donné procuration, et nous avons parlé de la façon dont je voulais qu'on gère ma fin de vie, et c'est aussi dans mon testament, tout est très clair. Donc tout ça est réglé [...] Et j'ai conclu un accord

avec la banque qui me permet de vivre ici avec ce que je gagne... Lorsque je mourrai, tout sera remboursé, je n'ai donc pas à me soucier de ça.

Une autre participante, une femme pansexuelle septuagénaire, nous a fait part de ses recherches pour trouver une nouvelle personne à qui donner procuration. Pour ce faire, elle a parcouru une liste de possibilités et a analysé si ces personnes pourraient convenir ou non.

Je commence à avoir des problèmes de santé, notamment des maladies plus graves récemment. J'ai deux ami.es gai.es qui seront mes exécuteurs testamentaires. Ils sont plus jeunes que moi. Au début, j'avais donné procuration à une jeune femme [...] mais nous nous sommes éloignées et je ne la trouve pas fiable. J'ai pensé à mes nièces aussi, qui m'aiment beaucoup, mais elles ne sont pas souvent là. Elles ne connaissent pas ma vie... J'ai des ami.es ici, comme un homme que je connais depuis des années. On s'entend très bien, mais il est plus âgé que moi. Alors, je ne peux pas lui donner procuration. Donc j'y réfléchis.

Les réflexions de cette participante montrent que même pour une personne ayant une famille et des liens sociaux solides, il peut être difficile de trouver une personne à qui donner procuration. Les facteurs qui peuvent être pris en compte incluent : la fiabilité, la connaissance de la vie de la personne et de ses préférences, et la capacité à être présent.e.

Malgré ces difficultés, une autre participante, une femme lesbienne septuagénaire, a présenté les avantages de planifier à l'avance les soins :

J'ai donné procuration, j'ai rédigé mon testament, j'ai même payé mes funérailles. Tout est prêt. J'ai fait part de mes souhaits et les ai énoncés, parce que j'ai vu trop de personnes à qui c'est arrivé. Et je ne veux pas que ça m'arrive [...] Je ne veux pas qu'on s'en remette aux devinettes, aux émotions ou autres. Et ce n'est pas important juste pour la fin de vie, mais aussi pour quand je vais vieillir et que j'aurais besoin de soins. Parce que si vous êtes malade et êtes hospitalisé.e, vous voulez également que la personne qui

s'occupe de vos soins sache que vos ami.es gai.es vont venir vous rendre visite, parce qu'à ce moment-là, cette personne peut tout simplement faire en sorte de vous isoler. Je pense que beaucoup d'ainé.es gai.es ne mettent pas suffisamment de choses en place pour elles-mêmes.

À l'instar des recherches canadiennes existantes, les participant.es LGBTQI à notre étude avaient des niveaux de connaissances différents par rapport aux testaments et à la planification préalable des soins et en étaient à des étapes différentes par rapport aux conversations à avoir et aux documents à remplir. Plusieurs participant.es avaient donné procuration pour leurs soins personnels et/ou leurs finances à des personnes qui pourraient respecter leurs souhaits et agir en leur nom en cas de besoin. L'élaboration d'un testament et d'un document de planification préalable des soins a donné lieu à des réflexions sur les relations interpersonnelles des participant.es, en les amenant non seulement à se demander quelles personnes de leur entourage n'étaient pas seulement familières et disponibles, mais également capables de se montrer présentes et d'apporter leur soutien. La plupart des participant.es qui avaient mis en place des mesures de planification préalable des soins étaient célibataires au moment de l'entrevue. Cela laisse à penser que le fait de ne pas avoir une personne présente à ses côtés, sous la forme d'un.e partenaire ou d'un.e conjoint.e par exemple, pourrait susciter une telle réflexion.

Recommandations

Pour les personnes :

- Réfléchir aux personnes à qui vous pouvez envisager de donner procuration pour la gestion de vos soins personnels et de vos finances.
- Être ouvert.e à en savoir plus sur les souhaits de vos proches en matière de soins de fin de vie et pour l'avenir, et discutez-en ensemble.

Pour les professionnel.les de la santé et des services sociaux :

- Encourager les client.es à avoir des conversations au sujet de la planification préalable des soins et leur fournir les ressources d'information.
- Reconnaître les préoccupations des personnes concernant la mort et la fin de vie, et soutenir leurs souhaits tout en leur présentant un ensemble d'options.

Pour les recherches futures :

- Mener un examen approfondi des expériences de soins palliatifs, de ce qui fonctionne et de ce qui pourrait être amélioré.
- Approfondir les recherches sur l'importance d' « être chez soi » et du « lieu » dans les préparatifs de fin de vie.

