



# FORMATION POUR DES SERVICES DE SOINS PLUS INCLUSIFS

## MANUEL DE FORMATION

PROJET N° 2021-1-FR01-KA220-ADU-000035303

Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement les opinions des auteurs, et l'Agence nationale et la Commission ne peuvent être tenues responsables de l'utilisation qui pourrait être faite des informations contenues dans cette publication.

## Contenu

Introduction.....	4
<b>MODULE I</b> Besoins des personnes âgées LGBTQI+ et sexualité des seniors.....	1
Les besoins médicaux, émotionnels et sociaux des personnes âgées .....	1
Vieillir quand on est LGBTQI+ .....	3
La question de la démence et les LGBTQI+ .....	4
Besoins propres aux personnes âgées LGBTQI+.....	5
Difficultés rencontrées par les personnes âgées LGBTQI+.....	6
Sexualité et protection dans les structures de soins à longue durée.....	7
Les différents aspects de la discrimination .....	8
Cas pratique 1.1.....	9
Cas pratique 1.2.....	10
Bibliographie.....	13
<b>MODULE II</b> Droits de l’Homme.....	1
Présentation et objectifs d’apprentissage du module .....	1
Enjeux juridiques liées aux violations des droits de l’homme envers les LGBTQI+.....	1
Les droits de l’homme, c’est quoi ? .....	1
Références juridiques .....	2
Droits de l’homme .....	2
Discrimination, égalité, inclusion, maltraitance .....	3
Discrimination et égalité.....	3
Lois sur la discrimination .....	6
Cadre juridique de l’UE.....	6
Conseil de l’Europe, cadre juridique.....	7
Le pouvoir de décider .....	8
Auto-détermination.....	8
Prise de décisions par procuration .....	9
Devoir juridique des professionnels de protéger leurs clients en situation de maltraitance et de discrimination .....	9
Impact professionnel des convictions religieuses et culturelles du personnel sur les personnes LGBTQI+ et comment le « conflit d’identité » entre les personnes LGBTQI+ et le personnel dont les croyances/valeurs affectent les questions sur la sexualité ou l’homosexualité (par ex juger comme un « péché ») .....	11
Cas pratique 1.....	13
Cas pratique 2.....	14
<b>MODULE III</b> Guide de langage inclusif et construction d’un “Glossaire” .....	1

Identité de genre, sexe et orientation sexuelle : Quelle est la différence ? .....	1
Langage inclusif .....	3
Le langage inclusif c'est quoi ? .....	3
Pronoms.....	3
Comment utiliser un langage inclusif .....	3
Glossaire .....	6
Définition de LGBTQI+ .....	6
LGBTQI+ .....	6
Graphique sur la diversité .....	10
Cas pratique 1.....	10
Cas pratique 2.....	12
Bibliographie.....	15
<b>MODULE IV</b> Soins axés sur la personne.....	2
Présentation et objectifs d'apprentissage du module .....	2
Modèle axé sur la personne .....	3
Définition des valeurs axées sur la personne dans le monde médical et social .....	3
Les principes du soins axés sur la personne .....	5
L'importance et les avantages du soins axés sur la personne.....	5
Quels sont les obstacles et les éléments favorisant le soins axés sur la personne ? .....	7
Pratiques axées sur la personne.....	8
La relation entre l'empathie et le soins axés sur la personne .....	8
Comment savoir si les soins sont axés sur la personne ? .....	9
Soins axés sur la personne pour les personnes âgées LGBTQI+.....	9
Cas pratique 1.....	10
Cas pratique 2.....	11
Cas pratique 3.....	12
<b>MODULE V</b> Environnement Sûr et Inclusif pour les soins des personnes âgées LGBTQI+.....	2
Objectifs d'Apprentissage de ce module.....	2
Des pratiques inclusives au sein des structures de soins .....	2
La sexualité en EHPAD et établissements de soins : limites à surmonter.....	2
Gestion du temps en EHPAD et établissements de soins : limites à surmonter .....	3
Règlement institutionnel et protection LGBTQI+.....	5
Le droit à la sexualité, à la santé sexuelle et à l'éducation sexuelle .....	5
Comment la loi et la société civile protègent la communauté LGBTQI+.....	7
Positions professionnelles à adopter : Ce qu'il faut et ne faut pas faire.....	8
Situations particulières à prendre en compte.....	10

Inquiétudes vis-à-vis de la démence et du consentement.....	10
Savoir comment réagir face à un comportement problématique .....	10
Cas pratique 1.....	10
Cas pratique 2.....	14
Activité complémentaire .....	17
Conclusion du module .....	17
Bibliographie.....	18

## Introduction

BestCare4LGBTQI+ est un projet européen fondé par le programme Erasmus+.

L'objectif du projet BestCare4LGBTQI+ est de soutenir le développement de services de soins adaptés aux personnes LGBTQI+ et l'apport d'outils, de supports de sensibilisation et de ressources d'apprentissage aux directeurs et au personnel des maisons de repos résidentielles ou non pour s'assurer que des soins mieux adaptés et plus respectueux et inclusifs soient prodigués aux personnes âgées LGBTQI+ dans les structures de soins.

Objectifs du projet :

- Sensibiliser les directeurs, le personnel des structures de soins mais aussi le public lambda aux besoins particuliers des personnes âgées LGBTQI+ ;
- Accompagner les structures de soins dans l'évaluation de leur degré d'inclusivité et dans la mise en place d'un plan d'action pour faciliter la vie des personnes LGBTQI+ ;
- Offrir aux directeurs et au personnel de structures de soins les outils et compétences pour assurer une meilleure intégration des personnes âgées LGBTQI+ ;
- Assurer de meilleurs soins pour les personnes âgées LGBTQI+ au sein des structures résidentielles de soins et les maisons de repos, notamment lorsqu'elles sont atteintes de démence.

Pour le premier résultat du projet, la recherche qualitative des partenaires montre à quel point la formation des professionnels travaillant dans ce secteur est importante. Pour être plus précis, les résultats de l'étude montrent le manque de savoir-faire et de formation sur les enjeux des personnes LGBTQI+. Beaucoup de professionnels du groupe d'étude qui ont été interrogés avouent manquer de connaissances concernant les enjeux de la communauté LGBTQI+, du genre et de la vie sexuelle. Seuls quelques-uns connaissaient le terme LGBTQI+ et savaient ce qu'il signifiait. Beaucoup n'étaient pas sûrs de ce que signifiait l'acronyme, surtout à propos des enjeux pour les personnes transgenres et intersexes. « La partie QI+, honnêtement non. Je ne connaissais que LGBTI et je ne me souviens plus ce que "I" signifie », déclara un professionnel du Portugal. [La différence entre orientation sexuelle et identité de genre] « Je crois que c'est assez évident pour moi, j'ai fait quelques recherches il y a longtemps, enfin bref, ça a commencé en discutant avec des amis. Mais je ne peux pas dire que j'ai de solides connaissances dessus. » (Roumanie)

Voilà pourquoi cette formation est développée par les partenaires, pour apporter aux professionnels de santé les connaissances et l'expérience nécessaires.

La formation est censée avoir un impact positif sur les attitudes, croyances et conduites envers les personnes LGBTQI+, mais aussi amener chez les directeurs des structures la bonne volonté de choisir la voie de l'inclusion et de la concrétiser, par exemple, en adoptant une politique inclusive ou en faisant une déclaration ou grâce au Badge d'Excellence (cf. PR4). La formation et les outils seront évalués et adaptés selon le retour des participants meneurs (formateurs et formés). Ce PR est innovant car il débute par les

témoignages des acteurs concernés par la formation (personnes âgées, professionnels et directeurs — PR1) et elle aborde les différents types de services de soins. En outre, elle se lie, prépare et encourage les structures à créer des bases pour remplir les critères d’attribution du Badge d’Excellence (PR4). En effet, ce critère est un bon indicateur de la potentielle reproduction du projet. Ce support peut être facilement réutilisé dans d’autres structures, soit par les formateurs qui participent au projet ou par la diffusion de la Formation pour Formateurs (PR3).

# MODULE 1

BESOINS DES PERSONNES  
ÂGÉES LGBTQI+ ET  
SEXUALITÉ DES SENIORS

# MODULE I

## Besoins des personnes âgées LGBTQI+ et sexualité des seniors

Le projet BestCare4LGBTQI+ a pour mission de faciliter le développement des services de soins adaptés pour LGBTQI+ en apportant des outils, des techniques de sensibilisation et des ressources pédagogiques aux responsables et au personnel des structures d'accueil et maisons de repos pour garantir des soins plus adaptés, plus respectueux et plus inclusifs auprès des personnes âgées LGBTQI+ résidant dans ces établissements.

Il est indéniable que ce type d'établissements fait subir aux personnes âgées LGBTQI+ des inégalités en termes de soins médicaux et que les professionnels de santé ne disposent pas des connaissances nécessaires en matière de besoins des personnes âgées LGBTQI+ (AGE Platform and ILGA Europe, 2012). La formation devrait offrir une amélioration sur les conduites, a priori et comportements à l'égard des personnes LGBTQI+ et inciter les responsables à opter pour une perspective d'inclusion au sein de leur structure de soin en favorisant la diversité au sein de la direction ; une action nécessaire pour faire évoluer leurs services sans que l'âgisme, l'homophobie et l'hétérosexisme n'empêchent que les soins soient correctement prodigués.

Vous découvrirez, à travers ce module, les défis et difficultés de la vie de senior LGBTQI+, quels sont leurs besoins et problèmes particuliers, la vie sexuelle des personnes âgées et quelques activités concrètes sur les pratiques médicales.

### Les besoins médicaux, émotionnels et sociaux des personnes âgées

Nous le savons, tout le monde vieillit et cela à partir du moment où l'on voit le jour. Les changements physiques – internes ou externes – ne sont pas les seules conséquences de la vieillesse, elle est aussi sujette à des changements émotionnels, psychologiques et sociaux. Notre société doit s'adapter pour suivre les besoins et les préférences de chacun qui évoluent avec l'avancée de l'âge. Les personnes âgées ont surtout besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes, leurs soins médicaux et leurs relations sociales. Ils peuvent également souffrir de précarité financière, de difficultés liées au logement et d'âgisme.

L'âgisme peut conduire à un isolement, un accès moindre aux soins médicaux, de la discrimination au travail et des résultats néfastes pour la santé physique et mentale. En outre, elle entretient les légendes blessantes et les stéréotypes selon lesquels les personnes âgées ont moins de capacités, ne sont pas utiles et ne méritent pas tant de respect et d'attention.

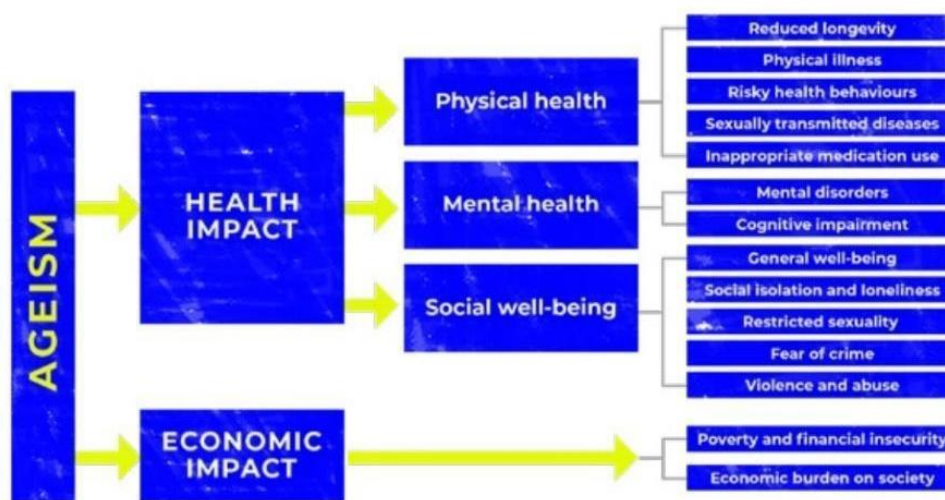
L'Organisation Mondiale de la Santé décrit l'âgisme comme « les stéréotypes (ce que l'on pense), les préjugés (ce que l'on ressent) et la discrimination (ce que l'on fait) fondés sur l'âge d'un individu. »<sup>1</sup> L'âgisme se manifeste à plusieurs échelles de la société ; via des lois, des politiques ou des normes sociales institutionnelles qui désavantagent les individus en raison de leur âge ou par âgisme interpersonnel ou autodirigé (s'il est intériorisé et dirigé vers soi-même). L'âgisme est accompagné d'une infinité de problèmes de santé, qu'ils soient d'ordre physique, mental ou social et du bien-être ; il est également accompagné d'une espérance de vie plus courte, il est connu pour accélérer la déficience cognitive,

---

<sup>1</sup> Communiqué de Presse sur l'âgisme (2021). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.



entacher la qualité de vite, favoriser l'isolement social, la solitude et la dépression ; il limite par ailleurs la capacité à exprimer sa sexualité. Le risque d'abus envers les personnes âgées grandit lui aussi. Ainsi, les conséquences de l'âgisme n'ont pas uniquement lieu sur la santé et le bien-être des individus mais aussi sur les droits humains fondamentaux<sup>2</sup>.



Document 1. L'impact de l'âgisme sur les personnes âgées (Rapport Mondial sur l'Âgisme, 2021, p. 49)<sup>4</sup>

Puisque la population de l'Europe tend à vieillir, la part des plus de 65 ans devrait atteindre 130 millions d'ici 2050, contre 90,5 millions en 2019-2020<sup>5</sup>. La demande d'aide sociale (assistance sur le long terme, qu'elle soit à domicile ou en structures) a augmenté<sup>6</sup> et devrait continuer à augmenter en raison du vieillissement de la population ; voilà pourquoi plus de recherches et de sensibilisations sont nécessaires pour contrer l'âgisme lors de l'assistance à long terme. À ce jour, peu d'études ont été réalisées à ce sujet.

Toutefois, celles déjà réalisées<sup>7</sup> démontrent que la majorité des personnes âgées estiment que le personnel soignant fait preuve d'âgisme à leur égard, les traite comme des objets, néglige leurs besoins vitaux et se comporte ou leur parle de manière condescendante. Par conséquent, il faut contrer au mieux l'âgisme en apprenant au public et aux professionnels de santé à quel point les besoins émotionnels, psychologiques, physiques et sociaux des personnes âgées sont affectés.

<sup>2</sup> Communiqué de Presse sur l'âgisme (2021). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

<sup>3</sup> L'Âgisme impacte les mondes de la santé et de l'économie. Les répercussions sur la santé concernent la santé physique (longévité réduite, maladie physique, conduites dangereuses pour la santé, infections sexuellement transmissibles, usage indécent de médicaments), la santé mentale (troubles mentaux, déficience cognitive) et le bien-être social (bien-être général, isolement social et solitude, répression de la sexualité, peur de la délinquance, violence, et abus). Les repercussions économiques concernent la pauvreté et la précarité financière et devenir un fardeau économique à la société.

<sup>4</sup> Ibidem, p.49.

<sup>5</sup> Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU (2020), Eurostat.

<sup>6</sup> Communiqué de Presse sur l'âgisme (2021). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

<sup>7</sup> Idem.

## Vieillir quand on est LGBTQI+

Même si les personnes LGBTQI+ sont de mieux en mieux accueillies socialement au sein de l'UE avec 76% (en 2019) d'Européens estimant que les personnes LGBTQI+ doivent jouir des mêmes droits que les personnes hétérosexuelles<sup>8</sup>, il est primordial de préciser que ces pourcentages varient énormément selon les États membres.

Dans l'ensemble, les pays du nord et de l'ouest de l'Europe ont tendance à bien mieux accueillir les personnes LGBTQI+ et davantage de progrès ont été faits en termes de droits et de protection des LGBTQI+. Par exemple, plusieurs pays du nord et de l'ouest de l'Europe ont légalisé le mariage homosexuel et l'adoption par deux personnes du même sexe et disposent de lois protégeant les individus de la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre.

En revanche, plusieurs pays de l'Europe de l'est tardent à adopter ces protections et maintiennent une approche conservatrice des personnes LGBTQI+. Par exemple, certains pays de l'Europe de l'est disposent de lois interdisant la « propagande homosexuelle » ou mettant en avant les rôles conventionnels des hommes et des femmes pouvant être utilisées pour discriminer les personnes LGBTQI+. En outre, de nombreuses personnes LGBTQI+ de l'Europe de l'est doivent affronter d'importantes discriminations, des actes de violence et n'ont que rarement accès à un soutien ou aux ressources disponibles dans d'autres parties de l'Europe.

En 2014, l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne<sup>9</sup> souligne que la plupart des membres de la communauté LGBTQI+ estiment avoir été victimes de discrimination ou de harcèlement sur la base de leur orientation sexuelle. Curieusement, ces données montrent que la plupart des gens qui estiment avoir été victimes de discrimination ou de harcèlement sont les plus jeunes, de 18 à 39 ans, tandis que les personnes âgées de plus de 55 ans ne partageaient pas toujours cet avis. Les personnes de plus de 55 ans interrogées étaient beaucoup moins nombreuses que celles appartenant à d'autres tranches d'âge, ce qui peut potentiellement expliquer ces résultats.

Distinguer les personnes âgées LGBTQI+ est généralement plus compliqué à cause de :

- La discrimination au fil du temps : Beaucoup de personnes âgées LGBTQI+ ont été discriminées par le passé, ce qui amène à une manifestation réduite de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre des générations précédentes ;
- La peur d'être discriminé : les personnes âgées LGBTQI+ craignent encore d'être discriminés, harcelés ou maltraités dans les structures de santé et de soins, ce qui les repousse à faire appel à ces structures ou à participer à des études. Dans ce cas, cela peut être parce que les gens se sentent plus en sécurité sans faire leur coming-out puisqu'aucun cadre juridique pour les protéger n'existe réellement : « Si vous refusez de faire votre coming-out, aucun risque de vous faire discriminer ou agresser ou harceler ne se présentera, même si vous êtes un peu efféminé » (Italie, homosexuel, 25 ans)<sup>10</sup>.
- D'un profond isolement : les personnes âgées LGBTQI+ vivent généralement seules, ont un entourage réduit ou ont coupé les ponts avec amis et famille suite à la honte et au rejet, ce qui peut rendre leur inclusion dans des recherches encore plus complexe<sup>11</sup>.

<sup>8</sup> Eurobaromètre spécial 493 : Discrimination au sein de l'Union Européenne (2019).

<sup>9</sup> Enquête UE LGBT, résultats principaux du compte rendu. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, 2014

<sup>10</sup> Idem.

<sup>11</sup> Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2014). "Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population." *The Gerontologist*, 54(3), 488-497.

- Des disparités de santé : les personnes âgées LGBTQI+ ont tendance à subir des disparités de santé tels que des taux plus élevés de dépression, de toxicomanie et de VIH/SIDA, ce qui peut rendre leur inclusion dans des recherches encore plus complexe<sup>12</sup>.

Même si une personne LGBTQI+ rencontre les mêmes problèmes que tout le monde en vieillissant, certains besoins leur sont vitaux pour recevoir les soins adéquats qu'ils soient prodigués à domicile ou en résidence. Faire partie d'une minorité sexuelle apporte son lot de défis et de charges<sup>13</sup>. Parmi les problèmes associés avec les membres de cette communauté, on peut trouver des facteurs de risque et des troubles mentaux chez les personnes âgées lesbiennes et gay et surtout chez les personnes âgées transgenres qui risquent de souffrir de maladies chroniques, effet indésirable des traitements aux hormones. Les troubles de la santé mentale les maladies provoquées par la toxicomanie sont également plus importants chez les personnes âgées LGBTQI+, sans compter les facteurs de stress supplémentaires causés par l'homophobie lors des services de soin pour personnes âgées (à domicile ou en résidence)<sup>14</sup>.

Comme nous l'avons déjà souligné, la population européenne tend à vieillir c'est-à-dire que, à l'avenir, il y aura plus de personnes âgées LGBT et ils nécessiteront également des soins et un accompagnement social. La discrimination généralisée des personnes LGBTQI+ devrait plus inquiéter les autorités et les services communautaires/ONG travaillant pour l'amélioration de la qualité des soins et des services sociaux qui seront destinés aux LGBTQI+ plus âgés<sup>15</sup>. Une fois encore, il est nécessaire d'insister sur l'importance de formations sensibles aux cultures et d'un apprentissage plus profond pour que les professionnels de santé et des services sociaux apportent le meilleur soutien à la communauté. Cette formation permettrait à beaucoup de personnes âgées d'avoir moins peur lors de leurs recherches d'aide médicale mais également de réduire l'hétéronormativité au sein des systèmes de santé<sup>16, 17</sup>.

#### La question de la démence et les LGBTQI+

La démence est un trouble que beaucoup craignent en vieillissant parce qu'elle nous altère et réduit la capacité d'une personne à accomplir de simples tâches quotidiennes puisqu'elle entraîne des déficiences de mémoire, pensée et comportement progressives, elle « détruit tout ce qui fait l'identité d'une personne »<sup>18</sup>.

Les personnes LGBTQI+ la craignent encore plus à cause de la destruction de sa propre identité ce qui inclut leur identité sexuelle ou identité de genre, ce qui fait encore plus peur que la perte d'aptitudes physiques (même en fin de vie). Par conséquent, des adultes nécessitant des soins peuvent être réticents à communiquer leur orientation sexuelle, de peur d'être discriminé une fois que leur cerveau perde

---

<sup>12</sup> Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2013). "The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults." Institute for Multigenerational Health, University de Washington.