Conclusions et prochaines étapes


Le vieillissement est loin d'être une expérience universelle, et les défis auxquels font face les aîné.es LGBTQI peuvent être très différents, tout comme leurs priorités et leur vision de ce que signifie bien vieillir et bien vivre. Pour les participant.es à cette étude, vivre bien signifiait être en mesure de répondre à leurs besoins de base, pouvoir accéder aux soins nécessaires, s'épanouir et trouver du sens dans leurs projets et leur vie sociale. Nos résultats mettent en évidence les nombreux facteurs qui peuvent influencer sur les capacités des aîné.es LGBTQI à bien vieillir selon leur propre définition. Les participant.es ont notamment identifié des besoins et des priorités essentiels : l'accès à un logement sécuritaire et abordable, à des soins de santé axés sur l'affirmation et peu coûteux ou gratuits, ainsi qu'à des activités sociales et à des espaces communautaires. Il est important de noter que les priorités des participant.es et leurs capacités à mener la vie qu'ils souhaitaient en vieillissant étaient considérablement influencées par leur situation financière et leurs antécédents professionnels, par la discrimination fondée sur la classe, la race et l'âge, et par les effets conjugués de l'homophobie et de la transphobie subies au cours de leur vie. Pour que les aîné.es LGBTQI puissent bien vieillir et « bien vivre », il est nécessaire de s'attaquer aux inégalités systémiques généralisées, de maintenir et d'accroître les engagements en faveur de services financés par l'État et de construire des villes et des communautés accueillant une grande diversité de personnes.

Chaque section de ce rapport fournit des recommandations spécifiques à ces fins. Nous continuerons à œuvrer pour exploiter les résultats de l'étude de diverses façons, notamment en créant des ressources pédagogiques gratuites et des publications qui approfondissent les thèmes clés. Nous espérons que ce rapport a suscité, et continuera de susciter, des conversations et des réflexions sur ce qui pourrait être.

Annex I : Plus d'informations sur les orientations de l'étude


Analyse des dynamiques de pouvoir et de privilèges : Lors de la conception de cette étude et de nos questions de recherche, nous avons pris en compte les inégalités sociales qui peuvent toucher les aîné.es LGBTQI, ainsi que les dynamiques de pouvoir et de privilèges qui opèrent au travers de la race, de la classe, du genre, de la sexualité, de l'âge et d'autres marqueurs sociaux. Cette approche nous a poussé.es à chercher à inclure explicitement des participant.es issu.es de groupes sous-représentés et a guidé notre analyse des transcriptions des entrevues. Dans notre analyse, nous avons accordé une attention particulière à la façon dont les inégalités sociales plus larges et les dynamiques sociales entrecroisées ont pu influencer sur la possibilité des participant.es de bien vivre et bien vieillir. Nous avons également pris en compte le fait que les expériences des participant.es reposaient sur des identités et des positions sociales multiples qui se chevauchaient et qui étaient parfois conflictuelles. En s'intéressant en même temps à la perspective du parcours de vie queer (tel que décrite ci-dessous), cette analyse du pouvoir et des privilèges nous a aidé à examiner comment les dynamiques sociales et structurelles passées et actuelles influent sur les conditions de vie des aîné.es LGBTQI et sur leurs expériences du vieillissement, ainsi que sur leurs façons de le concevoir. Cela a également influencé la façon dont nous avons choisi de présenter les données et les recommandations dans ce rapport et continuera de nous guider pour les futures publications.

Perspective du parcours de vie queer : En gérontologie sociale, une perspective de parcours de vie reconnaît que « les aspects physiques, psychologiques et sociaux du vieillissement chez une personne ne sont souvent pas dictés par l'âge chronologique en tant que tel, mais plutôt façonnés par une multitude de facteurs qui s'accumulent chez certaines personnes pendant des décennies de vie » (Dannefer & Settersten, Jr., 2010, p. 3). Cette approche reconnaît que le vieillissement est une « réalité expérientielle contingente » (Danner & Settersten Jr., 2010, p. 4), un phénomène façonné avec le temps par



différentes dynamiques et forces sociales. Dans cette recherche, nous avons adopté une perspective tenant compte du parcours de vie pour examiner comment les conditions sociales et matérielles auxquelles les personnes âgées sont confrontées plus tard dans leur vie peuvent être comprises en tenant compte des conditions sociales et matérielles qui prévalaient plus tôt dans leur vie. En même temps, nous avons adopté et continuerons d'adopter une approche critique du parcours de vie, un concept qui a été critiqué pour sa compréhension linéaire des étapes de vie, basée sur des notions et des valeurs hétéronormatives. Les théoricien.nes queer ont fait remarquer par exemple que le modèle linéaire du parcours de vie reposait généralement sur des événements productifs et reproductifs clés, comme le mariage et l'éducation des enfants (e.g., see Freeman, 2007; Halberstam, 2003, 2005). C'est pourquoi nous avons également prêté attention à la façon dont les participant.es elleux-mêmes conceptualisaient le vieillissement en tant que processus et à ce qu'iels considéraient comme des événements de vie importants.

Interroger sur le bien-être : Dans cette étude, nous avons décidé de nous concentrer sur le thème « bien vivre et bien vieillir » pour en savoir plus sur différents sujets liés au bien-être, notamment les problèmes liés à la santé et à l'accès aux soins de santé. En plus de nous appuyer sur les recherches existantes axées sur les problèmes d'accès aux soins de santé auxquels font face les personnes LGBTQI tout au long de leur vie, nous avons choisi volontairement de nous nous éloigner des cadres théoriques fondés sur le risque et des paradigmes du « vieillissement en bonne santé » ou « réussi ». Ces paradigmes associent la « réussite » à l'indépendance, à un fonctionnement physique élevé et à une absence de dépendance (Rowe & Kahn, 1997), et, en plus d'être profondément capacitistes et hétérosexistes, en se concentrant sur l'individu, ces paradigmes détournent l'attention des inégalités structurelles (Katz & Calasanti, 2015). De plus, « la santé » elle-même peut être comprise comme une catégorie impliquant la moralité et le jugement et est à la fois un privilège et une position idéologique (Metzl, 2010). Les idées normatives sur ce qui constitue un corps ou des comportements sains reflètent des systèmes plus larges de dynamiques de pouvoir social et de privilèges, et peuvent avoir des effets négatifs directs sur les personnes en situation de handicap,



grosses ou neurodivergentes, ainsi que sur les personnes 2SLGBTQI, entre autres (voir par exemple Kim, 2011, 2017; McPhail & Bombak, 2015; Meera et al., 2016; Richie, 2019; Jakubiec et al., à paraître, pour des exemples d'analyses intersectionnelles). En nous concentrant sur le bien-être, nous voulions comprendre comment les participant.es définissent le « bien vivre » et ce dont iels ont besoin pour bien vieillir comme iels l'entendent.

Annexe II : Plus d'informations sur le recrutement

Comme l'ont fait remarquer un grand nombre de chercheurs.euses et lecteur.rices, une limitation principale des recherches passées axées sur le vieillissement des personnes LGBTQI est qu'elles rassemblaient principalement des aîné.es gai.es ou lesbiennes, blanc.hes, cisgenres, ayant fait des études supérieures et/ou vivant dans des zones urbaines. À certains égards, cette tendance est en train de changer, comme on le voit avec des recherches récentes au Canada qui se concentrent plus spécifiquement sur les situations des aîné.es trans et les questions de vieillissement (e.g., Baril & Silverman, 2019; Pang et al., 2019; Flanagan, 2020; Silverman & Baril, 2023), qui examinent les problématiques intersectionnelles du vieillissement et de l'intersexualisation et des expériences des aîné.es intersexes (Latham & Barrett, 2015; Latham & Holmes, 2018), et qui rendent compte des dynamiques de pouvoir et des privilèges tels qu'ils opèrent à travers la race, la classe et les trajectoires migratoires (Pino, 2018, 2019). Mais il reste encore beaucoup à faire. À notre connaissance, aucune recherche n'a été publiée sur le vieillissement des personnes LGBTQI en milieu rural au Canada, ni sur les répercussions qu'a le colonialisme sur les possibilités de bien vivre et bien vieillir chez les personnes LGBTQ bispirituelles et autochtones. Il reste encore beaucoup à apprendre sur les priorités de différentes communautés, ainsi que sur les disparités quotidiennes qui viennent déterminer les possibilités qu'ont les individus et les groupes de bien vieillir et de bien vivre.

Ayant conscience de cette lacune, nous avons cherché à combler cette sous-représentation en invitant spécifiquement des aîné.es autochtones, noir.es et racisé.es, ainsi que vivant en milieu rural, à nous faire part de leurs points de vue en se joignant au comité consultatif communautaire et en participant aux entrevues. Nous avons publié un appel à participation pour constituer le comité consultatif communautaire, puis, pour sélectionner les membres, nous avons délibérément choisi des personnes apportant une diversité d'expériences et des réflexions critiques explicites sur le racisme et le colonialisme. En fin

de compte, deux des six membres du comité consultatif communautaire étaient des personnes racisées. Des honoraires de 800 \$ ont été versés à toutes les membres du comité consultatif. Aucune personne s'identifiant comme autochtone ou noire n'a manifesté son intérêt à participer au comité.