<sup>13</sup> Hughes, A. K., Harold, R. D., & Boyer, J. M. (2011). Awareness of LGBT aging issues among aging services network providers. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(7), 659-677.

<sup>14</sup> Idem.

<sup>15</sup> Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183.

<sup>16</sup> Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications. eScholarship, University of California.

<sup>17</sup> Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183.

<sup>18</sup> McGovern, J. (2014). The forgotten: Dementia and the aging LGBT community. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(8), 845-857.

progressivement ses capacités<sup>19</sup>. Une autre crainte accompagne la démence, celle de la divulgation non-consentie de l'identité sexuelle ou de genre, une fois que des dysfonctionnements cognitifs apparaissent progressivement, par le patient (à cause des déficiences cognitives ou de la perte du contrôle des impulsions) ou par le personnel soignant. Cette crainte s'explique par la disparition de certains mécanismes de défense qui compensent « *d'autres identités sociales opprimées et rendent les personnes concernées plus vulnérables à la discrimination suite à cette divulgation* »<sup>20</sup>.

### Besoins propres aux personnes âgées LGBTQI+

Nous avons déjà mentionné les besoins très spécifiques des personnes âgées LGBTQI+ en termes de soins à domicile ou en résidence, ces besoins étant de n'être ni victime de préjugés, ni insulté et ni jugé par le personnel soignant. Même si être traité avec respect lorsque l'on est âgé est une volonté commune, c'est encore plus important pour les personnes LGBTQI+ puisqu'elles représentent une minorité sexuelle. Ils ont besoin de professionnels pouvant créer un environnement sécurisé où ils peuvent se sentir suffisamment en sécurité pour partager leur orientation sexuelle : « *L'importance de reconnaître et soutenir ouvertement les LGBT et d'assumer sa sexualité sont souvent considérés comme importants par les personnes âgées LGBT pour leur sentiment de satisfaction et de sécurité au sein des structures de soin pour personnes âgées* »<sup>21</sup>.

Une étude<sup>22</sup> a démontré que les membres seniors de la communauté LGBTQI+ craignent que le personnel soignant et/ou les autres résidents (s'ils vivent en maisons de repos) les maltraitent. Ils considèrent ces structures de soin comme « *des environnements hétéronormatifs voulant invisibiliser les personnes âgées LGBT* »<sup>23</sup>. Cette invisibilité n'est pas seulement évoquée par les personnes âgées LGBTQI+ mais aussi le personnel soignant s'occupant des personnes âgées, les questions autour des LGBTQI+ soit évitées, soit ignorées.<sup>24</sup>

Une autre étude<sup>25</sup> a démontré que la majorité des personnes âgées LGBTQI+ cacheraient leur orientation sexuelle s'ils se retrouvaient dans une structure de soins, par peur d'isolement et d'animosité par le personnel ou les autres résidents. Cette même étude a révélé que certains membres du personnel soignant critiqueraient les résidents, juste parce qu'ils suspecteraient qu'ils soient LGBT. La situation est encore plus alarmante pour les personnes âgées transgenres qui ont déclaré « *préférer choisir le suicide plutôt que vivre de la discrimination dans une structure pour des soins de longue durée* ».

Un autre élément qui mérite d'être évoqué et que, même si la plupart des personnes âgées LGBTQI+ font face aux mêmes défis et que les études les regroupent dans une même catégorie, de nombreux degrés d'incidence existent face à ces défis, selon les minorités sexuelles/de genre.

---

<sup>19</sup> Idem.

<sup>20</sup> Idem.

<sup>21</sup> Hughes, A. K., Harold, R. D., & Boyer, J. M. (2011). Awareness of LGBT aging issues among aging services network providers. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(7), 659-677.

<sup>22</sup> Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183.

<sup>23</sup> Idem.

<sup>24</sup> Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moone, R. P., & Quam, J. K. (2010). Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging.

<sup>25</sup> Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 37(1), 13-26.



La catégorie la moins représentée des LGBTQI+ serait les personnes âgées transgenres puisqu'elles ont besoin d'un certain soutien ou d'une expertise précise, associé généralement aux soins liés à leur transition et à l'isolement et la solitude pouvant émerger de leur transition. L'une des études<sup>26</sup> menée sur les personnes âgées transgenres a dévoilé que cette catégorie présente un risque plus élevé concernant leur santé physique et mentale, comparé avec les autres membres de la communauté. « *La stigmatisation internalisée, la victimisation et le manque de soutien social... l'obésité pour la santé physique et le handicap, garder secret son identité pour le stress vécu* »<sup>27</sup>. Bien que les études sur les personnes âgées LGBTQI+ restent rares, les informations sur les personnes transgenres précisément le sont encore plus, mais absolument nécessaires.

### Difficultés rencontrées par les personnes âgées LGBTQI+

Les personnes âgées LGBTQI+ rencontrent encore une pléthore de difficultés<sup>28</sup> et la majorité sont le fruit d'une peur d'être discriminé à cause de leur identité sexuelle et/ou de genre :

- **Problèmes pour accepter des soins/un soutien social** – à cause la peur d'être discriminées, les personnes âgées LGBTQI+ remettent à plus tard ou évitent totalement les soins médicaux ou, s'ils les acceptent, ils vont cacher leur identité sexuelle. Une grave dépression ou des problèmes médicaux sont attendus si elles gardent leur orientation sexuelle secrète. Les personnes âgées LGB qui ne cachaient pas leur appartenance à une minorité sexuelle aux soignants déclarent être mieux soignés et se sentir moins déprimés ;
- **Peu de solutions en matière de soins informels** – la majorité des personnes âgées LGBTQI+ vivent seules, ont moins de chance d'avoir des enfants et, contrairement à leurs équivalents cisgenres qui peuvent se reposer sur leur famille proche, leurs amis et l'appui de leur communauté (s'il y a) sont leurs seuls moyens d'avoir de l'aide pour la recherche d'une maison de repos ;
- **Instabilité financière et enjeux juridiques** – la plupart des programmes sociaux ou juridiques et les opportunités mises en place pour l'accompagnement des personnes âgées ne sont pas adaptés aux besoins des LGBTQI+ ;
- **Difficulté pour trouver des maisons de repos accueillant les LGBTQI+** – à cause des différences de traitement (prix plus élevés, aucune disponibilité) ;
- **Atteinte à la santé mentale et physique** – santé mentale et physique moins solides que celles des autres personnes cisgenres, en rapport aux expériences de victimisation, de discrimination et de stigmatisation vécues au cours de sa vie. Les personnes âgées transgenres font face à un risque encore plus important que les autres adultes de la communauté. **Une prédominance de la prise de drogues ou de comportements à risque** est présente à cause de ces problèmes (tabagisme excessif, abus d'alcool, conduites sexuelles à risque etc.). En outre, à cause du facteur de stress supplémentaire, les personnes âgées LGBTQI+ séropositives vivent dans de moins conditions que les personnes âgées LGBTQI+ négatives.

<sup>26</sup> Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emler, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist*, 55(1), 154-168.

<sup>27</sup> Idem.

<sup>28</sup> Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications. eScholarship, University of California.

## Sexualité et protection dans les structures de soins à longue durée

Le sujet de la vie sexuelle des personnes âgées reste tabou car elles sont souvent jugées comme asexuelles mais aussi car, la médecine suppose que les fonctions sexuelles diminuent également avec l'âge. Cet a priori peut s'expliquer par une « *définition trop étroite des fonctions sexuelles (par ex en excluant les activités sexuelles en solitaire, sans pénétration et homosexuelles), qui se concentre trop sur les facteurs biologiques des fonctions sexuelles (par ex baisse des niveaux de testostérone) mais aussi qui exclut les facteurs psychologiques et sociaux (dépression, absence du partenaire et le type de relation entretenu avec un partenaire)* »<sup>29, 30</sup>.

Même si la sexualité reste un moyen important de s'exprimer à n'importe quel âge, des conduites discriminatoires envers les personnes âgées et les idées reçues partagées en société ou dans les médias sur la vie sexuelle des personnes âgées exposent ces dernières à un plus grand risque de IST. Ils sont également moins susceptibles de consulter un professionnel pour un diagnostic ou un traitement « *parce qu'il y a peu d'informations sur les IST, un manque de services pour la santé sexuelle des personnes âgées et une peur de faire face à des conduites discriminatoires envers les personnes âgées concernant leur sexualité* »<sup>31</sup>. La plupart des gens assimilent ces stéréotypes discriminants sur la sexualité des seniors et, en retour, n'osent pas poser de questions d'ordre sexuel avec leur personnel soignant, de peur d'être jugés.

À ce tabou sur la sexualité des seniors s'ajoute un personnel social ou médical non-formé et non-éduqué – ou pas correctement – sur la manière de gérer ce problème. Dans les structures d'accueil, la connaissance sur ce sujet manque ou est ignoré par conséquent, l'intimité nécessaire pour l'expression de la sexualité dans les structures de soin reste insuffisante<sup>32</sup>.

Si l'on garde en tête les conduites discriminatoires associées à l'âge concernant la vie sexuelle des seniors, il est compréhensible qu'exprimer sa sexualité ou simplement en parler reste toujours plus compliqué pour les personnes âgées LGBTQI+. Comme il a été indiqué dans les précédents chapitres, il est essentiel de retenir que la communauté LGBTQI+ se compose de différentes catégories selon l'identité sexuelle et de genre et donc, chaque catégorie a ses propres besoins en termes de santé.

Puisque la plupart des personnes âgées sont réticentes à l'idée de parler de sexe avec leurs soignants, le risque de IST est plus important pour cette catégorie. Il est donc essentiel pour les professionnels de santé de se sensibiliser à ce sujet, y compris au sujet de maladies plus communes pour chaque catégorie de la communauté LGBTQI+ et par conséquent, ils pourront mieux gérer leurs besoins médicaux. D'après une étude<sup>33</sup>, les personnes âgées LGBTQI+ prêtes à partager leurs combats et le maltraitement subi dans un système de santé hétéronormatif, privilégierait un médecin traitant qui fasse partie de la communauté LGBTQI+ ou alors, qui soit un allié de confiance de la communauté pour qu'elles ne sentent pas abandonnées ou victimes de discrimination. Ce cas s'applique particulièrement aux personnes séropositives ou transgenres puisqu'ils sont les deux catégories les plus stigmatisées.

Chaque catégorie des LGB est touchée par des IST spécifiques ou des enjeux de santé sexuelle, il est donc nécessaire de les évoquer pour mieux les comprendre et en gardant également à l'esprit que les chiffres

<sup>29</sup> Communiqué de Presse sur l'âgisme (2021). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

<sup>30</sup> Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 37(1), 13-26.

<sup>31</sup> Idem.

<sup>32</sup> Idem.

<sup>33</sup> 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/La Revue canadienne du vieillissement*, 37(1), 22-31.

détenus sont basés sur un nombre limité d'études. Dans le cas des personnes lesbiennes, l'IST la plus commune est le PVH (papillomavirus humain, cause principale du cancer du col de l'utérus) et c'est à cause de la légende selon laquelle les lesbiennes n'encourent aucun risque de IST qu'elles ne procèdent à aucun contrôle régulier.

Dans le cas des personnes gay, l'IST la plus répandue est le VIH. La communauté bisexuelle n'a pas été efficacement étudiée et c'est parce que, en général, les bisexuels s'identifient en tant que lesbienne ou gay, selon leur partenaire actuel mais, d'après nos chiffres, nous pouvons supposer que les bisexuels rencontrent les mêmes problèmes que leurs pairs LG.

Les personnes transgenres font face à de lourds défis en termes de santé sexuelle. Selon leur orientation sexuelle, elles peuvent contracter les mêmes IST que leurs pairs LGB et en plus, de nombreux autres problèmes peuvent survenir à cause de l'usage d'hormones (par ex une hausse du risque de diabète ou maladie cardiaque) ou de la chirurgie de réattribution sexuelle (habituellement réalisée assez tard pour différentes raisons, le coût, la révélation etc.)<sup>34</sup>.

## Les différents aspects de la discrimination

Il est essentiel d'identifier et d'aborder l'intersectionnalité lorsque l'on discute des besoins et de la situation des personnes âgées LGBTQI+ au sein des foyers de soins. L'intersectionnalité se réfère à la nature interconnectée des identités sociales telles que l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, les origines, la religion, le handicap et autres formes d'identité et d'oppression.

En raison des multiples identités, les personnes âgées LGBTQI+ peuvent être confrontées à des défis et expériences singuliers. Par exemple, les personnes âgées LGBTQI+ qui appartiennent à une communauté marginalisée fondée sur l'origine, la religion le handicap peuvent être victimes d'un mélange de discrimination et de préjugés.

En 2020, le *European Network Against Racism* (Réseau européen contre le racisme) et le *Center for Intersectional Justice* (Centre de justice intersectionnelle) ont publié un compte rendu intitulé « *Discrimination intersectionnelle en Europe : utilité, difficultés et progrès* » qui explique les aspects individuels, structurels, institutionnels et historiques de la discrimination. Il peut être une bonne amorce pour comprendre comment l'intersectionnalité se perçoit et touche la qualité de vie.

---

<sup>34</sup> Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 37(1), 13-26.

## Cas pratiques : réfléchir sur les pratiques de soins/études de cas

### Cas pratique 1.1

<b>Nom de l'activité</b>	Travailler avec les idées reçues
<b>Nombre de participants</b>	10 minimum
<b>Objectifs</b>	<p>Cette activité permettra aux participants d'apprendre comme leur idée ou leur jugement sur une personne peut se créer et changer selon leur connaissance, vision ou perception qu'ils ont des personnes de leur entourage.</p>
<b>Déroulement étape par étape</b>	<p>En premier lieu, il faut que l'animateur crée une atmosphère confortable et dise à l'entière du groupe qu'il n'est pas question de juger et que chacun est libre de partager ses propres points de vue et idées sans crainte.</p> <p>Distribuez des cartes et demandez aux participants de répondre aux questions suivantes. Assurez-vous <b>que personne ne discute</b> de ses réponses avant la prochaine étape.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Qu'est-il impossible de savoir juste en vous regardant ?</li> <li>● Quels sont vos objectifs actuels ? (personnels, professionnels)</li> <li>● Selon vous, quelle expérience vous définit le mieux ?</li> <li>● Avez-vous déjà été victime de discrimination ? Si oui, partagez une expérience personnelle ; si non, écrivez de quoi il s'agit selon vous.</li> </ul> <p>Récupérez les cartes, mélangez-les et redistribuez-les aléatoirement aux participants, en vous assurant que personne ne récupère sa propre carte.</p> <p>Demandez aux participants de retrouver l'auteur de la carte en se fiant simplement aux réponses.</p> <p>Une discussion, motivée par ses questions, devrait émerger suite aux réponses données :</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vos suppositions faites sur ces gens que vous ne connaissez pas se sont-elles confirmées ? Quelles conclusions pouvez-vous tirer de ces suppositions ?</li> <li>• Pourquoi avoir choisi cette personne en particulier, pourquoi pensez-vous qu'il s'agit de sa carte ?</li> <li>• Qu'avez-vous ressenti après qu'on vous ait attribué une carte qui n'était pas la vôtre ?</li> <li>• Avez-vous appris quelque chose qui vous a surpris ? Pourquoi ?</li> </ul>
<b>Remarques/conseils pour les animateurs</b>	L'animateur doit toujours garder à l'esprit que certains sujets peuvent être sensibles pour les participants. Ne prenez jamais parti et restez neutre et objectif.
<b>Ressources</b>	Cartes/papier/feutres

### Cas pratique 1.2

<b>Nom de l'activité</b>	Travailler avec des mises en situation
<b>Nombre de participants</b>	10 minimum
<b>Objectifs</b>	Cette activité offre aux professionnels en établissements de soins l'occasion de vivre des mises en situation soulignant les défis et épreuves particuliers auxquels font face les personnes âgées LGBTQI+.
<b>Déroulement étape par étape</b>	<p>L'animateur présente l'exercice de formation en expliquant l'objectif. Ensuite, divisez les participants en petits groupes de 3-4 et distribuez à chaque groupe des fascicules avec les descriptions des mises en situation. Chaque groupe doit avoir une mise en situation.</p> <p>Demandez aux participants de lire et de se familiariser avec la mise en situation qui leur a été donnée dans le calme.</p> <p>Demandez aux participants de jouer leur mise en situation au sein de leur groupe. Après l'activité, réunissez tout le monde et faites un débrief. Posez des questions ouvertes pour</p>

	<p>encourager les participants à réfléchir à leur expérience, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Qu'avez-vous ressenti durant l'activité ?</li> <li>● Qu'avez-vous retenu ou avez-vous eu une idée en jouant la mise en scène ?</li> <li>● Quels sont vos ressentis concernant les défis auxquels font face les personnes âgées LGBTQI+ dans les établissements d'accueil et de soins ?</li> <li>● Qu'avez-vous retenu sur l'importance d'être inclusif et sensible envers les personnes âgées LGBTQI+ en tant que professionnel en établissement de soins ?</li> </ul> <p>Terminez l'activité en discutant des stratégies et des meilleures pratiques visant à créer un environnement plus inclusif et plus respectueux pour les personnes âgées LGBTQI+ vivant en établissements de soins.</p>
<p><b>Remarques/conseils pour les animateurs</b></p>	<p>Encouragez les participants à se projeter totalement dans la mise en situation et de réfléchir aux émotions, pensées, réactions qu'ils peuvent avoir durant ce jeu de rôle.</p>
<p><b>Ressources</b></p>	<p>Fascicules avec les descriptions des mises en scènes à jouer (par ex, traitement discriminatoire, isolement, manque d'inclusion, mais peuvent être modifiées ou adaptées par le formateur).</p> <p><b>Mise en situation 1 : Traitement Discriminatoire</b>          Vous êtes un professionnel en établissement de soins devant s'occuper d'une personne âgée LGBTQI+, un résident qui parle ouvertement de son identité de genre et de son orientation sexuelle. Toutefois, vous surprenez un autre membre du personnel tenir des propos désobligeants et insultants envers les personnes LGBTQI+. Vous avez pour défi de faire part de cette conduite discriminatoire pour vous assurer que le résident continue à vivre dans un environnement sûr et inclusif.</p> <p><b>Mise en situation 2 : Isolement</b>          Vous avez la responsabilité de prendre en charge un résident de l'établissement, une personne âgée LGBTQI+ qui souffre d'isolement social en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre. Suite à l'inconfort ressenti après l'aveu de son appartenance à la communauté LGBTQI+ aux autres résidents et au personnel, le résident explique se sentir mis de</p>

côté et seul. Vous devez réfléchir à des stratégies pour favoriser l'inclusion sociale du résident mais aussi diminuer son sentiment d'isolement social.

**Mise en situation 3 : Manque d'inclusion**

Vous êtes un professionnel en établissement de soins devant s'occuper d'un résident âgé transgenre qui est confronté à un souci de manque d'inclusion. Le résident exprime son inconfort lorsqu'on le mégenre, qu'on ignore son nom d'usage et que les soins appropriés à son genre ne lui soient pas prodigués. Vous devez trouver le moyen de vous assurer que l'identité de genre du résident soit respectée et que les services apportés soient inclusifs et respectueux.

**Mise en situation 4 : Rejet par la famille**

Vous devez prendre en charge une personne âgée LGBTQI+ reniée par sa famille à cause de son orientation sexuelle ou de son identité de genre. Craignant d'être abandonnée, la personne exprime un besoin d'assistance familiale. Vous devez trouver l'équilibre entre apporter un soutien émotionnel au résident, et trouver le moyen de répondre à son manque de besoins familiaux.

## Ressources supplémentaires

### Ressources à l'échelle nationale (Roumanie)

- Il s'agit d'un court support d'information élaboré par le CRJ pour lutter contre les discours incitant la haine. Il concerne les a priori et les stéréotypes les plus répandus que les gens ont sur la communauté LGBTQI+.
  - [1.-Material-informativ-LGBTQ.pdf \(crj.ro\)](#)
- Comptes-rendus (pas seulement en Roumanie) qui traitent de la gestion de la diversité selon plusieurs paramètres, pour différents groupes marginalisés (pas seulement les LGBTQI+)
  - <https://www.cartadiversitatii.ro/resurse>

### Ressources internationales

- Le livre *The Lover's Dictionary* (littéralement, Dictionnaire des Amoureux) de David Levithan est un livre court et humoristique sur l'histoire d'amour entre deux personnes et écrit dans le style d'un dictionnaire. Le genre et l'orientation sexuelle des deux protagonistes reste ambigu tout le long du livre pour que chacun, peu importe le genre ou l'orientation sexuelle, puisse s'y identifier. L'histoire peut concerner n'importe qui puisqu'aucun pronom n'est utilisé.
- Un article sur quatre amis gays qui sont devenus célèbres sur internet grâce à leur compte TikTok (@oldgays). Dans leurs vidéos ils parlent de leurs vies, leurs expériences, leurs coming-outs, leurs premiers amours, etc. de manière accessible et qui permet de s'identifier pour montrer au monde que, même si vieillir est inévitable, cela n'empêche pas de profiter au maximum.
  - [The 'Old Gays' are getting their own docuseries \(nbcnews.com\)](#)
- Professeure Kathleen McInnis-Dittirch du *Boston College School of Social Work* (Université du Travailleur Social à Boston) parle de l'âgisme dans les systèmes de santé et au sein de la société et prône la totale implication des personnes âgées à la société pour une société plus inclusive et qui favorise la dignité humaine.
  - [Living with Dignity: Social Justice for Older Adults - Boston College School of Social Work - YouTube](#)

## Bibliographie

Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU (2020), Eurostat. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>

Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT individuals' perspectives on LGBT issues in long-term care: A systematic review. *The Gerontologist*, 60(3), e169-e183.