Lors du recrutement des participant.es pour l'entrevue, nous avons indiqué de façon explicite sur les documents de recrutement que « la participation des aîné.es 2SLGBTQI noir.es, autochtones, racisé.es et vivant des milieux ruraux était particulièrement bienvenue ». Nous avons partagé les documents de recrutement sur les réseaux sociaux d'Egale, auprès d'agences de services communautaires et sociaux, ainsi que d'autres réseaux existants et connaissances individuelles. Au début des entrevues avec un premier groupe de participant.es, nous leur avons également demandé de faire connaître l'étude auprès de leurs réseaux (une méthode d'échantillonnage connue sous le nom d'« échantillonnage en boule de neige »).

Au total, nous avons reçu 118 candidatures pour participer à l'étude. Sur les 118 candidat.es, 9 étaient inadmissibles, 6 ont refusé de participer, 34 n'ont pas répondu aux courriels ou aux appels de suivi et 21 n'ont pas été sélectionné.es. Pour une question de représentation et pour combler les principales lacunes existant dans la littérature, la sélection s'est faite en incluant jusqu'à un tiers de participant.es vivant en milieu rural et jusqu'à un tiers de participant.e.s racialisé.es. Ces critères de sélection ont été clairement énoncés dans les documents de recrutement. Au final, toutes les personnes admissibles qui vivaient dans des zones rurales ou identifiées comme racialisées ont été invitées à participer, pour un total de 18 participant.es vivant dans des zones rurales et de 7 participant.es racialisé.es. Ensuite, nous avons inclus toutes les francophones admissibles ayant exprimé leur intérêt à participer aux entrevues (5 personnes), puis nous avons procédé à une sélection basée sur les provinces et territoires afin de représenter chaque région de façon équitable. Nous avons inclus exceptionnellement un.e participant.e de 64 ans afin d'augmenter la représentation d'une province de l'Ouest et d'inclure des réflexions sur le fait de vivre avec des maladies chroniques multiples.

Références

- Abramovich, I. A. (2012). No safe place to go – LGBTQ youth homelessness in Canada: Reviewing the literature. *Canadian Journal of Family and Youth*, 4(1), 29–51. <https://doi.org/10.29173/cjfy16579>
- Abramovich, A. (2017). Understanding how policy and culture create oppressive conditions for LGBTQ2S youth in the shelter system. *Journal of Homosexuality*, 64(11), 1484–1501. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1244449>
- Abramovich, A., & Kimura, L. (2021). Outcomes for youth living in Canada's first LGBTQ2S transitional housing program. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1242–1259. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696102>
- Alhassan, J. A. K., Abonyi, S., Neudorf, C., & Hanson, L. (2021). “It feels like somebody cut my legs off”: Austerity, transportation and the “web of dispossession” in Saskatchewan, Canada. *Social Science & Medicine*, 282(114147). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114147>
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The Convoy Model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82–92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Bain, N., Bergman, S. B., lee kam, leZlie, Sloane, T., & Spencer, R. (2021). *The Youth / Elders Podcast* [Audio podcast]. <https://buddiesinbadtimes.com/show/the-youth-elders-podcast/>
- Baril, A., & Silverman, M. (2019). Forgotten lives: Trans older adults living with dementia at the intersection of cisgenderism, ableism/cogniticism and ageism. *Sexualities*, 25(1–2), 117–131. <https://doi.org/10.1177/1363460719876835>
- Bauer, G., Nussbaum, N., Travers, R., Munro, L., Pyne, J., & Redman, N. (2011). We’ve got work to do: Workplace discrimination and employment challenges for trans people in Ontario. *Trans PULSE E-Bulletin*, 2. <https://www.transpulseproject.ca>