Center for Intersectional Justice (CIJ) (2019). Intersectional discrimination in Europe: relevance, challenges and ways forward. Commissioned and published by European Network Against Racism (ENAR). Available at: <https://www.intersectionaljustice.org/publication/2020-09-14-intersectional-discrimination-in-europe-relevance-challenges-and-ways-forward>

Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications. eScholarship, University of California.

European Union Agency for Fundamental Rights (2014). EU LGBT survey Main results Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Available at: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-eu-lgbt-survey-main-results\\_tk3113640enc\\_1.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-eu-lgbt-survey-main-results_tk3113640enc_1.pdf)

Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2013). "The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults." Institute for Multigenerational Health, University of Washington.

Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2014). "Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population." *The Gerontologist*, 54(3), 488-497.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emler, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist*, 55(1), 154-168.

Global report on ageism (2021). World Health Organization, Geneva.

Hillman, J. (2017). The sexuality and sexual health of LGBT elders. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 37(1), 13-26.

Hughes, A. K., Harold, R. D., & Boyer, J. M. (2011). Awareness of LGBT aging issues among aging services network providers. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(7), 659-677.

Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moone, R. P., & Quam, J. K. (2010). Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging. Available at: <http://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/ReadyToServe.pdf>

McGovern, J. (2014). The forgotten: Dementia and the aging LGBT community. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(8), 845-857.

MetLife Mature Market Institute & American Society on Aging (2010). "Still Out, Still Aging: The MetLife Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Baby Boomers."

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). "Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection in Electronic Health Records: A Workshop." National Academies Press.

Special Eurobarometer 493: Discrimination in the European Union (2019). Available at: [https://data.europa.eu/data/datasets/s2251\\_91\\_4\\_493\\_eng?locale=en](https://data.europa.eu/data/datasets/s2251_91_4_493_eng?locale=en)

# MODULE 2

## DROITS DE L'HOMME

# MODULE II

## Droits de l'Homme

### Présentation et objectifs d'apprentissage du module

Ce module parcourt les droits de l'homme, la discrimination et d'autres enjeux juridiques pouvant émerger avec la prise en charge des soins de personnes âgées LGBTQI+.

Plus précisément, le support de formation se concentre sur les risques des violations de droits de l'homme, des maltraitances et de la discrimination auxquels sont exposés les personnes âgées LGBTQI+ ; les problématiques qui pourraient ressortir suite à des pertes de capacités cognitives ainsi que des défis associés aux croyances et valeurs des professionnels de santé, pouvant être en inadéquation avec la communauté LGBTQI+. Pour terminer, le module insiste également sur les obligations du personnel soignant au sujet de la qualité des services prodigués et de leurs devoirs de protection des patients.

Suite à ce module, les participants devraient être en mesure :

- D'en connaître davantage sur les droits de l'homme et la discrimination ;
- D'être conscients des risques d'inégalités de santé vécues par les personnes âgées LGBTQI+ ;
- De savoir comment les patients âgés LGBTQI+ peuvent être accompagnés dans l'exercice de leurs droits et également protégés des discriminations et maltraitances ;
- D'être plus aptes à user de leur autoréflexion en reconnaissant leurs propres préjugés et d'apprendre à les gérer pour prodiguer de meilleurs soins aux patients.

### Enjeux juridiques liées aux violations des droits de l'homme envers les LGBTQI+

#### Les droits de l'homme, c'est quoi ?

- D'après les Nations Unies, les droits de l'homme sont des droits qui ne sont conférés par aucun État. Ces droits universels sont inhérents à nous tous, indépendamment de notre nationalité, sexe, origine nationale ou ethnique, couleur, religion, langue ou toute autre situation. Ils vont des plus fondamentaux, comme le droit à la vie, à ceux qui rendent notre vie digne d'être vécue, comme les droits à l'alimentation, à l'éducation, au travail, à la santé et à la liberté.
- Les droits de l'homme sont :
- Universels : cela signifie que nous sommes tous égaux face à l'accès des droits de l'homme ;
- Inaliénables : ils ne peuvent être enlevés, sauf situation particulière et dans le cadre d'une procédure officielle. Le droit à la liberté peut, par exemple, être restreint si un individu est déclaré coupable d'un crime par un tribunal ;
- Indivisibles et interdépendants : cela signifie que l'on ne peut pas jouir pleinement d'un droit sans pouvoir exercer les autres.



## Références juridiques

- Le premier et le plus important – aujourd’hui encore – des documents juridiques associés aux droits de l’homme est la Déclaration universelle de droits de l’homme (DUDH), adoptée par l’Assemblée générale de l’ONU en 1948.
- À l’échelle européenne, les droits de l’homme sont reconnus et protégés par :
- La Convention européenne des droits de l’homme (CEDH) qui protège les droits de l’homme des populations des pays appartenant au Conseil de l’Europe. Les droits et garantis établis dans la Convention européenne des droits de l’homme sont protégés par la Cour européenne des droits de l’homme ;
- Le Traité sur l’Union Européenne (TUE) qui mentionne les droits de l’homme dans plusieurs articles. L’article 2 sur les valeurs de l’UE est le plus important, il déclare que les valeurs fondatrices de l’UE sont le « respect de la dignité humaine, de liberté, de démocratie, d’égalité, de l’État de droit, ainsi que de respect des droits de l’homme, y compris des droits des personnes appartenant à des minorités ».
- La Charte des droits fondamentaux de l’Union Européenne qui réunit dans un document légal les libertés et droits personnels les plus importants dont jouissent les citoyens de l’UE.

## Droits de l’homme

Tel qu’il est écrit dans la Déclaration universelle des droits de l’homme, 30 droits de l’homme existent. [Cliquez ici pour les consulter.](#)

La Charte des droits fondamentaux de l’Union Européenne contient 50 articles légaux liés aux droits politiques, sociaux et économiques.

Toutefois, les plus importants pour les vies des personnes LGBTQI+ sont les suivants :

- Droit à la vie
- Protection contre la torture
- Liberté de mouvement
- Droit à l’autonomie
- Droit de participer à la vie de la communauté
- Droit à la vie privée
- Liberté d’expression
- Égalité et non-discrimination
- Droit à la dignité
- Droit à l’égalité devant la loi
- Interdiction de la détention arbitraire

En effet, les Nations Unies précisent, au sujet des droits de l’homme associés aux personnes LGBTQI+, que les obligations juridiques fondamentales des États concernant la protection des droits de l’homme des personnes LGBT supposent les obligations suivantes :

- Protéger les individus des violences homophobes et transphobes ;
- Faire attention aux tortures et aux traitements cruels, inhumains et dégradants ;
- Révoquer les lois condamnant les relations entre deux mêmes genres et les personnes transgenres ;
- Interdire la discrimination fondée sur l’orientation sexuelle et l’identité de genre ;



- Préserver les libertés d'expression, d'association et de réunion pacifique pour les personnes LGBTQI+.

D'autre part, cette dimension est croisée avec des préoccupations précises liées au respect des droits de l'homme des personnes âgées ayant besoin d'accompagnement médical à long terme. Comme l'a démontré le projet de recherche du Réseau Européen des Institutions Nationales des Droits de l'Homme (ENNHRI), bien que les professionnels de soins utilisent généralement une approche centrée sur la personne pour mener à bien leur travail, en considérant les patients âgés en tant qu'individus et en respectant leur dignité et leur indépendance, plusieurs pratiques identifiées en rapport avec la pleine protection des droits de l'homme des personnes âgées dans les maisons de repos ont soulevé des inquiétudes, en particulier au sujet :

- Du respect de la dignité ;
- Du droit à la vie privée, l'autonomie et la participation ;
- De l'accès à la justice.

## Discrimination, égalité, inclusion, maltraitance

### Discrimination et égalité

On parle de discrimination dès qu'un individu ne jouit plus de ses droits de l'homme ou autres droits au même titre que les autres en raison d'une distinction injustifiée faite au niveau de la politique, de la loi ou du traitement.

L'Article premier de la DUDH stipule que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. » La non-discrimination, présentée dans l'Article 2, est ce qui garantit l'égalité.

La non-discrimination est présente dans toute la législation internationale relative aux droits de l'homme, on la trouve :

- Dans le Préambule de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (« l'Union se fonde sur les valeurs indivisibles et universelles de dignité humaine, de liberté, d'égalité et de solidarité ») ;
- Mais aussi dans l'article 14 (« Interdiction de discrimination ») de la Convention européenne des droits de l'homme.

Malheureusement, ces principes ne font pas partie du quotidien des personnes âgées LGBTQI+ puisqu'elles sont souvent exposées au risque d'être discriminé à cause de leur âge, leur orientation sexuelle et leur identité de genre. Les secteurs de discrimination en lien avec notre thème sont les suivants :

- **Santé** : Les services de santé, y compris les services de soins pour les personnes âgées résidentiels ou non, ont été accusés de conserver les comportements hétéronormatifs et agistes de la société en ne reconnaissant ni les identités LGBT, ni les besoins des personnes âgées plus précisément. Bien que la collecte de données sur les pratiques discriminatoires envers les personnes âgées LGBTQI+ au sein des structures de soins soit difficile, un consensus important existe entre les chercheurs qui ont conclu que la peur d'être discriminé peut conduire à une perte de confiance et à un suivi médical faible ce qui a évidemment un impact sur la qualité de vie des personnes âgées LGB. Ceci est d'autant plus inquiétant suite aux récentes études qui ont démontré des taux plutôt élevés de mauvaises conditions de santé chez les personnes âgées LGB comme du diabète et des

dépansions, ainsi que de forts risques de troubles psychologiques pour les personnes âgées LGBT. Les études disent qu'il est important d'admettre que les stéréotypes involontaires sur les personnes âgées LGBT (et autres groupes marginalisés) persistent au sein du système de santé et que ces préjugés forgent des disparités médicales. Les diagnostics et traitements destinés aux patients et par les professionnels de santé peuvent être influencés par des préjugés involontaires qui causent, eux aussi, des disparités médicales. Quant aux personnes transgenres, puisque nombre d'entre elles ne suivent pas le modèle binaire ségrégatif des services de santé destinés aux femmes et hommes cisgenres, il est évident que leur accès aux services de santé – dont elles ont besoin – soit limitée. Par exemple, les femmes transgenres peuvent avoir besoin d'examens de la prostate tandis que les hommes transgenres peuvent nécessiter de frottis cervico-utérins. Certaines personnes transgenres sont décédées à cause de refus d'accès à de tels services. En revanche, les preuves sont plus faciles à repérer lorsqu'il s'agit de discrimination fondée sur l'âge dans les services de santé : en particulier les discriminations indirectes, c'est-à-dire lorsque les attitudes agistes et les a priori des 'praticiens' et des 'structures' influent la prise de décision et la manière de prodiguer les soins car la priorité en termes de soins n'est pas donnée aux personnes âgées mais plutôt aux plus jeunes et, par conséquent, les personnes âgées ne bénéficient pas des soins dont ils auraient besoin. Par exemple, selon l'OMS une analyse complète de 2020 a démontré que parmi les 149 études, 127 – soit 85% - considéraient l'âge comme facteur de détermination pour certains examens ou traitements médicaux.

- **Reconnaître les relations** : Environ la moitié des États membres autorisent le mariage homosexuel. Les autres proposent des alternatives d'état civil. Six États membres n'offrent aucune possibilité légale d'obtention d'un statut pour les couples homosexuels. Toutefois, même dans les pays où les unions par le mariage ou civiles sont légales, les lois sont tout de même récentes et elles présentent un impact moins important sur les personnes âgées qui ont vécu à une époque où être LGBTQI+ était puni par la loi et considéré comme une maladie.

Le manque de reconnaissance des couples homosexuels impacte le quotidien à différentes échelles : prendre des décisions et recevoir des soins, accéder à la protection sociale et atteindre une stabilité financière. Cette situation devient particulièrement préoccupante lorsque les personnes vieillissent et ne peuvent s'assurer que leur partenaire (dépendant) aura accès aux revenus et biens ou lorsque l'un sera en fin de vie et que l'autre devra prendre les décisions médicales nécessaires.

Les couples homosexuels jouissent de peu de droits d'héritage, même après une vie entière à acheter un bien et à partager des biens. Ne pas être reconnu juridiquement comme proche du défunt signifie que l'autre personne n'a ni le droit de recevoir la pension de réversion, ni de bénéficier de l'assurance vie et ni de continuer à vivre dans la maison du défunt. Si une personne est hospitalisée après un grave accident et n'est pas en état d'explicitement sa relation avec autrui, le partenaire en bonne santé peut se voir refuser le droit de visite ou l'accès au dossier médical.

## INCLUSION

Au sujet de l'inclusion des personnes âgées LGBTQI+, le concept dont il est question est plus large que celui de la discrimination. En effet, les deux termes sont souvent confondus mais tandis que l'exclusion sociale peut être une conséquence des discriminations, ce n'est pas une discrimination en soi, selon sa définition légale. Évidemment, cela ne veut pas dire qu'elle n'a aucun impact sur le bien-être des personnes âgées LGBTQI+ et qu'il ne faudrait pas le considérer comme situation compromettante pour la qualité des soins prodigués.

Les personnes âgées LGBTQI+ peuvent être socialement exclues à cause de facteurs socioéconomiques (par exemple un salaire faible, un cercle social réduit, la santé et les conditions d'habitat) et à cause de discriminations fondées sur leur orientation sexuelle, ce qui impacte leur aptitude à être autonomes et jouir de leurs droits de citoyens.

Plus généralement, les études sur les personnes âgées démontrent que, peu importe l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, nombreux sont ceux qui se sentent seuls, isolés et craignent de l'être en vieillissant. Toutefois, le risque est encore plus important pour les personnes âgées LGBTQI+ puisqu'elles sont habituellement soutenues contrairement aux personnes âgées hétérosexuelles. Généralement, ils vivent seuls, sans partenaire, sans enfant et n'ont pas de famille à appeler si besoin. Au vu de cela, les professionnels doivent se rendre compte de la potentielle solitude et isolation au sein chez ses personnes et faire tous les efforts possibles pour accompagner la personne à forger des liens avec la communauté, y compris la communauté LGBT.

Bien que des progrès sur les droits LGBTI+ ont été réalisés par beaucoup de pays ces dix dernières années, les personnes âgées LGBTQI+ ont, dans l'ensemble, passé la majeure partie de leur vie dans un climat où ils ont été victimes de haine, considérés comme des criminels, traités comme malades et la cible de violences et de discriminations. De ce fait, les situations socioéconomiques actuelles des personnes âgées LGBTQI+ sont pires que celles des personnes âgées non-LGBTQI+, ils sont victimes d'homophobie et transphobie internalisées et ne font généralement pas confiance aux institutions.

Beaucoup de personnes âgées LGBTQI+ font part d'expériences négatives avec le personnel soignant et les services SLD, comme par exemple de l'insensibilité et des suppositions hétéronormatives par les professionnels et le sentiment d'être traité avec gêne, rejet, hostilité, suspicion, pitié et condescendance.

## **MALTRAITANCE**

La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou un manque d'action appropriée, qui arrive au sein de n'importe quelle relation où un climat de confiance est nécessaire, ce qui peut engendrer blessures et détresse chez la personne âgée. Ce type de violence est considéré comme une violation des droits de l'homme et sont comprises les maltraitances suivantes : maltraitances physiques, sexuelles, psychologiques, émotionnelles, financières, matérielles, l'abandon, la négligence et une sévère atteinte à la dignité et au respect de la personne. Des informations sur l'étendue du problème dans des institutions telles que les hôpitaux, les maisons de repos et autres structures de soins à long terme restent rares. Néanmoins, une analyse des récentes études sur la maltraitance des personnes âgées dans les milieux institutionnels indiquent que 64,2% du personnel avoue avoir perpétré une quelconque forme de maltraitance l'année précédente.

De ce fait, sans oublier que nécessiter des soins et résider dans une structure de soins peuvent tous les deux être considérés comme des facteurs à risque de maltraitance, être LGBTQI+ semble accroître encore plus ce risque. Les personnes âgées LGBTQI+, notamment celles qui ont été interrogées, ont vécu des expériences de maltraitance les discriminant associées à leurs sexualités et identités sexuelles et/ou leurs identités de genre. À leur âge, elles sont à la fois plus susceptibles d'être victimes de telles maltraitances puisqu'elles peuvent beaucoup moins facilement les empêcher/combattre et donc, en raison des besoins liés à leur âge, elles peuvent également se trouver dans des contextes de soin où elles sont plus susceptibles d'être exposées à de telles maltraitances. Ainsi, les personnes âgées LGBTQI+ sont à la fois exposées au risque de « maltraitance des personnes âgées », comme toutes les personnes âgées, mais aussi au risque de maltraitance spécifique envers les LGBTQI+.

## Lois sur la discrimination

### Cadre juridique de l'UE

À l'échelle de l'Union Européenne, de nombreuses lois condamnent la discrimination envers les personnes LGBTQI+, même si son cadre juridique est réparti dans différents textes de loi et n'aborde pas l'orientation sexuelle et l'identité de genre de la même manière. Par conséquent, il faut lire le « patchwork » que forment toutes ces lois afin de comprendre pleinement le contexte.

Au sujet du droit primaire, le principe de non-discrimination lié à l'orientation sexuelle repose sur quatre articles fondamentaux :

- I. L'article 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui est devenu un document essentiel depuis l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne le 1er décembre 2009, condamne explicitement la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ;
- II. L'article 2 du Traité sur l'Union européenne (TUE, aussi appelé Traité de Maastricht) déclare que la non-discrimination est une des valeurs fondamentales de l'Union européenne ;
- III. L'article 3 du Traité sur l'Union européenne (TUE) maintient l'idée que l'UE « doit combattre l'exclusion sociale et la discrimination » ;
- IV. L'article 19 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE, aussi appelé Traité de Rome) est essentiel puisqu'il offre la possibilité de lutter contre ces discriminations en recourant à la législation secondaire.

En 2000, deux directives ont été adoptées d'après ces principes :

- La Directive sur l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail (2000/78/EC)<sup>21</sup> condamnant la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle, la religion ou les convictions, l'âge et le handicap dans le secteur professionnel ;
- La Directive sur l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique (2000/43/EC)<sup>22</sup> : condamnation de la discrimination sur une base raciale ou ethnique dans le contexte professionnel mais également dans l'accès au système de sécurité sociale ainsi que pour les biens et services. N'oubliez pas que cette Directive ne recouvre pas le champ d'application de ce texte mais qu'elle est utile car stipule les différents types de discrimination.

Pour résumer, la discrimination n'offre pas aux individus la même chance d'accès à certaines opportunités disponibles. Les personnes dans ces situations devraient être traitées de la même façon et non pas désavantagées dès le début juste à cause d'un critère particulier « protégé » qu'elles possèdent. Néanmoins, dans certaines situations, le traitement fondé sur une règle apparemment neutre peut également être considéré comme de la discrimination, s'il présente un désavantage pour une personne ou un groupe de personnes à cause de cette particularité.

Ces deux situations présentent deux formes de discrimination ; Directe et Indirecte :

- Il y a **discrimination Directe** lorsqu'une personne est traitée moins favorablement qu'une autre a été ou serait traitée dans la même situation, en raison de l'un des motifs [reconnus par la loi comme des critères protégés]
- Il y a **discrimination Indirecte** lorsqu'une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre est susceptible d'entraîner un potentiel désavantage pour des personnes présentant un critère protégé donné par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère



ou cette pratique soit objectivement justifié par un objectif légitime et que les moyens pour le réaliser soient appropriés et nécessaires

En dehors de ces deux formes, d'autres conduites discriminatoires doivent être prises en compte telles que le harcèlement, l'incitation à la discrimination, la discrimination par association :

- Le **harcèlement**, considéré comme une forme de discrimination, est présent lorsqu'un comportement indésirable liée à l'un des motifs mentionnés d'un critère protégé a pour objet ou effet de porter atteinte à la dignité d'une personne et de créer une atmosphère intimidante, hostile, dégradante, humiliante ou offensante.
- L'**incitation à la discrimination** liée à l'un motifs mentionnés d'un critère protégé contre un individu est considérée comme de la discrimination.
- Il y a **discrimination par Association** lorsque la victime de discrimination n'est pas la personne possédant le critère protégé mais il ou elle finit par être victime de discrimination parce qu'il ou elle est associé.e à une personne avec un tel critère ou une situation liée à une situation protégée, par exemple si une personne est virée pour avoir participé à une marche pour l'égalité, peu importe son orientation sexuelle (le critère protégé).

#### Conseil de l'Europe, cadre juridique

En dehors des institutions de l'UE et des sources de droit, il ne faut pas oublier le Conseil de l'Europe (CdE), une organisation intergouvernementale qui a vu le jour après la Seconde Guerre Mondiale pour favoriser, parmi des tas d'éléments, l'État de droit, la démocratie, les droits de l'homme et le progrès social (cf. le Préambule et l'Article 1er du Statut du Conseil de l'Europe).

En 1950, les états-membres du CdE ont adopté la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, plus connue sous le nom de Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH). La signature de la Convention a eu lieu le 4 novembre 1950 à Rome et elle est entrée en vigueur le 3 septembre 1953. Il s'agissait du premier texte à donner effet à certains droits présents dans la Déclaration Universelle des droits de l'homme et les rendre obligatoires.

La CEDH met en place une obligation légale contraignant ses membres de garantir une liste de droits de l'homme aux personnes vivant dans leur juridiction et non pas uniquement les citoyens. La mise en pratique de la CEDH est étudiée par la Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH) qui se charge des affaires judiciaires contre les états-membres engagés par des individus ayant leurs droits transgressés ou violés par la CEDH. Les articles de la CEDH à propos de la discrimination envers les LGBTQI+ sont les suivants :

- Article 8 de la CEDH : Stipule que toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale. La Cour précise qu'il s'agit de « vie privée » au sens large, elle réunit les aspects physiques et d'identité sociale d'une personne (Y.Y v. Turquie, 2015, § 56) donc, des éléments tels que l'identification du genre, le nom, l'orientation sexuelle et la vie sexuelle font partie de la sphère privée protégée par l'article 8 (Sousa Goucha v. Portugal, 2016, § 27; B. v. France, 1992, § 63; Dudgeon v. the United Kingdom, 1981, § 41; Beizaras and Levickas v. Lithuania, 2020, § 109; Smith and Grady v. the United Kingdom, 1999, § 71). L'article 8 protège également le droit au développement personnel et le droit de créer et renforcer des relations avec d'autres êtres humains et le monde extérieur (Schlumpf v. Switzerland, 2009, § 77)

- Article 14 de la CEDH : Présente une interdiction de discrimination pour différents motifs. Bien que l'article ne détaille pas explicitement le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, ces catégories sont réunies par l'expression « autre situation ». Cependant, l'objectif de cet article est de bannir les discriminations lors de l'application des droits de la Convention et donc, afin d'élargir son domaine, des Protocoles ont été ajoutés et l'article 1er de l'un d'eux (n°12) déclare que « La jouissance de tout droit prévu par la loi doit être assurée, sans discrimination aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation ».

Les formes de discrimination citées ci-dessus ont un rôle très important car, – en dehors du champ d'application et de l'objectif de la juridiction de l'UE – dans sa jurisprudence, la Cour Européenne des Droits de l'homme (CrEDH) se réfère aux lois de l'UE et à la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne.

## Le pouvoir de décider

Vieillir est parfois associé à l'arrivée de maladies et troubles portant atteinte aux capacités cognitives des personnes âgées et par conséquent, compromettre leurs capacités d'auto-détermination et de prendre des décisions par eux-mêmes. La situation est préoccupante et difficile à vivre pour chaque personne âgée mais elle l'est encore plus pour les personnes âgées LGBTQI+ pour les deux raisons suivantes :

### Auto-détermination

Un premier souci concernant l'aide, le traitement et les soins se pose, celui de l'auto-détermination.

L'auto-détermination est souvent définie comme la capacité qu'ont les individus de prendre des décisions et de gérer leur vie. Il ne s'agit pas que de simples prises de décision mais de la manière que les choix personnels (identité personnelle et expression de soi) soient reconnus et acceptés par autrui. Être LGBTQI+ est une partie essentielle de l'identité que les personnes âgées avec des troubles cognitifs craignent d'oublier. À cause des stéréotypes et de l'approche biomédicale permanente de la démence, maladie et individu ne font plus qu'un et on oublie les caractéristiques qui rendait unique une personne, telles que son genre ou son orientation sexuelle. Il devient alors de plus en plus difficile pour les personnes LGBTQI+ atteintes de démence de maîtriser son genre et son identité sexuelle dans la vie de tous les jours ou dans des situations spécifiques.

La maîtrise des identités de genre s'accompagne d'une attention particulière aux différents signaux et attentes dans un contexte d'interactions interpersonnelles, par exemple les habitudes, l'habillement, les manières, la hauteur de la voix, le maquillage, la pilosité corporelle et la manière de communiquer pour n'en nommer que quelques-uns. Les troubles impactant la mémoire, la concentration, l'attention et la planification peuvent perturber la bonne maîtrise de l'identité de genre/sexuelle et on peut trouver un peu de soutien ou de compréhension en dehors de la communauté LGBTQI+.

Du point de vue des professionnels de santé, cela montre qu'il est important de soutenir les personnes LGBTQI+ atteintes de démences et les encourager à travailler leur auto-détermination le plus possible, par exemple de respecter l'identité de genre qu'elles exposent pour que la personne ne soit pas

uniquement reconnue comme ce qu'il, elle ou iel est mais continue également de sentir qu'elle est la personne qu'elle veut être et qu'elle dispose de ce qu'il faut pour que ce soit encore le cas.

### Prise de décisions par procuration

La démence impacte la capacité juridique du patient et, à un certain moment, attribuer une personne reconnue comme représentant légal du patient est obligatoire afin de prendre des décisions en rapport à la santé, aux soins ou aux finances. Bien que cela soit vrai pour toute personne atteinte de démence, le fait qu'il soit plus courant pour les personnes LGBTQI+ de se reposer sur des réseaux de soutien alternatifs et des méthodes de soutien, en comparaison avec les liens familiaux classiques, renforce encore plus son importance pour ce groupe. En effet, même si d'un point de vue strictement juridique, les membres de la famille n'ont en aucun cas le droit de prendre de décisions au nom de la personne atteinte de démence, – sauf décision d'un juge – il est indéniable qu'on leur attribue souvent certains privilèges et qu'ils sont souvent les personnes à qui les professionnels de santé et sociaux posent leurs questions.

D'autre part, les personnes aidant qui ne sont pas des proches biologiques ou légaux détiennent souvent un pouvoir juridique limité pour être impliqués dans les soucis de consentement ou de prise de décisions voyant le jour dans un contexte d'aggravation du déficit cognitif s'ils n'ont pas reçu la procuration relative aux soins de santé. Par exemple, les membres de la communauté LGBTQI+ sans nomination légale ont découvert que leur partenaire ne pouvaient prendre de décisions de nature médicale. Les partenaires et proches fictifs se sont également vus refuser l'entrée d'unités de soins intensifs ou être exclus d'échanges avec le personnel soignant. En outre, s'il y a hospitalisation en soins palliatifs, les personnes en couple de manière « non-traditionnelles » peuvent être exclues de différentes manières, par exemple ne pas recevoir de rôle actif pour accompagner la personne en fin de vie ou de ne pas voir son deuil reconnu. Ainsi, aucune des règles par défaut visant à privilégier les parents proches ne sera appliquée car chaque bénéficiaire ou fiduciaire potentiel est un étranger juridique, à l'exception des partenaires légalement reconnus.

Du point de vue des professionnels de santé, cela signifie d'une part qu'il ne faut pas négliger mais reconnaître le rôle des partenaires intimes mais aussi des amis et des réseaux sociaux informels et d'offrir la possibilité aux usagers d'exprimer leur volonté devant la famille qu'ils auront choisie. D'autre part, cela signifie qu'il faut fournir des informations et des indications sur les organisations qui peuvent soutenir les personnes âgées LGBTQI+ à l'échelle juridique afin de gérer correctement les testaments, les directives anticipées et les procurations pour les décisions à titre médical.

### Devoir juridique des professionnels de protéger leurs clients en situation de maltraitance et de discrimination

Les professionnels de santé et sociaux ont le devoir de protéger leurs patients/clients des risques auxquels ils peuvent être exposés. Bien que ce problème doit être plus précisément géré grâce aux lois nationales, des documents internationaux existent et peuvent nous fournir quelques principes à suivre.

Le Code déontologique du CII pour la profession Infirmière par le **Conseil International des Infirmiers**, l'un des codes éthiques les plus importants selon les professionnels de soins, déclare que « les infirmières prennent toutes les mesures requises pour protéger les personnes, les familles, les collectivités et les populations, lorsque leur santé est mise en danger par un ou une collègue ou toute autre personne, par une politique, une pratique ou l'utilisation malveillante des technologies. »

On peut en déduire, grâce à ce document, que les infirmières ont un devoir de diligence envers les personnes devant être soignées.

Le devoir de diligence se découpe en deux sous-catégories :

- Le devoir de protéger qui se rapporte à la protection du patient de toutes sources de danger ;
- Le devoir de contrôler qui se rapporte au contrôle de certaines sources de danger visant tous les patients nécessitant des soins.

Pour les emplois des domaines de santé, la figure du patient peut être, à la fois, un objet de protection et également une source de danger. Si l'on reste sur cette idée, cela signifie que les personnes âgées pourraient être discriminées mais, pourraient aussi avoir un comportement discriminatoire.

À propos du thème que nous abordons,

- L'article 1.2 du CCI stipule que « Les infirmières s'efforcent d'instaurer un environnement dans lequel les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances religieuses ou spirituelles de la personne, des familles et des collectivités, sont reconnus et respectés de tous » ;
- L'article 1.4, que « Les infirmières respectent le caractère confidentiel des informations personnelles qu'elles détiennent. Elles respectent la vie privée, la confidentialité et les intérêts des patients lors de la collecte, de l'utilisation, de l'accès, de la transmission, du stockage et de la divulgation licites des données personnelles. » Il s'agit d'un sujet très sensible puisque de nombreuses personnes LGBTQI+ n'ont peut-être pas encore fait leur coming-out ou ne veulent peut-être pas le faire ;
- L'article 1.8, que « Les infirmières appliquent les valeurs professionnelles de respect, de justice, de réactivité, de sollicitude, de bienveillance, d'empathie, de crédibilité et d'intégrité. Elles soutiennent et respectent la dignité et les droits universels de toute personne, notamment des patients, des collègues et des familles » ;
- L'article 1.10, que « Les infirmières dispensent des soins fondés sur des données probantes et centrés sur la personne, tout en reconnaissant et en appliquant les valeurs et les principes des soins de santé primaires et de la promotion de la santé tout au long de la vie » ;
- Enfin, le dernier point mais non des moindres, le CII – fournissant ses propres directives d'application – déclare, dans la section « Mise en pratique du 1er volet du Code » que « les infirmières, infirmières leaders et infirmières gestionnaires dispensent des soins centrés sur la personne, adaptés à la culture, respectueux des droits de l'homme et tenant compte des valeurs, coutumes et croyances des personnes sans préjugé ni discrimination injuste. »

Concernant le travail social, si l'on se réfère à la Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux, « le travail social est une profession basée sur la pratique et une discipline académique qui promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, ainsi que l'autonomisation et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droits de l'homme, de responsabilité collective et de respect des diversités sont au cœur du travail social. Soutenu par les théories du travail social, des sciences sociales, des sciences humaines et des savoirs autochtones, le travail social engage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et à améliorer le bien-être. La définition ci-dessus peut être amplifiée aux niveaux national et/ou régional. »

Sur le même sujet, la **Déclaration mondiale des principes éthiques du travail social** stipule :

- Au principe 2, « Promotion des droits de l'homme » que « les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux embrassent et promeuvent les droits fondamentaux et inaliénables de tous les êtres humains, tels qu'ils sont reflétés dans les instruments et les conventions relatives aux droits de l'homme et qu'ils respectent et défendent le principe d'indivisibilité des droits de l'homme et promeuvent tous les droits civils, politiques, économiques, sociaux, culturels et environnementaux. Reconnaissant que la culture sert parfois de paravent pour violer les droits de l'homme, les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux servent de médiateurs culturels pour parvenir à un consensus, trouver un équilibre approprié entre droits humains concurrents et défendre les droits des marginalisés, stigmatisés, exclus, exploités et des individus opprimés et groupes de personnes. Ensuite, il déclare que les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux



reconnaissent que les droits de l'homme doivent coexister avec la responsabilité collective, en reconnaissant que les droits de l'homme individuels ne peuvent se réaliser qu'au jour le jour, si les individus se prennent en charge et créent des relations réciproques au sein des communautés. Il déclare enfin que les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux fournissent aux personnes des informations sur leurs droits et soutiennent les efforts des personnes pour accéder à leurs droits. »

- Au principe 3.1, « Contestation de la discrimination et de l'oppression institutionnelle », la déclaration précise que « les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux luttent contre la discrimination quelle qu'elle soit, qu'ils reconnaissent que l'idéologie, les lois, les politiques, les règlements, les coutumes ou les pratiques peuvent créer des inégalités et empêcher les membres de certains groupes d'être traités de manière équitable et enfin qu'ils travaillent contre la discrimination institutionnalisée et l'oppression sous toutes ses formes. »

Alors que les principes cités ci-dessus tendent plus vers la protection de l'individu, d'autres principes soulignent clairement la dualité du devoir de diligence comme une protection et un contrôle dans le cadre professionnel avec les personnes accompagnées par des travailleurs sociaux. Par exemple :

- Le principe 3.2. déclare que « les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux travaillent à renforcer les communautés inclusives qui respectent la diversité ethnique et culturelle des sociétés, en tenant compte des différences individuelles, familiales, collectives et communautaires mais qu'ils reconnaissent que le respect et l'acceptation de la diversité ne doivent pas être utilisés pour repousser les limites du relativisme moral, au point que les droits de certains groupes de personnes, y compris le droit à la vie (par ex. des femmes et des minorités sexuelles, ethniques et religieuses) soient violés. Les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux problématissent et contestent les pratiques culturelles qui limitent la pleine jouissance des droits de l'homme. »
- Sans oublier que dans le principe 4 (Promouvoir le droit à l'autodétermination il est écrit que « les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux reconnaissent que les gens sont capables et autonomes » (4.1), et enfin que « les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux respectent et promeuvent les droits des personnes à faire leurs propres choix et à prendre leurs propres décisions, à condition que cela ne menace pas les droits et les intérêts légitimes d'autrui » (4.2).

### Impact professionnel des convictions religieuses et culturelles du personnel sur les personnes LGBTQI+ et comment le « conflit d'identité » entre les personnes LGBTQI+ et le personnel dont les croyances/valeurs affectent les questions sur la sexualité ou l'homosexualité (par ex juger comme un « péché »)

Des études réalisées aux États-Unis démontrent que la religion est l'un des principaux facteurs pouvant prévoir des attitudes envers l'homosexualité. Cependant, puisque les études ont essentiellement été menées dans des nations chrétiennes, la manière dont est façonnée l'opinion publique au sujet de l'homosexualité par les non-judéo-chrétiens est encore inconnue. En outre, des travaux en sociologie de la culture suppose que le développement économique et la stabilité politique jouent un rôle majeur dans le façonnement de l'opinion publique sur les groupes et comportements minoritaires tels que l'homosexualité. Tandis que les études menées aux États-Unis et en Europe ont penché vers l'importance de l'influence des convictions religieuses et l'affiliation pour comprendre les attitudes envers l'homosexualité, la culture religieuse d'un pays peut aussi impacter les attitudes. Des études sur les contextes religieux ont en effet supposé que même les personnes ne pratiquant pas personnellement une religion pouvaient être influencés par la culture religieuse dans laquelle ils vivent.

Des conflits entre religion et droits LGBTQI+ prennent une forme de concurrence pour la revendication de la Convention européenne des droits de l'homme, à savoir les articles 8 (vie privée et familiale), 9 (liberté de pensée, conscience et de religion), 10 (liberté d'expression) et 14 (interdiction de discrimination avec les autres droits de la CEDH).

En effet, toutes les branches religieuses et toute personne religieuse ne sont pas intolérants envers les personnes LGTBQI+, certaines sont elles-mêmes pratiquantes, il pourrait y avoir une incompatibilité entre les opinions religieuses et les soins prodigués correctement. D'après les études, soutenir des valeurs contradictoires à ses convictions religieuses peut engendrer une « incohérence d'identité » stressante pour certains travailleurs de santé et également une expérience faussée pour les personnes soignées.

Même s'ils ne sont pas les seuls, les préjugés restent des facteurs importants pour déterminer si un individu participe ou non à la discrimination ou du harcèlement sur la base de l'identité ou de la violence envers une personne ou un groupe de personnes. Néanmoins, peu importe la manière dont ils se manifestent, le risque de blesser quelqu'un à cause des préjugés existe toujours puisqu'ils réduisent la valeur, le statut ou l'importance d'une personne appartenant à « l'autre groupe », c'est la raison pour laquelle ils doivent être reconnus et dénoncés.

D'après les études disponibles, il est assez complexe de savoir si avoir des préjugés sur les personnes LGBTQI+ impacte la qualité des soins prodigués aux patients par le personnel soignant. En effet, selon une récente étude, une personne avec une attitude peu compréhensive de la communauté LGBTQI+ est en mesure de prodiguer des soins conformes aux pratiques habituelles néanmoins, plus l'attitude sera compréhensive, plus adaptés seront les soins.

Suite à une autre étude menée avec des infirmières psychiatriques au sud de Taïwan, un lien entre leurs comportements homophobes et le volonté de prodiguer des soins aux patient.e.s gays et lesbiennes a été établi et confirmé. Par exemple, cette étude a démontré que les infirmières psychiatriques se conduisant mal avec les personnes homosexuelles tendaient à porter moins d'attention aux soins destinés à ces personnes.

Par conséquent, pour surpasser cet a priori et pour éviter les effets restrictifs de cette perspective, il est nécessaire d'offrir aux professionnels de santé une formation ayant pour sujet la vigilance contre les effets de déformation de jugement que sont les préjugés, les stéréotypes et les a priori et doivent profiter d'un maximum d'occasions pour réfléchir à leurs conduites.

Sans la reconnaissance des pensées, sentiments, expériences et motivations de chacun, les professionnels de santé pourraient imposer leurs propres convictions aux patients. Prendre conscience de ces perspectives leur permet d'obtenir des informations sur les futures implications de leur pratique médicale, tout en mettant de côté les a priori. Il faut que les professionnels aient conscience de leurs propres principes concernant l'orientation sexuelle et les intégrer à leurs principes personnels et professionnels afin d'améliorer leurs compétences de travail.

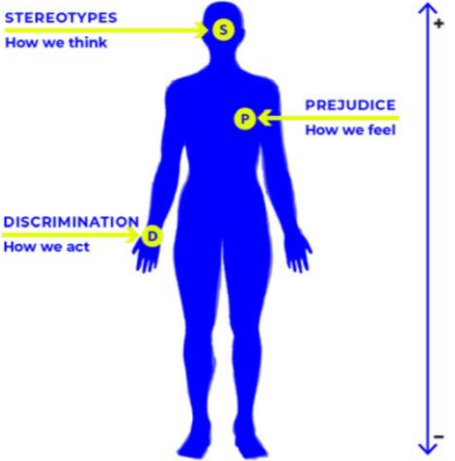
Cette idée se retrouve également, par exemple, dans la Déclaration mondiale des principes éthiques du travail social où l'on souligne que « les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux apprécient que la nécessité d'une telle différenciation telle qu'expliquée dans le point 1.2 suggère la nécessité d'une pratique critique réflexive. En tant que travailleuses sociales et travailleurs sociaux, nous (comme les personnes avec lesquelles nous nous engageons) apportons à la relation de travail nos histoires, nos peines et nos joies, nos valeurs et nos orientations religieuses, spirituelles et culturelles. Une réflexion critique sur la manière dont notre vie personnelle influence notre vie professionnelle et vice versa doit être le fondement d'une pratique éthique quotidienne. »

Même si les professionnels ne sont pas d'accord avec le style de vie, les convictions ou l'éducation culturelle d'un patient, chacun mérite qu'on lui prodigue les soins les plus efficaces et les plus compréhensifs possible. De ce fait, une meilleure éducation sur les soins sans jugement pour les patient.e.s lesbiennes, gays et bisexuel.le.s pourrait être absolument bénéfique.

En outre, un facteur essentiel pour modifier les attitudes homophobes de ces personnes reste l'expérience vécue aux côtés des personnes LGBTQI+. D'importantes études démontrent qu'entretenir des liens sociaux avec des personnes LGBTQI+ et qu'avoir des connaissances LGBTQI+ favorisent des attitudes et opinions positives vis-à-vis de ces personnes et peut également modifier leurs attitudes négatives. Par conséquent, comme Allport l'a théorisé, le contact social est également une stratégie pouvant être mise en place pour réduire les comportements homophobes du personnel soignant.