- Brennan, K., Halpenny, C., & Pakula, B. (2022). LGBTQ2S+ voices in employment: Labour market experiences of sexual and gender minorities in Canada. *Social Research and Demonstration Corporation*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23298.15042>
- Brotman, S., Ryan, B., Collins, S., Chamberland, L., Cormier, R., Julien, D., Meyer, E., Peterkin, A., & Richard, B. (2007). Coming out to care: Caregivers of gay and lesbian seniors in Canada. *The Gerontologist*, 47(4), 490–503. <https://doi.org/10.1093/geront/47.4.490>
- Burton, C. W., Lee, J.-A., Waalen, A., & Gibbs, L. M. (2019). “Things are different now but”: Older LGBT adults’ experiences and unmet needs in health care. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(5), 492–501. <https://doi.org/10.1177/1043659619895099>
- Canada Mortgage and Housing Corporation. (2018). *What is the strategy?* <https://www.cmhc-schl.gc.ca/en/nhs/guidepage-strategy>
- CATIE. (2020). *A history of HIV/AIDS*. CATIE. <https://www.catie.ca/a-history-of-hiv-aids>
- Croghan, C. F., Moone, R. P., & Olson, A. M. (2014). Friends, family, and caregiving among midlife and older lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *Journal of Homosexuality*, 61(1), 79–102. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.835238>
- Daley, A., MacDonnell, J. A., & St. Pierre, M. (2016). *LGBTQT communities and home care in Ontario: Project report*. York University. <https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/32817>
- Dannefer, D., & Settersten, R. A. (2010). The study of the life course: Implications for Social Gerontology. In *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446200933.n1>
- de Vries, B., Gutman, G., Humble, Á., Gahagan, J., Chamberland, L., Aubert, P., Fast, J., & Mock, S. (2019). End-of-life preparations among LGBT older Canadian adults: The missing conversations. *International Journal of Aging & Human Development*, 88(4), 358–379. <https://doi.org/10.1177/0091415019836738>
- Denier, N., & Waite, S. (2017). Sexual orientation wage gaps across local labour market contexts: Evidence from Canada. *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 72(4), 734–762. <https://doi.org/10.7202/1043174ar>

- Dube, D., Sussman, T., Brotman, S., de Vries, B., & Gutman, G. (2022). Advance care planning among older gay men living with HIV in Montreal, Canada: Challenges to thinking and talking about future care. *Journal of Homosexuality*, 69(4), 756–772. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1855029>
- Egale Canada. (2021). *Brief on police-reported crime statistics in Canada, 2021: Hate crimes targeting sexual orientation*. <https://egale.ca/awareness/brief-on-police-reported-hate-crimes-2021/>
- Egale Canada, African Canadian Civic Engagement Council, & Innovative Research Group. (2020). *Impact of COVID-19 on the LGBTQI2S community: Second national report*. <https://egale.ca/awareness/covid19-impact-second-national-report/>
- Egale Canada, & Innovative Research Group. (2020). *National survey results: The impact of COVID-19 on the 2SLGBTQI community*. <https://egale.ca/awareness/covid19-impact-report/>
- Equal Rights Coalition. (2022). *Research on and responses to contemporary anti-gender movements: Briefing note to the Equal Rights Coalition Conference, Buenos Aires, Argentina, 8–9 September 2022*. <https://equalrightscoalition.org/documents/anti-gender-movement-background-paper/>
- Ferlatte, O., Gaudette, M., & Pang, C. (2021). *2SLGBTQI Suicide prevention research in Canada: Evidence, gaps, and priorities*. Egale Canada & L'École de Santé Publique de l'Université de Montréal. <https://egale.ca/awareness/2slgbtqi-suicide-prevention-research-in-canada-evidence-gaps-and-priorities/>
- Fields, J., Gibb, J. K., & Williams, S. A. (2021). Queer people's experiences during the pandemic include new possibilities and connections. *The Conversation*. <http://theconversation.com/queer-peoples-experiences-during-the-pandemic-include-new-possibilities-and-connections-162747>
- Flanagan, A. K. (2020). *Do we really get to choose our own story? (Re)imagining community support with transgender and non-binary older adults* [Doctoral Thesis, University of Waterloo]. <https://uwspace.uwaterloo.ca/handle/10012/16404>

- Flanagan, A., & Pang, C. (2022). *Coming out and coming in to living with dementia: Enhancing support for 2SLGBTQI People Living with Dementia and their primary unpaid carers*. National Institute on Ageing, Toronto Metropolitan University, & Egale Canada. <https://egale.ca/awareness/coming-out-and-coming-in-to-living-with-dementia-enhancing-support-for-2slgbtqi-people-living-with-dementia-and-their-primary-unpaid-carers/>
- Freeman, E. (2007). Queer belongings: Kinship Theory and Queer Theory. In G.E. Haggerty, & M. McGarry (Eds.), *A companion to lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer studies* (pp. 293–314). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470690864.ch15>
- Friends of Ruby. (2023). *About*. Friends of Ruby. <https://www.friendsofruby.ca/about/>
- Furlotte, C., Gladstone, J. W., Cosby, R. F., & Fitzgerald, K.A. (2016). “Could we hold hands?” Older lesbian and gay couples’ perceptions of long-term care homes and home care. *Canadian Journal on Aging*, 35(4), 432–446. <https://doi.org/10.1017/S0714980816000489>
- Gendron, T. L., Pendleton, T., & White, J. T. (2016). Mental health counseling of LGBT elders. In D. A. Harley & P. B. Teaster (Eds.), *Handbook of LGBT elders: An interdisciplinary approach to principles, practices, and policies* (pp. 455–471). Springer International Publishing. <https://books-scholarsportal-info.myaccess.library.utoronto.ca/en/read?id=/ebooks/ebooks3/springer/2017-08-17/1/9783319036236>
- Gertten, F. (Director). (2019). *PUSH* [Documentary].
- Grigorovich, A. (2015). Older lesbian and bisexual women’s experiences with home care services. *Research on Aging*, 37(7), 763–783. <https://doi.org/10.1177/0164027514562650>
- Haase, K. R., Cosco, T., Kervin, L., Riadi, I., & O’Connell, M. E. (2021). Older adults’ experiences with using technology for socialization during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *JMIR Aging*, 4(2), e28010. <https://doi.org/10.2196/28010>