### Cas pratiques : réfléchir sur les pratiques de soins/études de cas

#### Cas pratique 1

<b>Nom de l'activité</b>	<b>Préjugés, stéréotypes et discrimination envers les personnes âgées LGBTQI+ (durée : 1h30)</b>
<b>Nombre de participants</b>	Minimum 3
<b>Objectifs</b>	Le but de cette activité est d'amener les participants à réfléchir sur les différences et les points communs entre les préjugés, les stéréotypes et la discrimination envers les personnes âgées LGBTQI+ dans des structures de soin et la manière de prodiguer des soins efficaces à chaque résident.
<b>Déroulement étape par étape</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Séparez les participants en groupes de 3 à 6 personnes</li> <li>Distribuez à chaque groupe l'image suivante<sup>35</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>S = stéréotypes : notre façon de penser ;</li> <li>P = préjugés : notre façon de juger ;</li> <li>D = discrimination : notre façon d'agir.</li> </ul> </li> </ol>  <ol style="list-style-type: none"> <li>Invitez chaque groupe à échanger (leur laisser +/- 20 min) et ensuite d'écrire à côté de chaque titre des exemples de stéréotypes, préjugés et actes discriminatoires associés aux soins des personnes âgées LGBTQI+. Précisez qu'ils ne doivent pas</li> </ol>

<sup>35</sup> Source of the image: World Health Organization, Global report on ageism, 2021

	<p>écrire leur avis personnel mais ils peuvent faire allusion à des conversations qu'ils ont entendues ou des situations qu'ils ont vécues ;</p> <p>4. Réunissez tout le monde et partagez les exemples que chaque groupe a trouvés. Puis, lancez un débat : comment les stéréotypes, les préjugés et les discriminations sont-elles interconnectées? Pourquoi est-il important de prendre conscience de ses propres a priori et comment peuvent-ils influencer notre pratique professionnelle ? (+/- 30 min) ;</p> <p>5. Distribuez désormais à chaque participant une feuille avec la même image et demandez-leur d'écrire leurs propres stéréotypes et préjugés sur une certaine patientèle (pas obligatoirement les personnes LGBTQI+, ils peuvent ne pas avoir vécu d'expérience directe) et, si le cas échéant, n'importe quelle situation où ils reconnaissent ne pas avoir assuré la même qualité des soins aux membres de ces groupes. <u>Précisez qu'il s'agit simplement d'un exercice d'introspection et qu'on ne leur demandera pas de partager cette expérience.</u> Leur laisser +/- 10 min.</p> <p>6. Lancez un débat (+/- 20 min): comment pouvons-nous nous assurer que notre pratique professionnelle soit optimale pour chaque patient, qu'elles que soient nos valeurs et idées personnelles ? Est-ce possible ? Oui, non et pourquoi ?</p>
<b>Remarques et conseils pour les animateurs</b>	<p>Cet exercice a pour objectif d'offrir des opportunités d'introspection en relation avec le fait que nous pouvons tous avoir des a priori que l'on peut nous demander de travailler dans des situations défiant nos valeurs personnelles, mais que, en tant que professionnels, il est de notre devoir de trouver des façons d'éviter toute conséquence négative sur notre travail. Il est important d'amener la discussion en évitant le jugement et en essayant de trouver des stratégies et des approches pour soutenir les professionnels dans le défi de leur propre travail de manière constructive.</p>
<b>Matériel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des affiches avec l'image ci-dessus (une par groupe)</li> <li>- Feuilles A4 avec des photocopies de l'image ci-dessus (une par participant)</li> <li>- Feutres</li> </ul>

## Cas pratique 2

<b>Nom de l'activité</b>	<b>Valeurs contradictoires/trouver un terrain d'entente (durée : 1h30)</b>
<b>Nombre de participants</b>	Tout le monde
<b>Objectifs</b>	Trouver et comprendre pour les valeurs et besoins personnels entraînent une supériorité des eux positions. Chercher une solution pour trouver un terrain d'entente.
<b>Déroulement étape par étape</b>	Les participants seront séparés en deux groupes. Une mise en situation sera distribuée à chaque groupe (extrait d'une réelle jurisprudence), mise en situation dans laquelle les convictions religieuses ne sont pas en accord avec la communauté LGBTQI+ et où la personne religieuse doit prodiguer des soins à un patient LGBTQI+.

	<p>Un groupe soutiendra et défendra la travailleuse sociale ou le travailleur social aux convictions religieuses tandis que l'autre soutiendra et défendra la personne LGBTQI+ ayant potentiellement besoin d'un.e travailleur.se social.e.</p> <p>Après les présentations, chaque participant est libre de se déplacer d'un groupe à l'autre s'il ou elle change d'avis à cause des situations exposées.</p> <p>Après les déplacements, chaque groupe devra trouver un terrain d'entente face à ce conflit.</p>
<b>Remarques et conseils pour les animateurs</b>	<p>L'objectif est de laisser la place à chaque opinion et, en même temps, de savoir comment le prestataire peut s'assurer que ses convictions ne nuisent pas (préjugés, discrimination) aux services qu'il doit fournir mais, également, que le patient ne force pas le prestataire à changer ses idées et convictions.</p>
<b>Matériel</b>	<p>Une copie de la mise en situation pour chaque participant</p>

### Mise en situation À distribuer

Tom est un travailleur social et un fervent Chrétien pour qui la Bible est la parole souveraine de Dieu. Tom a posté de nombreux commentaires sur son compte Facebook à propos d'un article important sur un site d'information. L'article racontait l'emprisonnement d'une employée de bureau pour outrage au tribunal suite au refus de délivrer des certificats de mariage à des couples homosexuels à cause de ses convictions religieuses chrétiennes entre couples homosexuels. Tom a répondu sous un vingtaine de publications du compte Facebook d'information aux personnes qui avaient déjà réagi. Les commentaires de Tom comprenaient des déclarations et observations qui exprimaient son opinion sur l'homosexualité et le mariage homosexuel :

« ... Qu'on le veuille ou non, le mariage homosexuel est un péché »

« ... L'homosexualité c'est un péché, peu importe comment il est présenté »

« ... [L'homosexualité] est un crime pervers et Dieu hait les crimes »

« ... Dieu hait le péché, et non l'homme »

« ... Un jour, Dieu va nous sauver de toutes les maladies et toutes les souffrances. Il se débarrassera aussi du diable, le responsable de cette perversion. Ce jour viendra, j'en suis sûr. Mais rappelez-vous qu'il punira tous ceux qui auront toléré n'importe quelle forme de crime pervers comme l'homosexualité »

Il a également ajouté plusieurs citations de la Bible :

« ... Tu ne coucheras point avec un homme comme on couche avec une femme. C'est une abomination. Lévitique 18:22 »

« ... Tels Sodome et Gomorrhe et les villes voisines, qui se livrèrent comme eux à l'impudicité et à des vices contre nature, sont données en exemple, subissant la peine d'un feu éternel. Jude 1.7 »

“... C'est pourquoi Dieu les a livrés à des passions infâmes: car leurs femmes ont changé l'usage naturel en celui qui est contre nature ; et de même les hommes, abandonnant l'usage naturel de la femme, se



sont enflammés dans leurs désirs les uns pour les autres, commettant homme avec homme des choses infâmes, et recevant en eux-mêmes le salaire que méritait leur égarement ; Comme ils ne se sont pas souciés de connaître Dieu, Dieu les a livrés à leur sens réprouvé, pour commettre des choses indignes : Romains 1:26-28. »

Ces commentaires ont été signalés anonymement au conseil des emplois de santé et de soins du Royaume-Uni (HCPC : *Health and Care Professions Council*). Ils ont découvert que Tom avait enfreint deux principes du code professionnel de conduite du HCPC :

- (a) Maintenir des critères de conduite professionnelle élevés et
- (b) S'assurer que son comportement ne porte pas atteinte à la confiance qu'ont les individus dans cette profession.

Par conséquent, Tom a été exclu de l'ordre des professionnels de santé et des soins.

Le **groupe A**, en accord avec Tom, soutient l'idée que peu importe ses convictions, il peut encore exercer sa profession de travailleur social sans impacter les personnes qui le sollicitent

Le **groupe B**, en accord avec la décision du HCPC, soutient l'idée que Tom ne peut plus exercer sa profession de travailleur social et mérité d'être exclu

Puis les deux groupes doivent ensuite discuter pour trouver une solution satisfaisante pour les deux partis et comment y parvenir.

# MODULE 3

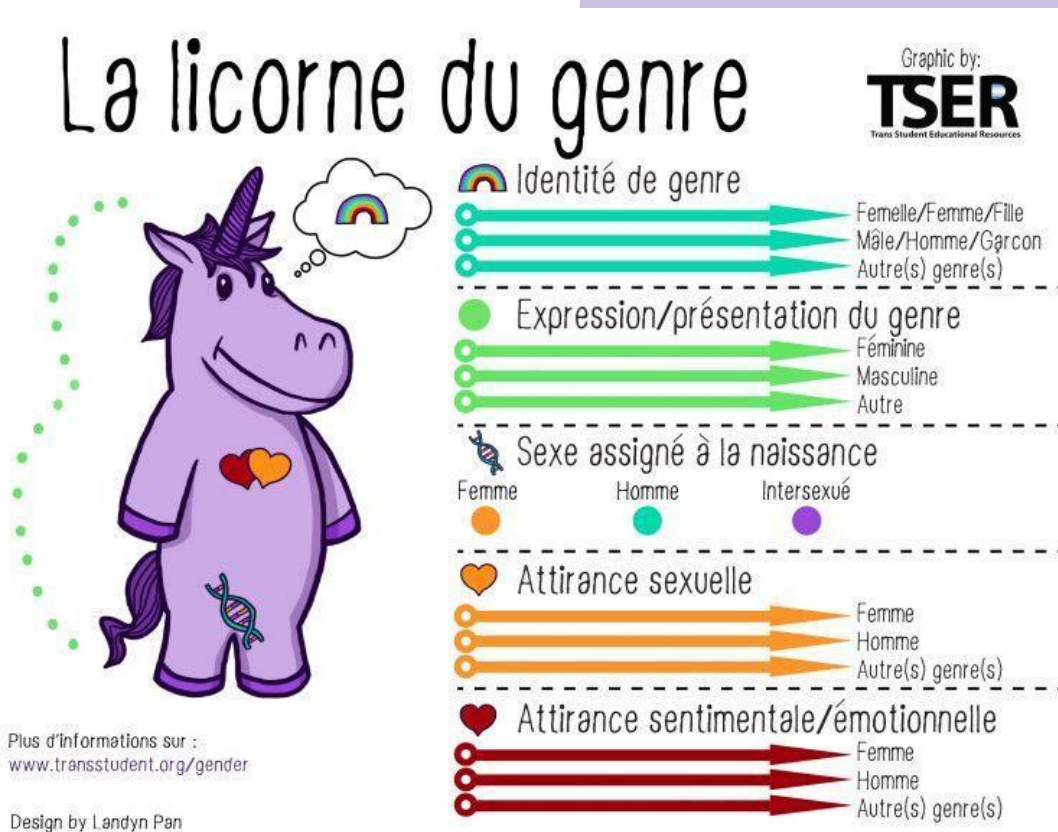
## GUIDE DE LANGAGE INCLUSIF ET CONSTRUCTION D'UN "GLOSSAIRE"

## MODULE III

### Guide de langage inclusif et construction d'un "Glossaire"

Ce module fait partie de la formation des professionnels de santé sur les enjeux associés au genre, à la sexualité et aux LGBTQI+. Il s'agit du troisième module de la totalité de la formation et il a pour thèmes le langage inclusif, les pronoms et les dénominations. L'usage d'un langage inclusif est un élément clé pour créer un environnement accueillant et de confiance où chacun se sent inclus. De ce fait, le module contient des définitions, des explications et des suggestions. Comme indiqué ci-dessus, les professionnels de santé, travaillant avec les personnes âgées et indirectement avec les personnes âgées LGBTQI+ nécessitant des soins, sont le public cible.

Identité de genre, sexe et orientation sexuelle : Quelle est la différence ?



<https://transstudent.org/gender/>



## GENRE

En général, on parle de deux genres (masculin et féminin) parce que notre société conçoit le genre de manière binaire. Toutefois, de nombreuses possibilités de genres se situent entre les deux genres masculin/féminin ou hors du spectre binaire.

## EXPRESSION DE GENRE

Il s'agit des différentes façons dont les individus expriment leur identité de genre (apparence) et la présentent socialement. Elle peut être plutôt féminine, plutôt masculine, plutôt androgyne... Il est ici seulement question des façons de s'habiller, de marcher, de se déplacer, de porter ou non du maquillage, de parler, de choisir tel ou tel attribut physique (coiffures, poils, etc.).

## IDENTITÉ DE GENRE

L'identité de genre fait référence à comment quelqu'un se définit, le genre auquel un individu s'identifie. Lorsque l'identité de genre correspond au genre assigné à la naissance, on parle de personnes cisgenres. Mais elle peut être différentes, comme pour les personnes transgenres.

## SEXE

Un ensemble de critères biologiques (génétiques, épigénétiques, endocriniens, osseux, etc.) utilisé pour classer les êtres humains en deux catégories strictes : « homme » ou « femme ».

## ASSIGNATION SEXUELLE

L'assignation sexuelle est la décision prise par le docteur à la naissance de l'enfant, après observation des parties génitales du bébé pour cocher la case H (homme) ou F (femme) sur le certificat de naissance.

## ORIENTATION SEXUELLE

Il s'agit de l'attirance sexuelle ou l'absence d'attirance sexuelle envers un autre individu (homme, femme ou n'importe quel genre). On peut être hétérosexuel, homosexuel, bisexuel, asexuel, etc.

## Langage inclusif

### Le langage inclusif c'est quoi ?

Le langage est un des éléments principaux contribuant aux changements qui favorisent la diversité et l'inclusion. L'emploi de termes positifs qui reconnaissent la diversité des individus et montrer de la dignité et du respect sur la façon dont elles décrivent leur propre corps, leur genre et leurs relations. Le langage inclusif est une forme de communication sans mépris, préjugés, discrimination et stéréotypes. C'est une façon de parler et d'écrire qui reconnaît et valorise la diversité et favorise l'égalité. Ce langage implique d'éviter le langage insensible, désobligeant ou offensif envers certaines communautés telles que l'origine, le genre, la sexualité, les capacités ou aucun autre aspect de leur identité. Même si beaucoup de personnes n'emploient pas de langage offensant, il existe toujours beaucoup de cas où un langage quotidien pouvant paraître innocent peut mettre des individus mal à l'aise et/ou les exclure. Un langage inclusif aide à créer un environnement accueillant et respectueux pour tous, peu importe leur contexte. Il contribue également à briser les barrières et à favoriser la compréhension et l'acceptation des différences. En utilisant un langage inclusif, il est possible de créer une société plus inclusive et plus équitable.

### Pronoms

Les pronoms sont utilisés pour parler de quelqu'un ou de soi-même. Un individu peut être un homme, une femme, ni l'un ni l'autre ou les deux, tout en utilisant des pronoms qui peuvent ou non correspondre aux attentes de la société associées à cette identité de genre. Il faut utiliser les pronoms appropriés pour montre que l'on reconnaît et respecte l'identité de genre de chacun. Si vous avez un doute sur les pronoms de quelqu'un, vous pouvez lui demander de la manière suivante : « Quels sont tes/vos pronoms ? ». Si vous préférez, vous pouvez employer le pronom « iel ».

### Comment utiliser un langage inclusif

Voici quelques conseils :

- Comprendre et respecter la différence entre orientation sexuelle et identité de genre ;
- Ne pas penser connaître le genre de quelqu'un. Ne pas mal utiliser ou penser connaître les pronoms de quelqu'un ;
- Ne pas évoquer le genre, la sexualité, etc. de quelqu'un, sauf si c'est nécessaire ;

- Utiliser un genre neutre lorsque l'on ne parle pas d'une personne en particulier. Utiliser iel plutôt que il ou elle ;
- Être plus inclusif envers les identités non-binaires en employant des expressions telles que « peu importe le genre », « tout genre » ou « les différents genres » plutôt que « homme et femmes », « les deux genres » ou « le genre opposé » ;
- Utiliser le langage qu'un individu emploie pour sa personne lorsque l'on parle de celui-ci. Accepter et respecter la façon dont chacun présente son genre et sa sexualité. Demander en cas de doute.
- Ne pas croire que tout le monde est hétérosexuel. Par exemple, éviter d'employer les termes « épouse » ou « mari » puisqu'ils supposent que chaque relation est hétérosexuelle. Utiliser plutôt le terme partenaire ;
- Éviter de demander aux gens ce qu'ils « préfèrent ». Être LGBTQI+ n'est ni une préférence, ni un choix ;
- Éviter l'invisibilité. Les personnes LGBTQI+ sont souvent victimes d'invisibilité dans les conversations, discours publics et représentations culturelles ou journalistiques ;
- Éviter les stéréotypes sur les personnes LGBTQI+. Imposer des limites ou avoir des attentes envers des individus car ils appartiennent à une certaine communauté peut être néfaste, blessant et discriminatoire. Contester les blagues queerphobes et les commentaires désobligeants en s'exprimant et en les qualifiant ainsi permet la création d'un environnement favorable à la diversité des genres et des sexualités ;
- Éviter les expressions qui dénigrent ou banalisent les différentes expériences sexuelles et différents désirs de personnes LGBTQI+ ;
- Éviter les micro-agressions. Les micro-agressions sont des comportements ou interactions quotidiens, intentionnels ou non, pouvant être perçus comme insultants ou malveillants tandis que certaines personnes les considèrent inoffensifs ;
- Utiliser un langage centré sur la personne en évitant de la « mettre dans une case ». Plutôt que de dire, lesbiennes, gays, bissexuelles et transgenres, il faudrait parler de personnes lesbiennes, personnes gays, personnes bissexuelles, personnes transgenres et personnes LGBTQI+ ;
- Éviter d'employer des termes supposant que certains emplois ne sont associés qu'à un genre précis. Plutôt que de dire femmes de ménage ou policiers il faudrait parler d'agents d'entretien ou d'agents de police ;
- Éviter des expressions ou termes condescendants pouvant offenser ou perpétuer des stéréotypes. Éviter des expressions telles que « ça, c'est gay » et « ils se cherchent encore ».

*Et si je me trompe ?*

Les personnes ont souvent peur d'être offensant ou embarrassant s'ils utilisent le mauvais terme, prénom ou pronom, surtout pour les personnes transgenres ou d'un genre différent. Le plus important est de communiquer respectueusement et si vous vous trompez, excusez-vous et poursuivez la conversation. C'est normal de se tromper. C'est en se trompant qu'on apprend, alors continuez — c'est tout à fait normal de se tromper et même les membres de la communauté LGBTQI+ n'utilisent pas toujours les termes adaptés. Si vous faites une erreur, excusez-vous simplement et poursuivez la conversation ou corrigez-vous, si possible. Cependant, reproduire ces erreurs peuvent témoigner d'un manque de respect et peuvent être très pénibles. Si elles se reproduisent ou sont faites volontairement, cela est considéré comme du harcèlement ou de la discrimination, tous deux punis par la loi.

## Glossaire

### Définition de LGBTQI+

L'acronyme LGBTQI+ est un mot parapluie qui encadre différentes sexualités, genres et caractères sexuels.

#### LGBTQI+

Acronyme pour Lesbienne, Gay, Bisexuelle, Transgenre, Queer, Intersexe. Le « + » désigne toutes identités, orientations ou expressions qui ne sont pas présentes dans l'acronyme. En bref, toutes les autres situations.

On ne choisit pas d'être LGBTQI+, c'est un caractère naturel impossible à changer, tout comme l'hétérosexualité ou l'identité cisgenre. Les personnes LGBTQI+ se trouvent partout dans le monde peu importe l'époque mais tous les citoyens n'ont pas la même chance de la vivre ou de l'exprimer. Entre 5 et 15% des êtres humains seraient considérés ou se considèreraient comme LGBTQI+. Les personnes LGBTQI+ se situent dans cet acronyme car elles sont victimes des mêmes systèmes d'oppression ou d'invisibilité, mais toutes ces lettres représentent également différentes réalités de vie.

Les trois premières lettres de l'acronyme, LGB, sont des orientations sexuelles :

#### LESBIENNE

Adjectif utilisé pour parler d'une femme homosexuelle, c'est-à-dire une femme attirée amoureusement et/ou sexuellement par les femmes.

#### GAY

Adjectif utilisé pour parler d'un homme homosexuel, c'est-à-dire un homme attiré amoureusement et/ou sexuellement par les hommes.

Attention ! « Homosexuel » a souvent une connotation liée à un diagnostic médical ou un inconfort en présence des personnes gay ou lesbiennes. « Nous voulons faire de notre mieux pour inclure nos salariés gays ».

#### BISEXUELLE

Attirance physique, sexuelle, émotionnelle ou amoureuse pour les deux genres, ou plus.

#### TRANSGENRE, TRANS

Pour une personne dont l'identité de genre est différente de celui assigné à la naissance (sexe biologique). « Trans » est une abréviation.

Les citoyens transgenres peuvent décider des modifications, physiques ou non qu'elles souhaitent réaliser pour être à l'aise avec eux-mêmes, c'est-à-dire d'exprimer leur façon de vivre qui correspond le mieux à leur identité de genre.

Les personnes dont le genre assigné à la naissance, leur sexe biologique, leur convient sont appelées « cisgenres ».

/!\ À bannir : « transexuel.le » « Transexuel.le » est un ancien terme datant du XIXème siècle, à la fois idéologique, à connotation pathologique et discriminant. Veuillez plutôt utiliser le terme transgenre. On l'utilise en tant qu'adjectif comme « gay », « lesbienne », etc. Par exemple, « un homme trans » plutôt que « un trans ».

### QUEER

Une personne dont le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et/ou l'expression de genre diffère des attentes de la société, ou n'est considérée ni « conforme, traditionnelle, hors catégorie ». Par conséquent, ce terme concerne chaque lettre de l'acronyme LGBTQI+.

### INTERSEXE

Les personnes intersexes sont nées avec des caractères sexuelles (chromosomes, appareil génital ou structures hormonales) qui ne correspondent pas entièrement à un homme ou une femme mais qui appartiennent aux deux à la fois. Dans de nombreux pays, les enfants intersexes dont le système reproductif n'est pas considéré comme « conforme » à un homme ou une femme sont encore mutilés à la naissance pour « les rendre normaux » selon des critères hétéronormatifs et cisnormatifs.

Le nombre de naissances d'enfants intersexes se situe entre 1 ou 2% pour le monde entier.

/!\ à bannir : « hermaphrodite » : terme stigmatisant et incorrect avec des antécédents médicaux négatifs.

Termes utiles à connaître :

### CISGENRE / CIS

Une personne dont l'identité de genre correspond au genre assigné à sa naissance.

### COMING OUT, OUTING

Coming-out : communiquer une information très personnelle et intime à quelqu'un, telle que son orientation sexuelle ou son identité de genre.

Outing : révéler l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les caractères sexuels d'une personne LGBTQI+ contre son gré. L'outing peut exposer ces personnes à des situations très embarrassantes ou même parfois dangereuses. De même qu'il est totalement déplacé de contraindre quelqu'un à faire son coming-out. C'est-à-dire encourager ou même forcer quelqu'un à révéler leur appartenance à la communauté LGBTQI+ alors qu'ils ne souhaitent pas le faire ou ne sont simplement pas prêts.



## DISCRIMINATION

La discrimination c'est l'inégalité en termes de droits et d'opportunités. Il s'agit du traitement injuste d'une personne à cause de son genre, sa sexualité, son âge, son poids, son origine, sa religion, son handicap, etc. Il existe plusieurs formes de discrimination comme des actes de pure haine, des refus d'accéder à des privilèges accordés à d'autres communautés par des institutions.

## LGBTQI+ FRIENDLY

L'expression « friendly » (amical, sympathique en français) est utilisée dans le sens de « accueillant » ou « sécurisant » pour parler d'un endroit, un espace mais il peut aussi être utilisé pour une personne.

Exemple : « Ce café est gay-friendly, c'est-à-dire que les personnes gays sont en sécurité ici », « Ce docteur est trans-friendly » signifie que le médecin accueille des personnes trans, sans leur porter atteinte.

## VIH

Virus de l'Immunodéficience Humaine. Une infection au VIH ne peut être actuellement guérie, mais un traitement antirétroviral (ARV) permet de garder l'infection sous contrôle et d'éviter qu'il ne se développe en SIDA. Les personnes atteintes du VIH qui prennent un traitement antirétroviral efficace qui rend la charge virale indétectable ne transmettent pas le virus lors de rapports sexuels, même sans protection.

Une personne atteinte du VIH est appelée séropositive.

## HOMOPHOBIE

L'homophobie regroupe toutes attitudes négatives pouvant mener à des comportements discriminatoires ou persécutants (harcèlement, rejet, violence, etc.) envers une personne ou un groupe de personnes à cause de leur homosexualité ou bisexualité, qu'elle soit réelle ou simplement perçue. Différentes facettes peuvent découler de l'homophobie : la lesbophobie (rejet des personnes lesbiennes), la gayphobie (rejet des personnes gays) ou la biphobie (rejet des personnes bisexuelles).

## HORMONOTHERAPIE (HT)

La prise ou le blocage d'hormones telles que la testostérone, l'œstrogène ou la progestérone lors d'un processus de changement de genre. La HT amène à de nombreuses modifications physiques, certaines réversibles d'autres non, pour développer des caractères masculins secondaires ou des caractères sexuels féminins.

## INVISIBILITE

Discrimination directe ou indirecte où les besoins, désirs, droits, choix de vie ou créations culturelles ou intellectuelles d'une minorité sont ignorés, moqués ou rendus inaccessibles. L'invisibilité touche différentes minorités, y compris les minorités sexuelles et de genre.

## LGBTQI-PHOBE

Associée à la discrimination envers les personnes LGBTQI+.

### MÉGENRER

Mégenrer c'est employer, de manière intentionnelle ou non, un pronom ou un genre qui ne correspond à l'identité de genre d'un individu.

### NON-BINAIRE

Être non-binaire c'est de se retirer soi-même du spectre binaire « masculin/féminin ». C'est un mot parapluie qui recouvre, parmi d'autres, les personnes qui s'identifient à la masculinité et la féminité ou à aucun des deux. Ces personnes préfèrent généralement les pronoms neutres lorsque l'on s'adresse à eux.

### NORMATIVITÉ : HÉTÉRONORMATIVITÉ, CISNORMATIVITÉ

L'hétéronormativité c'est supposer que l'hétérosexualité est la norme valide et que les relations hétérosexuelles sont un standard de détermination pour ce qui est normal (valide) ou non.

La cisnormativité c'est supposer qu'être cisgenre est la norme valide et que le système binaire du genre doit être la référence pour déterminer ce qui est normal (valide) ou non.

### « OUTING »/RÉVÉLATION

L'« outing » c'est la révélation de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou des caractères sexuels d'une personne LGBTQI+. Il ne faut jamais divulguer ces informations sur quelqu'un contre leur gré, risquant de les exposer à des situations très embarrassantes ou même parfois dangereuses. De même qu'il est totalement déplacé de contraindre quelqu'un à faire son coming-out. C'est-à-dire encourager ou même forcer quelqu'un à révéler leur appartenance à la communauté LGBTQI+ alors qu'ils ne souhaitent pas le faire ou ne sont simplement pas prêts.

### CONNOTATION PATHOLOGIQUE

Considérer ou traiter une personne ou une situation comme une maladie, c'est-à-dire ne pas la traiter comme sain ou normal.

### TRANSITION

La période où les modifications psychosociales et du corps sont le plus marquées chez une personne qui a décidé de modifier son rôle social (par exemple de vivre « comme une femme ») et/ou de modifier son apparence physique (par exemple en s'épilant, en prenant des hormones ou un entreprenant une opération génitale).

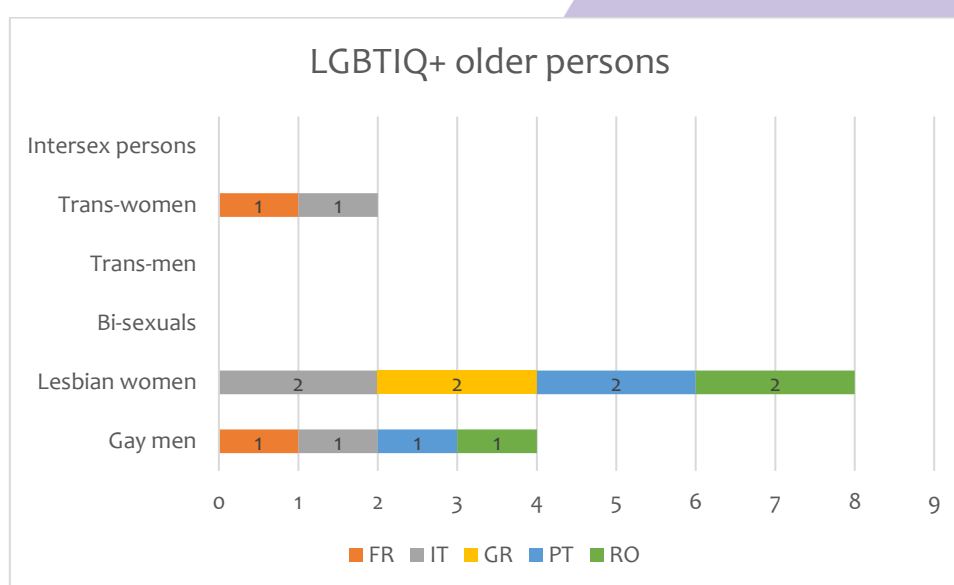
La transition a lieu à trois échelles : sociale, médicale et légale. Vous pouvez choisir de la réaliser à une seule échelle, deux, les trois, ou aucune. Chacun vit sa transition comme il le souhaite. La transition n'est en aucun cas obligatoire.

### TRANSPHOBIE

Peur irrationnelle/rejet qu'un individu peut ressentir envers une personne transgenre. La transphobie peut se manifester à travers de discriminations ou intolérances (discrimination professionnelle, immobilière...), de violences physiques (agressions, viols, meurtres...), verbales (insultes), psychologiques et le refus de considérer le genre qui correspond le mieux à une personne.

Il est important de préciser que l'expérience du genre et de la sexualité de chacun est unique et valide. Il est important d'écouter, de respecter comment chacun s'identifie et d'utiliser un langage respectueux et approprié.

### Graphique sur la diversité



### Cas pratiques : réfléchir sur les pratiques de soins/études de cas

#### Cas pratique 1

<b>Nom de l'activité</b>	<b>Jeu de rôle sur le langage inclusif : mise en situation</b>
<b>Nombre de participants</b>	<b>En groupe ou par deux</b>
<b>Objectifs</b>	<b>S'entraîner à utiliser un langage inclusif dans des situations réelles et sensibiliser à l'impact du langage sur des individus, des communautés</b>

<p>Déroulement étape par étape</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Répartissez les participants en groupes ou par deux ;</li> <li>2. Donnez une mise en situation associée au langage inclusif à chaque groupe. Voici quelques exemples :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ton ami.e te présente la personne partageant sa vie et qui utilise le pronom iel. Tu ne sais pas réellement comment t'adresser à celle-ci et veut t'assurer que tu utilises le pronom approprié.</li> <li>b) Tu es à un mariage et les personnes qui se marient sont deux femmes. Tu ne sais pas comment parler d'elles dans une conversation et veux t'assurer que tu utilises un langage respectueux et inclusif.</li> <li>c) Ton ami.e te dit être non-binaire. Tu n'en connais que peu sur la non-binarité et veux t'assurer que tu utilises un langage respectueux et inclusif à propos d'ellui.</li> <li>d) Tu es dans un lieu public et tu entends une personne insulter une autre personne LGBTQIA+. Tu aimerais intervenir mais tu voudrais le faire de manière sécurisée et efficace.</li> </ol> </li> <li>3. Demandez aux groupes de présenter la mise en situation, avec une personne jouant le rôle de l'orateur et les autres celui d'auditeurs.</li> <li>4. La mise en situation terminée, demandez à l'audience de donner leur avis à l'orateur sur son langage utilisé. Il peut s'agir de commentaires positifs sur l'utilisation d'un langage inclusif mais aussi des suggestions pour utiliser un langage plus inclusif à l'avenir.</li> <li>5. Après avoir terminé chaque mise en situation, laissez chaque groupe partager leur expérience avec le reste des participants et discutez de l'importance de l'utilisation d'un langage inclusif dans la vie de tous les jours.</li> </ol>
------------------------------------	--

<b>Remarques/conseils pour les animateurs</b>	<p>Encouragez les participants à réfléchir à leurs façons d'utiliser un langage inclusif dans leurs vies quotidiennes et de continuer à s'éduquer sur les différentes communautés et identités. Demandez-leur de réfléchir aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quel.s problème.s avez-vous rencontré dans l'utilisation d'un langage inclusif pour la mise en situation ?</li> <li>○ Quelles stratégies avez-vous utilisées pour vous assurer que vous utilisiez un langage inclusif ?</li> <li>○ De quelle manière pensez-vous que l'utilisation du langage inclusif peut impacter les individus et les communautés ?</li> </ul>
<b>Sources</b>	<a href="https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms">https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms</a>

## Cas pratique 2

<b>Nom de l'activité</b>	<b>Glossaire en chaîne</b>
<b>Nombre de participants</b>	
<b>Matériel</b>	<b>Un jeu de cartes avec des termes du glossaire LGBTQIA+, des ciseaux, stylos et papier.</b>
<b>Objectifs</b>	<b>Aider les participants à comprendre des définitions simples des termes du glossaire LGBTQIA+ et les encourager à réfléchir sur l'importance d'utiliser un langage inclusif.</b>

<b>Déroulement étape par étape</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Découpez les termes du glossaire LGBTQIA+ en plusieurs cartes en vous assurant que chaque carte n'a qu'un seul terme ;</li><li>2. Distribuez les cartes aléatoirement aux participants ;</li><li>3. Demandez aux participants de prendre quelques minutes pour regarder leur carte et écrire leur définition. Précisez qu'ils ne doivent pas chercher le mot sur internet ou demander de l'aide aux autres ;</li><li>4. Après la fin du temps imparti (5 minutes par ex), invitez les participants à se mettre par deux ;</li><li>5. Demandez aux participants de se mettre dos à dos avec leur partenaire et de partager leurs définitions sur la carte ;</li><li>6. Après que les deux participants aient partagé leur définition, laissez-les comparer leurs réponses et discuter des points communs ou des différences ;</li><li>7. Répétez l'exercice avec un nouveau partenaire, jusqu'à ce que tous les participants aient eu l'occasion de comparer leurs définitions avec plusieurs autres participants ;</li><li>8. Terminez l'activité en invitant les participants à partager leurs idées ou observations sur l'importance d'utiliser un langage inclusif sur le bénéfice apporté par la compréhension des définitions des termes du glossaire LGBTQIA+.</li></ol>
------------------------------------	---



<p><b>Remarques/conseils pour les animateurs</b></p>	<p>Avant le début de l'activité, veillez à établir un environnement respectueux et inclusif, dans lequel chaque participant se sent à l'aise pour partager ses idées et ses expériences. Certains participants peuvent avoir beaucoup d'expériences et de connaissances liées aux termes du glossaire LGBTQIA+, tandis que d'autres n'en ont qu'une connaissance limitée. Préparez-vous à soutenir et guider des participants avec des niveaux de connaissance et de compréhension différents.</p>
<p><b>Sources</b></p>	<p><a href="https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms">https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms</a></p>

## Bibliographie

Equality, Diversity & Inclusion Inclusive Language Guide, City of Glasgow College

(2018) LGBTQI Inclusive Language Guide, Victorian Government(2019)

Gender-inclusive language guidelines (English): Promoting gender equality through the use of language,  
UN Women

Inclusive language guidelines, Chartered Insurance Institute (2018)

Inclusive Language Guidelines, Faculty for Social Wellbeing, University of Malta

(2018) NHS guidelines, <https://service-manual.nhs.uk/content/inclusive-language>

<https://www.theequalityproject.org.au/blog/lgbtiqa-inclusive-language-guide>

<https://www.babraham.ac.uk/sites/default/files/media-directories/inclusive%20language%20guidelines.pdf>

<https://www.glaad.org/>

# MODULE 4

## SOIN AXÉ SUR LA PERSONNE

## MODULE IV

### Soin axé sur la personne

#### Présentation et objectifs d'apprentissage du module

Concernant le soin axé sur la personne, les professionnels de santé et travailleurs sociaux travaillent avec des personnes qui emploient ces services. Le soin axé sur la personne soutient les individus dans l'expansion des savoirs, des compétences et de la confiance dont ils ont besoin pour mieux gérer et prendre des décisions réfléchies sur leur propre santé et les soins.

Il est organisé de manière coordonnée et adaptée selon les besoins de chacun et, surtout, il garantit le traitement de chacun avec dignité, compassion et respect.

Cela semble être du bon sens pour chaque branche médicale mais ce n'est pas toujours le cas. Les structures de soin prennent majoritairement des actions « aux » ou « pour » les individus, plutôt que « avec » eux et trouvent qu'il est difficile d'inclure les personnes aux décisions et jugent que les objectifs de chacun amèneront à une conclusion médicale.

Cette approche devient de plus en plus populaire au fil des années et il est important de se familiariser avec ce terme. Le patient reste au centre des soins et de nombreux principes fondamentaux bénéfiques pour la réadaptation et la guérison.

Ce module explore le soin axé sur la personne. Plus précisément, il se penche et analyse l'importance du soin axé sur la personne dans les établissements pour personnes âgées et notamment les personnes LGBTQI+ et la manière dont il peut être amené.

Notre objectif à la fin du module est que chacun...

- Ait développé nos connaissances sur le soin axé sur la personne (définition et principes) ;
- Ait plus conscience de l'importance du soin axé sur la personne, les avantages et les défis lors de sa mise en place ;
- Se rende compte de l'importance de l'empathie et de la compréhension envers les résidents au sens large et plus particulièrement les résidents LGBTQI+ pour mettre en pratique le soin axé sur la personne.

## Modèle axé sur la personne

### Définition des valeurs axées sur la personne dans le monde médical et social

L'expression « soin axé sur la personne » est employée pour faire référence aux nombreux principes et actions différents, il n'existe pas de définition précise du concept. Ceci peut en partie s'expliquer par la dimension encore nouvelle et innovante du concept et également parce que, si le soin est axé sur la personne, il prendra alors une forme différente selon les besoins, circonstances et préférences du patient. Ce qui peut être important pour une personne nécessitant des soins peut être totalement inutile ou même désagréable pour une autre.

Au début des années 1960, le psychologue Carl Rogers fut le premier à utiliser l'expression « soin axé sur la personne » dans le domaine de la psychothérapie (et avait déjà employé « centré sur le client » dans les années 1950). Même si le sens aujourd'hui de « soin axé sur la personne » est différent sur plusieurs aspects, les deux partagent un élément-clé : l'empathie – la volonté du professionnel à ne porter aucun jugement et prendre en considération le point de vue du receveur de soins. Rogers le nomme « regard positif inconditionnel ».

À la fin des années 1970, le psychiatre américain George Engel encourage le passage à un modèle de santé biopsychosocial, plutôt qu'un modèle médical – le biopsychosocial est aujourd'hui fréquemment utilisé pour expliquer le changement requis pour prodiguer des soins axés sur la personne.

Ces idées ont commencé à être intégrées dans le système de santé dans les années 1990 aux États-Unis, lorsque le modèle de soins des maladies chroniques (Chronic Care Model) a été élaboré pour corriger les manquements présents dans le traitement des personnes en soin à long terme. Puis, en 2001, la très influente Académie de médecine a inclus le soin axé sur la personne comme l'un de ses six objectifs de qualité des soins. Les dix années qui ont suivi, des concepts de soin axé sur la personne ont commencé à voir le jour de plus en plus régulièrement en Europe, notamment dans les modèles de santé.

Le soin axé sur la personne est un concept qui change la manière de pensée et la manière dont le personnel soignant ou les travailleurs sociaux réalisent leurs tâches quotidiennes.

Il est entièrement axé sur la personne qui bénéficie des soins. L'expression change constamment avec l'évolution des besoins des patients qui, eux aussi, changent.

The Health Foundation (fondation pour la santé) a apporté quatre principes au soin axé sur la personne :

1. Offrir dignité, compassion et respect aux individus ;
2. Offrir des soins, un soutien et des traitements adaptés ;
3. Offrir des soins, un soutien et des traitements personnalisés ;
4. Accompagner chacun à reconnaître et développer ses propres forces et aptitudes pour leur permettre d'avoir une vie indépendante et épanouissante.

La plupart des définitions du soin axé sur la personne ont plusieurs points communs impactant la façon dont les systèmes et établissements de santé sont organisés et gérés et la façon dont les soins sont prodigués :

- La mission, la vision, les valeurs, la direction et les acteurs d'amélioration de la qualité du système de santé sont en accord avec les objectifs axés sur le patient ;

- Les soins nécessitent collaboration, coordination et accessibilité. Les soins adéquats sont prodigués au bon moment et au bon endroit ;
- Le confort physique et le bien-être émotionnel sont importants pour les soins ;
- Les préférences, valeurs, traditions culturelles et conditions socioéconomiques du patient et de la famille doivent être respectées ;
- Les patients et leurs familles font partie du système de santé et jouent un rôle dans les décisions à l'échelle du patient et de l'établissement ;
- La présence des proches dans le système de soins est recommandée et facilitée ;
- Les informations sont partagées en temps voulu afin que les patients et leurs proches puissent prendre des décisions réfléchies.

### Patient-Centered Care



NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Document 1 – Soins axés sur la personne : patient au centre du système de soins. Les objectifs et valeurs du patient sont la priorité. Proches présents à chaque étape.

Ce concept fonctionne par la combinaison des connaissances professionnelles du personnel et des soignants avec les connaissances personnelles du corps, des valeurs, des sentiments et aptitudes des patients.

Il est conçu pour créer un programme de soins pour chaque individu et il est délivré pour qu'il soit à l'aise avec celui-ci car cela peut être un problème important quand les soins sont prodigués.



## Les principes du soin axé sur la personne

Bien que les différents organismes écrivent leurs propres principes, ils partagent tous les mêmes valeurs.

Voici un résumé des principes fondamentaux :

### **Respecter l'individu**

Il est essentiel d'apprendre à connaître le patient en tant que personne et de reconnaître ses propres qualités. Ils ont leurs propres valeurs, convictions, limites et opinions personnelles. Il est, non seulement, primordial de comprendre ces aspects chez la personne mais aussi de les respecter et de les intégrer au programme de soins.

### **Traiter l'individu avec dignité**

Ce principe implique de communiquer avec le patient de manière respectueuse, d'écouter ce qu'il a à dire et d'accepter leur participation. Cela implique aussi le maintien de leur dignité et d'éviter qu'il se sente mal à l'aise ou embarrassé.

### **Comprendre leurs expériences et leurs objectifs**

Pour élaborer un programme de soins à long terme, il est important de connaître l'expérience de vie, l'état actuel et les projets futurs du patient. Cela vous aidera à avoir une meilleure compréhension de l'individu et vous permettra une meilleure adaptation des soins.