- Halberstam, J. (2003). What's that smell? Queer temporalities and subcultural lives. *International Journal of Cultural Studies*, 6(3), 313–333. <https://doi.org/10.1177/13678779030063005>
- Halberstam, J. (2005). *In a queer time and place: Transgender bodies, subcultural lives*. New York University Press.
- Hazel, M. (2018). *Reasons for working at 60 and beyond*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/71-222-X2018003>
- Hindmarch, S., & Orsini, M. (2018). *Seeing red: HIV/AIDS and public policy in Canada*. University of Toronto Press. <https://www.jstor.org/stable/10.3138/j.ctv2fjwxtk>
- Hughes, M., & Cartwright, C. (2014). LGBT people's knowledge of and preparedness to discuss end-of-life care planning options. *Health & Social Care in the Community*, 22(5), 545–552. <https://doi.org/10.1111/hsc.12113>
- Iciaszczyk, N., Arulnamby, A., Brydges, M., Marshall, M., Cheng, S. M., Feil, C., & Sinha, S. (2022). *Ageing in the right place: Supporting older Canadians to live where they want*. <https://www.nia-ryerson.ca/airp>
- Ismail, M., Hammond, N. G., Wilson, K., & Stinchcombe, A. (2019). Canadians who care: Social networks and informal caregiving among lesbian, gay, and bisexual older adults in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *The International Journal of Aging and Human Development*, 91(3), 299–316. <https://doi.org/10.1177/0091415019864603>
- Jakubiec, B. A. E., Pang, C., & Seida, K. (2023). "We need healthcare to be anti-misogynistic": Healthcare access experiences and needs among LBQ women, trans, and nonbinary people in Canada. Egale Canada. Forthcoming report.
- Katz, S., & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: Does it "appeal more than it illuminates"? *The Gerontologist*, 55(1), 26–33. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu027>

- Kia, H., Rutherford, L., Jackson, R., Grigorovich, A., Ricote, C. L., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2022). Impacts of COVID-19 on trans and non-binary people in Canada: A qualitative analysis of responses to a national survey. *BMC Public Health*, 22(1), 1284. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13684-x>
- Kim, E. (2011). Asexuality in disability narratives. *Sexualities*, 14(4), 479–493. <https://doi.org/10.1177/1363460711406463>
- Kim, E. (2016). *Curative violence: Rehabilitating disability, gender, and sexuality in modern Korea*. Duke University Press.
- Kinsman, G. (2020). Some notes on learning from AIDS activism for our responses to the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *AIDS Activist History Project*. <https://aidsactivisthistory.ca/aahp-blog/>
- Kinsman, G., & Gentile, P. (2010). *The Canadian war on queers: National security as sexual regulation*. UBC Press.
- Kittle, K. R., Boerner, K., Kim, K., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2022). Social resource variations among LGBT middle-aged and older adults: The intersections of sociodemographic characteristics. *The Gerontologist*, 62(9), 1324–1335. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac021>
- Kortes-Miller, K., Boulé, J., Wilson, K., & Stinchcombe, A. (2018). Dying in long-term care: Perspectives from sexual and gender minority older adults about their fears and hopes for end of life. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 14(2–3), 209–224. <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1487364>
- Latham, J., & Barrett, C. (2015). Appropriate bodies and other damn lies: Intersex ageing and aged care. *Australasian Journal on Ageing*, 34(S2), 19–20. <https://doi.org/10.1111/ajag.12275>
- Latham, J. R., & Holmes, M. M. (2018). Intersex ageing and (sexual) rights. In *Addressing the sexual rights of older people* (1st ed., pp. 84–96). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315641751-7>