### **Maintenir la confidentialité**

Comme tout secteur de santé, la confidentialité doit être maintenue au besoin et cela, non pas uniquement pour le bien-être du patient mais aussi pour instaurer de la confiance et créer une relation productive. Ce principe peut être approché en définissant avec l'individu quelles informations il souhaite partager avec ses amis, sa famille ou d'autres professionnels.

### **Responsabiliser**

Le soin axé sur la personne aide le patient à réaliser autant d'activités quotidiennes qu'il souhaite. Ce principe est important pour encourager le développement des compétences du patient et de créer un climat de confiance dans leur chemin vers la guérison. Cependant, les limites de chacun doivent être définies et ne pas être poussées trop loin.

### **Organiser les soins**

Pour rendre la guérison aussi calme et productive que possible, tout le personnel soignant doit organiser le traitement prodigué à l'individu. Ce principe est particulièrement important pour les patients recevant différents types de soin puis qu'un programme non-organisé peut entraîner confusion, stress, anxiété ou contretemps dans la guérison.

## L'importance et les avantages du soin axé sur la personne

Le principal objectif et avantage du soin axé sur la personne est d'améliorer les résultats sanitaires individuels, pas simplement ceux de la population même s'ils peuvent également s'améliorer. Non

seulement les patients en bénéficient mais les professionnels et les systèmes de santé en bénéficient également grâce à<sup>36</sup> :

- L'amélioration des scores de satisfaction chez les patients et les familles ;
- L'amélioration de la réputation des professionnels auprès des patients ;
- Une meilleure morale et une meilleure productivité chez les personnels de clinique et auxiliaire ;
- L'amélioration de l'allocation des ressources ;
- La réduction des dépenses et l'augmentation des marges financières tout au long des systèmes de soins.

Le soin axé sur la personne présente de nombreux avantages pour les patients et les professionnels. Pour commencer, voici les avantages pour la personne bénéficiant des soins<sup>3</sup> :

- Ils se sentiront plus motivés en suivant un programme auquel ils ont contribué et qui a été élaboré selon leurs besoins ;
- Il les aide à travailler sur leurs objectifs et atteindre d'importants événements ;
- Leurs besoins médicaux ne seront pas les seuls à être répondus, les besoins émotionnels, personnels et sociaux le seront aussi ;
- Il encourage l'indépendance et offre plus de responsabilité au patient, ce qui peut être un autre facteur de motivation ;
- Ils se sentiront plus à l'aise et positifs concernant les soins prodigués, pouvant créer un meilleur environnement à la fois pour la personne et le professionnel ;
- La qualité des soins est améliorée, menant à une guérison plus rapide.

Il existe aussi de nombreux avantages pour ceux qui prodiguent les soins :

- Un environnement plus positif et plus joyeux est créé lorsque le traitement se concentre sur les besoins personnels du patient ;
- Les patients ont plus de chance d'être investis et consistants dans leur programme de soins, leurs médicaments et leur traitement lorsque l'on accorde du temps à leurs besoins ;
- Il peut améliorer l'intérêt des individus pour la santé sur le long terme s'ils sont impliqués dans un choix de méthode de guérison ce qui est extrêmement bénéfique s'ils rentrent chez eux et ont une meilleure responsabilité sanitaire ;
- Toutes ces avantages permettent de rentabiliser les services, d'améliorer la qualité des soins et de rendre les patients plus réceptifs à leurs plans personnalisés.

Beaucoup de personnes veulent avoir un rôle plus actif pour leur santé et il est de plus en plus évident que des méthodes de santé axé sur la personne telles que la prise de décision partagée et le soutien à

---

<sup>36</sup> <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0559>

L'auto-gestion peuvent améliorer une série d'éléments, notamment l'expérience du patient, la qualité des soins et les résultats en matière de santé. Voici quelques exemples :

- Soutenir les patients en soins à long terme à gérer leur santé et leurs soins peut améliorer les résultats médicaux.<sup>37</sup> Lorsque les personnes ont un rôle important dans la gestion de leur santé et de leurs soins, ils ont moins tendance à utiliser les services d'urgence de l'hôpital. Ils ont également plus tendance à suivre les traitements prévus<sup>38</sup> et les prescriptions de médicaments<sup>39</sup> ;
- Les patients à qui on offre la possibilité et le soutien pour prendre des décisions concernant leurs soins et leur traitement avec les professionnels de santé sont plus satisfaits<sup>40</sup>. Ils sont également plus enclins à choisir des traitements respectant leurs valeurs et leurs préférences plutôt que ceux des médecins<sup>41</sup> et, enfin, ils préfèrent choisir des traitements moins invasifs et moins coûteux<sup>42</sup> ;
- Les personnes avec plus de connaissances, plus de compétences et plus de confiance dans la gestion de leur santé et de leurs soins sont plus susceptibles d'adopter des comportements de santé positifs et d'obtenir de meilleurs résultats médicaux<sup>43</sup> ;
- Le soin axé sur la personne représente également un avantage pour les professionnels de santé. Plus la participation du patient sera importante, meilleurs seront les performances et les états d'esprit du personnel.<sup>44</sup>

#### Quels sont les obstacles et les éléments favorisant le soin axé sur la personne ?

Il existe plusieurs facteurs à différentes échelles du système de santé qui peuvent être des obstacles ou des éléments permettant le développement et l'intégration du soin axé sur la personne dans les soins médicaux classiques.

A l'échelle nationale, un certain nombre de leviers existent tels que les systèmes de paiement qui peuvent soutenir ou empêcher la pratique du soin axé sur la personne. Au sein des services de santé, les méthodes et systèmes d'organisation peuvent également impacter les tentatives de mise en œuvre du soin axé sur la personne.

---

<sup>37</sup> De Silva D. Helping people help themselves. London: The Health Foundation, May 2011, p6.  
[www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves](http://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves)

<sup>38</sup> De Silva D. Helping people share decision making. London: The Health Foundation, July 2012.  
[www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making](http://www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making)

<sup>39</sup> National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE, 2009.  
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg76>

<sup>40</sup> De Silva D. Helping people share decision making. London: The Health Foundation, July 2012, p.9.  
[www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making](http://www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making)

<sup>41</sup> O'Connor AM, et al. Modifying unwarranted variations in healthcare: shared decision-making using patient decision aids. Health Affairs, web exclusive, 7 October 2004.

<sup>42</sup> De Silva D. Helping people share decision making, The Health Foundation, June 2012, p.12.  
[www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves](http://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves). See also evidence emerging in the US suggesting that use of patient decision aids, a tool used in shared-decision making, can reduce costs: Arterburn D, et al. Introducing decision aids at group health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. Health Affairs, 8 Feb. 2013.

<sup>43</sup> Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation. The King's Fund, 2014

<sup>44</sup> The King's Fund. Leadership and engagement for improvement in the NHS: Together we can. London: The King's Fund, 2012.

Pour être plus précis, la culture de l'organisation peut lourdement influencer la motivation des équipes et des personnes mais aussi leur capacité à travailler en suivant la méthode du soin axé sur la personne. En soutenant et en adhérant à cette méthode, les hauts dirigeants deviennent rois du changement et peuvent faire une grande différence. Plutôt que d'imposer des solutions, encourager le personnel, leur donner le pouvoir de modifier les services à l'échelle locale et réunir une équipe principale pour mener ce changement peut également se montrer utile.

En outre, certains aspects d'une personne peuvent impacter son degré d'engagement pour sa santé et ses soins. Sont compris parmi ces aspects le milieu social et culturel, le statut et l'état de santé et les convictions et préférences. Il est important de prendre en compte ces facteurs lorsque les interventions et méthodes sont élaborées.

Finalement, à chaque échelle du système de santé, y compris les politiques locales et nationales, la gestion, l'organisation, le personnel soignant, les patients et les bénéficiaires de soins ont un rôle à jouer dans la création des bonnes conditions et situations pour que le soin axé sur la personne se développe.

## Pratiques axées sur la personne

Les pratiques axées sur la personne sont utilisées en équipes ou par des organisations pour s'assurer que les intérêts des personnes accompagnées et leurs familles restent le centre d'attention mais aussi que le personnel soit lui aussi accompagné. Les méthodes axées sur la personne s'assurent que les patients soient considérés comme des êtres humains avec des talents et contributions inestimables.

Les méthodes axées sur la personne peuvent être considérées comme une « boîte à outils » ou différentes manières d'écouter les personnes et de réunir leurs informations. Il existe de nombreux documents très fiables qui permettent aux individus de choisir leur propre manière de réussir.

Comme n'importe quel outil, il est efficace seulement si l'utilisateur a développé les compétences nécessaires et continue à les améliorer grâce à la pratique et aux retours des autres. Travailler de cette manière permet aux personnes d'être réellement écoutés et conservés au cœur de la prise de décisions : la manière dont on gère, assure et organise un service. Les personnes qui s'occupent des rôles ont la responsabilité d'utiliser les méthodes axées sur la personne pour aider les personnes qu'ils aident à savoir où ils souhaitent aller et la meilleure manière pour y arriver. Afin d'assurer la mise en œuvre des programmes et que la personne continue d'être accompagnée selon sa volonté, les méthodes axées sur la personne doivent être intégrées quotidiennement à toutes les échelles des organisations.

## La relation entre l'empathie et le soin axé sur la personne

L'empathie, ou la capacité de se mettre à la place d'une personne par rapport à ce qu'elle ressent ou pense, est un élément crucial pour prodiguer des soins de manière efficace, y compris les soins axés sur la personne et il a été démontré qu'elle améliorerait le bien-être du patient et du personnel soignant.

Malgré la large portée des significations du soin axé sur la personne, toutes semblent inclure l'empathie de manière implicite ou explicite. Par ailleurs, l'étude systématique des définitions de soin axé sur la personne indique que l'empathie des médecins est un élément-clé du soin axé sur la personne.

Il existe un lien logique entre le soin axé sur la personne et l'empathie. Sans compréhension interpersonnelle, centrer un programme de soin sur le patient devient très difficile. Il existe des

dimensions du soin axé sur la personne qui dépassent l'empathie. Par exemple, nous estimons que les aspects de soin axé sur la personne en lien avec la continuité du travail d'équipe et avec la coordination des soins ne constituent une définition utilisable ou crédible de l'empathie thérapeutique.

### Comment savoir si les soins sont axés sur la personne ?

Il n'existe aucune solution déjà prête pour mesurer si le soin est axé sur la personne puisque cette méthode se compose d'activités qui dépendent du patient et de la situation en question pour mesurer à quel point la situation représente un défi. Un soin axé sur une personne peut ne pas l'être pas pour une autre.

Une méthode axée sur la personne s'explique par la concentration des éléments de soin, de soutien et de traitement les plus importants pour le patient, sa famille et les soignants. Par conséquent, avant même de penser à la mesurer, la priorité est de repérer ce qui est le plus important pour eux, sans tirer de conclusions.

Le point de départ est de choisir une expérience de soins (par exemple une visite en hôpital de jour ou être admis en chirurgie) selon les quatre principes décrits ci-dessus et ensuite, d'évaluer dans quelle mesure les soins suivent chacun des principes.

Une grande quantité d'informations est nécessaire, y compris des données quantitatives et qualitatives, telles que des histoires personnelles. Il est également crucial de suivre les retours enregistrés et d'y répondre, tels que des plaintes et enquêtes réalisées auprès des patients (retours sur place en direct et enquêtes nationales), qui vont avec les mesures.

### Soin axé sur la personne pour les personnes âgées LGBTQI+

*Il n'est jamais trop tard pour soigner ses blessures, qu'elles soient physiques, spirituelles, émotionnelles ou psychosociales.*

Les personnes âgées LGBTQI+ rencontrent des obstacles pour l'accès aux soins, nuisant à leur capacité de recevoir des soins axés sur la personne, nécessaires pour la prévention et la gestion de la faiblesse, du handicap et de la maladie. Des politiques de santé, la création et la mise en place de services ont un impact sur la capacité du système de santé à répondre aux besoins des personnes âgées LGBTQI+ à toute échelle et tout type de soins.

Les personnes âgées LGBTQI+ ont été une communauté longtemps négligée qui présente des inégalités de santé en termes de soins, de soins à long terme, ils ont presque toujours été invisibilisés par le personnel soignant. Beaucoup de personnes âgées LGBTQI+ ont, durant des années, évité et reporté leurs rendez-vous médicaux par peur d'être maltraités, insultés ou même blessés par les professionnels de santé.

Le soin axé sur la personne met un point d'honneur sur la dimension humaine en reconnaissant que chacun est pluridimensionnel et que la santé et le bien-être viennent de l'interconnectivité de ces différentes dimensions au cours de notre vie. La sexualité est quelque chose de complexe et fondamental à l'être humain. Bien que l'orientation sexuelle et l'identité de genre soient centrales à l'identité et aux



expériences de vie de chacun, les professionnels de santé sont trop peu renseignés et formés sur les soins des personnes LGBTQI+, amenant à un soin axé sur la personne qu'on ne peut qualifier de « optimal ».18

Aucune conclusion ne doit être tirée sur l'individu lors du soin axé sur la personne mais, en revanche, soyez ouverts à en apprendre plus sur la personne. Le respect, l'ouverture, la décence et la bienveillance, essentiels pour le soin axé sur les personnes âgées LGBTQI+, devraient être sollicités lors de chaque échange lié au soin axé sur la personne. Ces actions peuvent accélérer et renforcer la guérison et également créer des atmosphères et des organisations plus sûres et plus bienveillantes qui avantageront tout le monde.

Se renseigner sur la vie d'une personne en soin axé à la personne est essentiel. Plus vous avez d'informations, plus faciles seront l'évaluation, la programmation et la mise en œuvre des soins. Notre souhait est que les personnes âgées se sentent en sécurité pour partager ouvertement leurs besoins personnels, leurs craintes et leurs émotions aux professionnels de santé. Se renseigner sur leur vie ne leur apporte pas uniquement des informations médicales importantes, cela permet d'établir un lien plus profond et plus personnel entre le soignant et le patient. L'exercice de souvenir peut représenter des avantages pour la santé des personnes âgées : il permet de réduire la dépression, la solitude et l'isolement. 18

L'hétéronormativité et la discrimination doivent être combattues dans l'ensemble du système de santé afin d'atteindre l'objectif de la politique de santé qui consiste à aider toutes les personnes âgées à profiter des soins et du bien-être. Par exemple, l'hétéronormativité au sein des systèmes de santé peut être rencontrée dans les formulaires d'évaluation des soins, qui ne pose aucune question concernant l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. La connaissance de ces informations peut influencer les programmes de soins et amener le personnel à faire appel à la « famille choisie », à utiliser les pronoms souhaités, à inclure les partenaires homosexuels, à fournir une chambre appropriée au sein de l'EHPAD et à s'assurer que l'on s'occupe des personnes âgées LGBTQI+ de la manière qu'elles auraient voulu après la mort.19

Il a été prouvé que les besoins des personnes âgées LGBTQI+ en termes de soutien et de santé ne sont pas toujours correctement pris en compte par les systèmes de santé. Sans formation en compétence culturelle, les professionnels de santé risquent de ne pas être préparés à travailler avec les personnes âgées LGBTQI+. Il est nécessaire de mener davantage de recherches sur la capacité des services de santé à prodiguer des soins adaptés aux personnes LGBTQI+ et sur les besoins en matière d'éducation et de formation.

### Cas pratiques : réfléchir sur les pratiques de soins/études de cas

#### Cas pratique 1

<b>Nom de l'activité</b>	Quels sont mes besoins en matière de soins, d'assistance et de traitement ?
<b>Nombre de participants</b>	Au moins 4
<b>Objectifs</b>	L'objectif de cette activité est d'aider les participants à réfléchir à leurs besoins en matière de soins, de soutien et de traitement, qui pourraient être pris en compte dans leur plan de soins.



<b>Déroulement étape par étape</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. expliquer l'objectif et le contenu de l'exercice</li> <li>2. Fournir à chaque personne une feuille de papier A4, au cas où elle souhaiterait écrire sa réflexion.</li> <li>3. Invitez chaque personne à réfléchir, en essayant d'identifier les aspects et les besoins qui devraient être abordés dans son plan de soins, en partenariat avec les soignants.</li> <li>4. Revenez en plénière et partagez les réflexions de chacun.</li> <li>5. Ouvrez une discussion : Est-il difficile d'identifier et de communiquer nos besoins en matière de soins ? Que pensez-vous qu'il soit important d'inclure dans les plans de soins ? Quelles sont les priorités des professionnels et des aidants naturels ? Comment aimeriez-vous être traité/soigné ?</li> </ol>
<b>Remarques et conseils pour l'animateur</b>	<p>Cet exercice vise à encourager les possibilités d'auto-réflexion et de réflexion en groupe sur l'auto-identification des besoins en matière de soins, de soutien et de traitement, en soulignant l'importance de la communication de ces besoins et de la participation active de la personne à la définition de son plan de soins. Il est important de guider la discussion de manière à réfléchir à l'importance des soins centrés sur la personne d'une manière empathique, en aidant les professionnels à remettre en question leur propre travail de manière constructive.</p>
<b>Matériel</b>	Feuilles A4 (une par personne)

### Cas pratique 2

<b>Nom de l'activité</b>	L'approche centrée sur la personne : de la théorie à la pratique
<b>Nombre de participants</b>	Au moins 4
<b>Objectifs</b>	<p>L'objectif de cette activité est de guider les participants dans leur réflexion sur la manière dont l'approche des soins centrés sur la personne peut être transposée dans la pratique des soins sur leur lieu de travail.</p>
<b>Déroulement étape par étape</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. expliquer l'objectif et le but de l'exercice</li> <li>2. Remettez à chaque personne une feuille de papier A4, au cas où elle voudrait écrire sa réflexion.</li> <li>3. Invitez chaque personne à réfléchir, en essayant d'identifier si une approche centrée sur la personne est utilisée sur son lieu de travail, dans le cadre de la prestation de soins ? Dans l'affirmative, quels sont les mesures et les principes appliqués ? Si ce n'est pas le cas, quels sont les obstacles/difficultés identifiés pour son application ?</li> <li>4. Revenez en plénière et partagez les réflexions de chacun.</li> </ol>

	5. Ouvrez une discussion sur le sujet, en cherchant à comprendre de quelle manière les institutions de prestation de soins appliquent ou peuvent appliquer l'approche centrée sur la personne. Identifier les avantages et les obstacles des soins centrés sur la personne dans les contextes de soins pratiques.
<b>Remarques et conseils pour l'animateur</b>	Cet exercice vise à encourager les possibilités d'autoréflexion et de réflexion de groupe sur la manière dont l'approche des soins centrés sur la personne peut être appliquée dans des contextes de soins pratiques. Il est important de guider la discussion pour réfléchir à l'importance des soins centrés sur la personne et à leur transposition sur le lieu de travail, en aidant les praticiens à remettre en question leur propre travail de manière constructive.
<b>Matériel</b>	Feuilles A4 (une par personne)

### Cas pratique 3

<b>Nom de l'activité</b>	Mises en scène inspirées de faits réels pour se familiariser avec les besoins et difficultés rencontrés par les personnes LGBTQI+ <b>(Durée : 1h)</b>
<b>Nombre de participants</b>	Au moins 3
<b>Objectifs</b>	L'objectif de l'activité est de mener les participants vers la réflexion de différentes mises en scène inspirées de faits réels pour se familiariser avec les besoins et difficultés rencontrés par les personnes LGBTQI+
<b>Déroulement étape par étape</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Séparez les participants en groupes de 3 à 6 personnes ;</li> <li>2. Distribuez une mise en scène à chaque groupe ;</li> <li>3. Invitez chaque groupe à discuter des mises en scène (+/- 20 min) en essayant d'identifier si l'on a répondu aux besoins des personnes âgées, s'il s'agit de soin axé sur la personne et si certaines mises en scène présentent un cas de discrimination, de maltraitance ou d'isolement envers la communauté LGBTQI+ ;</li> <li>4. Réunissez-vous tous ensemble et écoutez les points de vue de chaque groupe (+/- 40 min) ;</li> <li>5. Démarrez un débat : comment peut-on basculer vers une pratique médicale axée sur les besoins des personnes, notamment les personnes âgées LGBTQI+ ? Quels sont les avantages et obstacles du soin axé sur la personne ?</li> </ol>
<b>Remarques et conseils pour l'animateur</b>	Cet exercice a pour objectif de créer des opportunités de réflexion personnel et collective sur des mises en scène où les besoins des personnes âgées, notamment LGBTQI+, sont identifiés et où la méthode de soin est étudiée. Il est important de mener la discussion de manière à réfléchir sur l'importance du soin axé sur la personne et sans jugement mais qui essaie faire surgir des stratégies et des

	méthodes pour soutenir les professionnels à transformer leur propre travail de manière constructive.
<b>Matériel</b>	- Feuilles A4 avec une mise en scène (une par groupe)

# MODULE 5

ENVIRONNEMENT SÛR ET  
INCLUSIF POUR LES SOINS  
DES PERSONNES ÂGÉES  
LGBTQI+

## **MODULE V**

### Environnement Sûr et Inclusif pour les soins des personnes âgées LGBTQI+

#### Objectifs d'Apprentissage de ce module

Seront évoquées durant ce module :

- Des pratiques inclusives au sein des structures de soins pour favoriser un accompagnement médical plus inclusif ;
- La manière d'adopter une attitude active de lutte contre la discrimination ;
- Les bonnes conduites professionnelles à prendre ;
- 2 activités dynamiques pour discuter des thèmes du module.