- Levy, D. K., Wissoker, D., Aranda, C., Howell, B., Pitingolo, R., Sewell, S. H., & Santos, R. (2017). *A paired-testing pilot study of housing discrimination against same-sex couples and transgender individuals*. Urban Institute. <https://www.urban.org/research/publication/paired-testing-pilot-study-housing-discrimination-against-same-sex-couples-and-transgender-individuals>
- Marshall, A., & Cahill, S. (2022). Barriers and opportunities for the mental health of LGBT older adults and older people living with HIV: A systematic literature review. *Aging & Mental Health*, 26(9), 1845–1854. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2003300>
- McPhail, D., & Bombak, A. E. (2015). Fat, queer and sick? A critical analysis of ‘lesbian obesity’ in public health discourse. *Critical Public Health*, 25(5), 539–553. <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.992391>
- Meeraj, S., Abdillahi, I., & Poole, J. (2016). An introduction to anti-Black sanism. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5(3), 18–35. <https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/1682>
- Metzl, J. (2010). Introduction: Why “against health”? In *Against health: How health became the new morality*. NYU Press. <https://doi.org/10.18574/nyu/9780814759639.003.0004>
- Migdal, A. (2019, July 20). How LGBT renters in Vancouver are finding safe living spaces. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/lgbt-renters-vancouver-1.5217493>
- Mirza, N. A., & Hulko, W. (2022). The complex nature of transportation as a key determinant of health in primary and community care restructuring initiatives in rural Canada. *Journal of Aging Studies*, 60, 101002. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101002>
- Munro, A., Reynolds, V., & Townsend, M. (2017). Youth wisdom, harm reduction & housing first: RainCity housing’s queer & trans youth housing project. In A. Abramovich & J. Shelton (Eds.), *Where Am I Going to Go? Intersectional Approaches to Ending LGBTQ2S Youth Homelessness in Canada & the U.S.* Canadian Observatory on Homelessness. <https://www.homelesshub.ca/resource/51-youth-wisdom-harm-reduction-housing-first-raincity-housing%E2%80%99s-queer-trans-youth-housing>

- Murzin, K., Ahluwalia, P., & Wang, S. (2022, March). *The Pan-Canadian research agenda on HIV, aging & older adulthood*. <https://www.realizecanada.org/wp-content/uploads/Research-Agenda-on-HIV-Aging-and-Older-Adulthood-EN-July-14-2022.pdf>
- Oxford English Dictionary. Credentialism. (2022). In *OED Online*. Oxford University Press. <http://www.oed.com/view/Entry/400083>
- Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89(1), 39–56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>
- Pang, N. C. (2022). *Reorienting Response: An Ethnography of Old Age, Disability, and Queer Lives in Canada*. [Doctoral dissertation, University of Toronto].
- Pino, F. L. (2018). Older Filipino gay men in Canada: Bridging Queer Theory and Gerontology in Filipinx Canadian studies. In R. Diaz, M. Largo, & F. Pino (Eds.), *Diasporic Intimacies: Queer Filipinos and Canadian Imaginaries* (pp. 163–182). Northwestern University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv47wd88.17>
- Pino, F. L. (2019). *A different shade of grey: Intimacies of older Filipino gay men in Canada* [Doctoral Thesis, University of Toronto]. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/106798>
- Randle, J., Hu, Z., & Thurston, Z. (2021, November 22). *Housing experiences in Canada: LGBTQ2+ people in 2018* [Fact Sheet]. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/46-28-0001/2021001/article/00004-eng.htm>
- Redden, M., Gahagan, J., Kia, H., Humble, Á. M., Stinchcombe, A., Manning, E., Ecker, J., de Vries, B., Gambold, L. L., Oliver, B., & Thomas, R. (2021). Housing as a determinant of health for older LGBT Canadians: Focus group findings from a national housing study. *Housing and Society*, 0(0), 1–25. <https://doi.org/10.1080/08882746.2021.1905996>
- Richie, C. S. (2019). Not sick: Liberal, trans, and crip feminist critiques of medicalization. *Journal of Bioethical Inquiry*, 16, 375–387. <https://doi.org/10.1007/s11673-019-09922-4>

- Robson, C., Gutman, G., Marchbank, J., & Blair, K. (2018). Raising awareness and addressing elder abuse in the LGBT community: An intergenerational arts project. *Language and Literacy*, 20(3), Article 3. <https://doi.org/10.20360/langandlit29408>
- Roger, K. S., Mignone, J., & Kirkland, S. (2013). Social aspects of HIV/AIDS and aging: A thematic review. *Canadian Journal on Aging*, 32(3), 298–306. <https://doi.org/10.1017/S0714980813000330>
- Rosenberg, L., Kottorp, A., & Johansson, K. (2018). LGBTQ-specific elderly housing as a “sparkling sanctuary”: Boundary work on LGBTQ identity and community in relationship to potential LGBTQ-specific elderly housing in Sweden. *Journal of Homosexuality*, 65(11), 1484–1506. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1377487>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sassen, S. (2009). When local housing becomes an electronic instrument: The global circulation of mortgages — A research note. *International Journal of Urban and Regional Research*, 33(2), 411–426. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2427.2009.00868.x>
- Sassen, S. (2019). *Saskia Sassen—The process of “financialisation” of real estate assets* [Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=7Vz2LZYU5c8>
- Sasso, T., & Ellard-Gray. (2015). *In & Out: Diverging perspectives on LGBT inclusion in the workplace*. Canadian Centre for Diversity and Inclusion. [20150528-report-lgbt-inclusion-in-the-workplace-en.pdf \(ccdi.ca\)](https://www.ccdi.ca/20150528-report-lgbt-inclusion-in-the-workplace-en.pdf)
- Savage, R. D., Wu, W., Li, J., Lawson, A., Bronskill, S. E., Chamberlain, S. A., Grieve, J., Gruneir, A., Reppas-Rindlisbacher, C., Stall, N. M., & Rochon, P. A. (2021). Loneliness among older adults in the community during COVID-19: A cross-sectional survey in Canada. *BMJ Open*, 11(4), e044517. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044517>
- Schwan, K., & Perucca, J. (2022, March). *Realizing the right to housing in Canadian municipalities: Where do we go from here?* The Shift. <https://make-the-shift.org/wp-content/uploads/2022/04/Canadian-Municipal-Policy-Scan.pdf>

- Sears, B., Mallory, C., Flores, A. R., & Conron, K. J. (2021). *LGBT people's experiences of workplace discrimination and harassment*. Williams Institute, UCLA School of Law. [LGBT People's Experiences of Workplace Discrimination and Harassment - Williams Institute \(ucla.edu\)](https://www.williamsinstitute.org/LGBT-Peoples-Experiences-of-Workplace-Discrimination-and-Harassment-Williams-Institute-ucla.edu)
- Seida, K., Desmeules-Trudel, F., & Jakubiec, B. A. E. (2023). Soins en santé mentale pour les personnes 2SLGBTQI – favoriser une pratique professionnelle plus inclusive – Rapport de recherche. Egale Canada. <https://egale.ca/egale-in-action/soins-en-sante-mentale/>
- Seifert, A., Cotten, S. R., & Xie, B. (2020). A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), e99–e103. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7>
- Silverman, M., & Baril, A. (2023). “We have to advocate so hard for ourselves and our people”: Caring for a trans or non-binary older adult with dementia. *LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal*, 1-24.
- Sixsmith, A., Horst, B. R., Simeonov, D., & Mihailidis, A. (2022). Older people's use of digital technology during the COVID-19 pandemic. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 42(1-2), 19–24. <https://doi.org/10.1177/02704676221094731>
- Solomon, P., O'Brien, K., Wilkins, S., & Gervais, N. (2013). Aging with HIV and disability: The role of uncertainty. *AIDS Care*, 26(2), 240–245. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.811209>
- Statistics Canada. (2021). *A statistical portrait of Canada's diverse LGBTQ2+ communities*. The Daily. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210615/dq210615a-eng.htm>
- Statistics Canada. (2022a). *Housing indicators, 2021 Census*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/dv-vd/housing-logement/index-en.cfm>

- Statistics Canada. (2022b). *Police-reported crime statistics in Canada, 2021*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00013-eng.htm>
- The National Seniors Council. (2009). *Report of the National Seniors Council on low income among seniors*. <https://www.canada.ca/en/national-seniors-council/programs/publications-reports/2009/low-income-seniors.html>
- Waite, S. (2020). Should I stay or should I go? Employment discrimination and workplace harassment against transgender and other minority employees in Canada's federal public service. *Journal of Homosexuality*, 68(11), 1833–1859. <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1712140>
- Wilson, K., Kortess-Miller, K., & Stinchcombe, A. (2018). Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life. *Canadian Journal on Aging*, 37(1), 22–31. <https://doi.org/10.1017/S0714980817000514>
- Wister, A. V., & Kadowaki, L. (2021). *Social isolation among older adults during the pandemic*. Federal, Provincial and Territorial Forum of Ministers responsible for Seniors. <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/reports/covid19-social-isolation.html>
- Young, T. K., Tabish, T., Young, S. K., & Healey, G. (2019). Patient transportation in Canada's northern territories: Patterns, costs and providers' perspectives. *Rural and Remote Health*, 19(2), 1–7. <https://doi.org/10.3316/informit.143529796228367>

Egale



Suite 217-120 rue Carlton,
Toronto, ON. M5A 4K2



(416) 964-7887



research@egale.ca



egale.ca