#### Des pratiques inclusives au sein des structures de soins

Cette partie a pour but d'exposer les défis devant être relevés pour rendre les établissements de santé et les maisons de repos plus sûrs pour les personnes LGBTQI+.

Avant d'essayer de former un environnement de santé plus inclusive, il faut réfléchir à une question spécifique qui entoure de manière stéréotypée les personnes âgées : vie sexuelle ou, plutôt, l'absence de vie sexuelle.

#### La sexualité en EHPAD et établissements de soins : limites à surmonter

Plusieurs études sur la sexualité des seniors désignent l'âge comme un facteur déterminant dans le déclin de l'activité sexuelle, un résultat obtenu dans différents contextes nationaux.

La sexualité est, non seulement, un sujet très tabou chez ce public et les soignants mais on assume régulièrement que les personnes âgées n'ont aucune relation intime. Cette affirmation est encore plus vraie pour les personnes âgées qui ne vivent pas seules et qui sont accompagnées par une structure d'accueil sur le long terme. Cela peut s'expliquer par les raisons suivantes : ces personnes sont confrontées à des difficultés quotidiennes plus importantes, notamment des difficultés médicales et leur sexualité n'est pas leur principale préoccupation à la fois pour leurs familles et leurs soignants. Cela se confirme lorsque le partenaire de la personne, peu importe son genre ou son orientation sexuelle, est décédé. Il est non seulement difficile pour eux d'imaginer vouloir une autre relation (platonique ou intime) mais encore plus lorsque la question du sexe entre en jeu.

En outre, comme la contraception n'est pas vraiment un problème à cet âge où les personnes âgées ont de faibles capacités de reproduction, il y a encore moins de prévention en matière de sexualité et de sensibilisation aux infections sexuellement transmissibles.

Notre étude a démontré que les personnes âgées s'isolent dès que mais aussi parce qu'elles ne peuvent s'exprimer sexuellement dans les maisons de repos où elles vivent. Le stigma vient à la fois des résidents et des professionnels. Pour éviter ce type d'isolement, nous vous conseillons de travailler sur le sujet de la sexualité pour construire un environnement sûr et tolérant afin que les individus puissent parler plus librement et plus confortablement de leur sexualité. L'élaboration de cet environnement est la première étape pour libérer la parole sans parler directement d'orientation sexuelle ou de genre.

### Que faut-il faire pour construire cet environnement ?

- Établir un climat de confiance avec les personnes âgées afin qu'elles puissent se confier aux professionnels au sujet de leur sexualité si elles le souhaitent mais aussi plus précisément, au sujet du sexe et des relations au sein de la structure d'accueil ;
- Discuter avec eux des visites de personnes extérieures, de l'intimité et de la manière de créer une chambre plus intime afin que les résidents se sentent plus à l'aise lors des visites ;
- S'assurer de communiquer (posters, intervention sur la santé dans l'espace commun, lors d'un checkup de santé) au sujet des infections sexuellement transmissibles et des différentes manières de les éviter ;
- Construire un climat de confiance entre les résidents.

### Comment faire ?

- Respecter leur intimité : si un résident est sexuellement actif et refuse d'en parler ou ne rencontre aucun problème de santé à ce propos, nul besoin d'en parler avec lui. D'autre part, il faut insister sur le fait que des professionnels sont présents pour en discuter avec eux si besoin ; la création de posters pour promouvoir la discussion avec des professionnels de santé est possible. Cela s'applique aussi aux résidents qui ne sont pas actifs sexuellement et ne veulent pas en parler ;
- Mettre à disposition des préservatifs et du lubrifiant gratuits ou payants (distributeur par exemple) dans la structure de santé pour éviter aux résidents de demander à quelqu'un de leur en procurer s'ils ne sont pas à l'aise ;
- Ne pas aborder de sujets sexuels en présence de la famille ; éviter aussi de poser des questions ou d'en parler à un résident devant n'importe qui. Certains membres de la famille ont des difficultés à accepter que leur aîné puisse avoir des relations sexuelles en établissement ou ne peuvent l'imaginer en couple avec quelqu'un d'autre, notamment lorsque l'ancien partenaire est décédé ;
- Normaliser le sexe sans engagement. Il peut s'agir d'un sujet difficile à présenter lorsque certaines personnes âgées n'ont connu qu'une seule relation ou qu'un seul partenaire, toujours dans une situation d'engagement. Normaliser l'existence de relations sexuelles hors mariage et hors relation exclusive sans jugement peut encourager à libérer la parole et créer un environnement sûr pour ceux qui aimeraient en parler ;
- Si un couple est résident dans la même EHPAD et se sent suffisamment en confiance pour parler de leur relation, il faut s'assurer qu'un sexologue puisse intervenir si besoin ;
- Parler et faire de la prévention sur le consentement au sein de l'établissement. Cela peut être fait grâce à des posters ou des journées de sensibilisation pour insister sur l'existence du danger et de la violence, sans oublier de mentionner le viol conjugal. Encore une fois, ces mesures de prévention fonctionnent peu importe l'orientation sexuelle ou le genre.

Gestion du temps en EHPAD et établissements de soins : limites à surmonter

Avant de se plonger dans le vif du sujet, l'augmentation des effectifs des établissements de soins et le surmenage des professionnels est une difficulté à prendre absolument en compte. En effet, prodiguer des soins est plus complexe lors des tâches quotidiennes (soins infirmiers, alimentation, animation par exemple) mais aussi pour le soutien du résident avec des troubles moteurs ou cognitifs. Malheureusement, il est devenu de plus en plus difficile pour nos professionnels de dédier le temps qu'il souhaiterait à chaque résident, surtout ceux avec des besoins particuliers. Ce surmenage mène à un manque de sociale lorsque les soins sont prodigués et le renouvellement de ces professionnels est très fréquent.

Une autre difficulté indépendante du genre ou de l'orientation sexuelle des personnes âgées rencontrée par nos professionnels : leur façon de gérer leur temps dans ces structures.

Nul besoin de dire que nous manquons de personnel dans ce type d'établissements. Le temps, c'est précieux, et les professionnels de santé se pressent déjà pour répondre aux besoins de nos personnes âgées. Il s'agit d'une variable que nous devons prendre en compte dans ce contexte d'améliorer l'inclusivité de nos systèmes.

En outre, certaines EHPAD sont construites comme des hôpitaux c'est-à-dire comme un endroit pour se faire soigner et il est difficile d'assimiler l'idée qu'ils sont en effet chez eux et non pas simplement ici pour recevoir des soins. Puisqu'il faut la considérer comme son propre domicile, l'intimité des personnes âgées doit être respectée, de même pour leur sexualité.

Peu importe l'âge du patient, l'hétéronormativité est un frein aux soins corrects mais cela touche encore plus les personnes âgées.

#### Ce qu'il faut faire :

- Travailler avec les professionnels ;
- Travailler avec les résidents ;
- Travailler avec les personnes âgées de la communauté LGBTQI+.

#### Comment faire :

- Prévoir des sessions de sensibilisation pour le personnel de la structure comprenant chaque personne travaillant avec ou en contact avec les résidents. Ces sessions peuvent durer entre quelques heures et une journée entière. Vous pouvez choisir les participants, tous les employés ne sont pas obligés d'être présents en même temps mais il faut trouver une organisation pour permettre à chacun d'y assister. Ces sessions doivent traiter de la diversité et de l'inclusion en général, donc en termes de sexualité, genre, origine, politique, etc. D'autres sessions peuvent ne concerner que le stigma LGBTQI+. Il est conseillé de rendre ces sessions dynamiques, amusantes et s'assurer de fournir un résumé du vocabulaire utilisé pour parler du sujet ;
- Prévoir à l'avance les sessions de sensibilisation dans les EHPADs ou autres structures : faire intervenir un orateur externe à l'établissement peut aider à faciliter la discussion car les résidents savent qu'ils ne reverront pas cette personne, s'ouvrir à eux peut alors être plus facile ;
- Entraîner un professionnel en particulier pour être le référent LGBTQI+. Il peut s'agir d'un psychologue, d'un sexologue ou n'importe quel travailleur de santé travaillant à plein temps dans l'établissement ; cela signifie que le résident qui demande à lui parler ne sera pas stigmatisé puisque ce référent aura des connaissances dans d'autres domaines. Cette personne doit avoir



conscience des difficultés rencontrées lorsque l'on cache son homosexualité, quand on prend des traitements hormonaux pour les personnes transgenres et autres difficultés rencontrées quotidiennement par cette communauté ;

- Afficher le drapeau des fiertés LGBTQI+. Vous pouvez mettre des autocollants dans l'ascenseur, mettre un petit drapeau à côté de celui du pays à l'entrée, demander au personnel de mettre des pins sur leurs vêtements durant le mois des fiertés. Nul besoin de l'afficher à outrance mais juste montrer qu'il existe afin que les résidents et les visiteurs peuvent prendre conscience de son existence au sein de l'institution et comprendre que l'établissement est accueillant et de confiance ;
- Donner une définition bienveillante et positives aux résidents et visiteurs qui demandent la signification du drapeau. Ne pas juger les personnes ne connaissant pas le drapeau. Elles peuvent être ouvertes à la découverte ou juste ne pas savoir comment l'appeler ;
- Ne jamais forcer quelqu'un à faire son coming-out.

## Règlement institutionnel et protection LGBTQI+

L'objectif de ce chapitre est de parcourir le travail institutionnel qui a été fait à l'échelle internationale et de désigner l'interlocuteur le mieux adapté lorsque des actes discriminatoires ont lieu. Nous verrons également ce qui peut être réalisé pour assurer des soins bienveillants et inclusifs sur le long terme. Ce programme est particulièrement destiné aux EHPADs et aux professionnels de santé mais la formation doit également être disponible hors des établissements de santé. Il faut faire part des enjeux liés au genre et à l'orientation sexuelle à l'école pour les futurs professionnels et pas seulement au sein de l'établissement. L'objectif est de modifier les points de vue et de sensibiliser les professionnels confirmés et experts qui n'ont pas reçu ce type de formation à l'école. Il ne s'agit pas d'une formation unique mais d'une sensibilisation sur le long terme.

### Le droit à la sexualité, à la santé sexuelle et à l'éducation sexuelle

Le droit à la sexualité fait partie des Droits de l'homme : c'est une continuité de droits fondamentaux appliqués à la sexualité. Cela signifie qu'ils font partie des droits de la personnalité, le droit à l'intimité et le droit à la dignité.

#### Les actions du HCDH

Le HCDH (Haut-commissariat des Nations unies aux droits de l'homme) est un département du bureau des Nations Unies. Son utilité est de promouvoir et protéger les droits de l'homme garantis par les lois internationales stipulées dans la Déclaration Universelle des droits de l'homme de 1948. Le HCDH est engagé dans le combat contre toutes sortes de discriminations et insiste pour que les personnes de la communauté LGBTQI+ déjà discriminées qui font face à des discriminations supplémentaires liées à l'origine, l'âge, le handicap, le statut socioéconomique, etc.

En effet, le HCDH s'engage à travailler avec différents intervenants, les États, les institutions nationales des droits de l'homme et la société civile en vue de l'inclusion.

- En premier lieu, l'ONU en elle-même : le HCDH s'engage à garantir l'égalité de genre au sein de l'organisme ;



- Le HCDH s'engage à travailler avec les états avec pour objectif de reformer les lois et politiques discriminatoires qui encouragent la discrimination liée au genre pour les rallier avec les lois internationales des droits de l'homme ;
- Il agit pour transformer les normes sociales discriminatoires et les stéréotypes de genre néfastes pour créer un cadre social et des rapports de force plus équitables pour chaque genre ; et aide à faciliter une participation égale des femmes, des hommes et de personnes de plusieurs identités de genres dans les contextes civil, politique, économique, social et culturel ;
- Pour finir, le plus important, le HCDH œuvre pour la suppression des violences basées sur le genre et la garantie de l'exercice des droits en matière de santé sexuelle pour tous.

### Avoir accès à la santé et l'éducation sexuelle

La santé sexuelle est essentielle au bien-être des individus, des couples, des familles et du développement général des communautés et des pays.

En effet, d'après l'Organisation mondiale de la santé, la capacité des individus à avoir accès à la santé sexuelle et le bien-être repose sur plusieurs facteurs :

- Leur accès à des informations de qualité sur le sexe et la sexualité ;
- Leur connaissance des risques auxquels ils peuvent faire face et leur vulnérabilité face aux conséquences néfastes des rapports sexuels non protégés ;
- Leur accès aux soins sexuels ;
- Leur accès à un cadre de vie qui assure et encourage la santé sexuelle.

La santé sexuelle inclut des enjeux liés à l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression sexuelle, les relations et le plaisir. Il est important de mentionner également les conditions et conséquences néfastes dues au manque de santé sexuelle telle que :

- Des infections au VIH (virus de l'immunodéficience humaine), les infections sexuellement transmissibles (IST) et leurs potentielles conséquences comme le cancer, l'infertilité, etc. ;
- Grossesse non désirée, avortement ;
- Dysfonctionnements sexuels ;
- Endométriose ;
- Violence sexuelle ;
- Enfin, pratiques dangereuses telles que la mutilation génitale féminine.

C'est pourquoi il est nécessaire d'avoir une atmosphère plus inclusive et plus sûre dans les EHPADs et les établissements de santé : le résident peut se sentir suffisamment en confiance pour demander de l'aide et les professionnels de santé, informés, peuvent repérer les difficultés des patients pour répondre et intervenir plus rapidement et plus efficacement.

L'éducation sexuelle doit être disponible à tout âge : elle ne comprend pas juste des explications anatomiques et de la prévention mais aussi une importance dédiée aux sujets suivants :

- Respect, sécurité et absence de discrimination ou de violence ;
- Diversité sexuelle et différentes formes d'expression sexuelle ;
- L'importance de déconstruire les normes de genre ainsi que les rôles, attentes et la dynamique du pouvoir qui l'influencent.

## Comment la loi et la société civile protègent la communauté LGBTQI+

Cette partie vise également à détailler les personnes à aller voir lorsque vous êtes victimes de discrimination. Même si les pays créent des lois particulières, il y a encore du travail à faire pour changer les mentalités de la société civile.

### Les personnes à contacter si vous êtes victime de discrimination :

Ce chapitre est à appliquer si vous êtes victime de discrimination mais également si vous en êtes témoin et que la victime accepte votre aide à ce sujet.

Si cela arrive au sein de l'établissement et l'attaque vient d'un autre résident :

En parler à un ou plusieurs professionnel.s de santé lors d'un échange personnel. Ce moment privilégié avec un professionnel peut être un moment d'échange, d'écoute et de soutien.

Pour un meilleur soutien, contacter vos associations LGBTQI+ locales. Beaucoup d'entre elles détiennent de nombreux dispositifs :

- Une plateforme téléphonique d'écoute et de soutien anonyme ;
- Service de discussion en ligne ;
- Formulaire de témoignage en ligne ;
- Service d'accompagnement juridique.

Ces outils sont essentiellement disponibles en ligne, il peut donc être difficile pour les personnes âgées de les utiliser : c'est pourquoi un accompagnement supplémentaire de la part des professionnels de santé peut être nécessaire. Il faut faire en sorte que ces outils soient visibles et accessibles au public, notamment si la victime ne souhaite pas en parler directement à un professionnel.

Si vous êtes témoin d'une conduite discriminatoire de la part d'un collègue au sein d'un établissement de santé : c'est aux ressources humaines de l'établissement d'agir, elles doivent s'en occuper et décider d'une sanction.

Si les choses ne s'arrangent pas, adressez-vous à votre service public local. La loi condamne spécifiquement les insultes, la diffamation, la violence et la discrimination liée à l'orientation sexuelle réelle ou supposée de la victime, donc de la maltraitance, de la diffamation, de la violence et de la discrimination à l'égard des personnes LGBTQI+. Si vous êtes victime ou témoin de ces actes, vous pouvez le signaler à des services d'urgence et signaler les faits. Si vous êtes la victime, vous pouvez porter plainte.

### La journée internationale de lutte contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie

La journée internationale de lutte contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie a lieu le 17 mai et est célébrée à travers le monde pour la diversité de genre et des sexualités. Elle a été instaurée en 2004 et est célébrée dans plus de 130 pays, y compris 37 pays où les relations homosexuelles sont proscrites. Cet événement a été créé pour attirer l'attention sur les violences et les discriminations vécues par la communauté LGBTQI+. L'événement réunit des millions de personnes (un record de 200 millions en 2014) dans le monde entier. Pour montrer la visibilité et son soutien, l'EHPAD ou la structure de santé peut

organiser un petit événement de sensibilisation sur le sujet, tout en profitant d'un moment festif et convivial.

## Positions professionnelles à adopter : Ce qu'il faut et ne faut pas faire

Pour que cela change, nous devons mettre en pratique des soins plus inclusifs et plus bienveillants, ou les adapter. Certains établissements ont déjà débuté la mise en place d'un environnement sûr et inclusif, d'autres ont de leur côté débuté le combat contre la discrimination mais manquent d'accompagnement et de soutien particulier pour les personnes LGBTQI+ qui en ont besoin. En effet, développer des services destinés à la communauté LGBTQI+ répondant à leurs besoins est une idée intéressante mais, les faire sentir comme chez eux et leur permettre de se sentir acceptés dans une institution déjà existante, c'est encore mieux !

Voici ce qu'il faut et ne faut pas faire pour soutenir de la meilleure façon les personnes âgées appartenant à la communauté LGBTQI+ :

### Ce qu'il faut faire :

- S'assurer que l'EHPAD ou l'établissement est un endroit où vivre, non pas un hôpital. Les résidents présents ont, pour la plupart, quitté leur domicile pour vivre ici. N'oubliez pas qu'en plus de cela, ils vont vivre dans un établissement pour le reste de leur vie. Il est primordial de comprendre que ces structures ne sont pas seulement un lieu pour être soigné mais aussi leur nouvelle maison. Assurez-vous qu'ils aient un endroit privé où apprécier leur intimité lorsqu'ils en ont besoin (pas uniquement pour des circonstances sexuelles) ;
- Considérer la sexualité et l'affection comme un besoin humain. En effet, vieillir est aussi universel que l'amour. Il est important de se rendre compte que les résidents ne sont pas uniquement des personnes âgées malades. Ce sont des êtres humains avec les mêmes besoins que n'importe quel être humain en termes de sexualité et d'affection. Entretenir des relations à un âge avancé est tout aussi validé que lorsqu'on est plus jeunes ;
- S'assurer qu'ils soient sensibilisés au sujet du consentement, dans le contexte sexuelle, affectif mais également médicale. Par exemple, lors d'une auscultation ou d'une intervention médicale, assurez-vous que la personne ait accepté que vous la touchiez et expliquez pourquoi vous devez toucher à certains endroits. Cela fonctionne aussi pour le déshabillage ;
- S'assurer d'expliquer l'auscultation ou l'intervention médicale avant de la réaliser. Un résident peut ne pas se sentir à l'aise à l'idée de parler de sa transition même si cela serait utile à savoir pour l'examen. Laissez du temps à la personne, surtout si l'examen n'est pas urgent ;
- Si un résident vient vous voir, vous pouvez lui poser des questions sur ses partenaires s'il se sent suffisamment en confiance pour en parler. Par exemple, avoir la conversation que vous auriez avec une personne hétérosexuelle cisgenre. Certaines personnes ne sont pas à l'aise à l'idée de poser des questions sur la vie personnelle d'une personne LGBTQI+ alors qu'il ne faut pas. La pire chose à faire est de l'ignorer comme le nez au milieu du visage. Ne chuchotez pas, utilisez votre voix normale ou bien vous donnerez l'impression c'est mal ou tabou de parler d'une sexualité autre que l'hétérosexualité. Nul besoin d'être trop bruyant, bien évidemment ;
- Ne pas parler uniquement de leur sexualité et de leur genre. Des tas de sujets de conversation existent et ne parler que de ceux-ci réduit ces personnes à leur orientation ou leur sexualité. Ce sont des personnes avant tout ;
- S'instruire et faire des recherches. Une personne LGBTQI+ que vous connaissez peut vous expliquer quelques choses mais n'attendez pas d'eux d'être votre professeur particulier. En

outre, ne partez pas du principe que si une personne est LGBTQI+, elle connaît tout à propos de la communauté LGBTQI+ ;

- Essayer de faire un effort sur les pronoms et l'écriture inclusive. N'ayez pas peur de demander si vous n'êtes pas sûr quel pronom utiliser. N'hésitez pas à communiquer à vos collègues quels pronoms quelqu'un utilise. Si vous entendez quelqu'un mégenrer une personne en votre présence, intervenez (si la personne qui mégenre le sait) ;
- Si le budget le permet, installer des lits médicaux pouvant accueillir deux personnes.

### **Ce qu'il ne faut pas faire :**

- Ne pas faire de suppositions. Ne vous faites aucune idée sur l'orientation sexuelle ou le genre de quelqu'un. Vous ne pouvez pas savoir si une personne fait partie de la communauté LGBTQI+ en la regardant ;
- Ne jamais forcer ou faire pression sur une personne pour qu'elle fasse son coming-out. Si la personne est en confiance pour vous en parler, gardez cette information pour vous et n'en parlez pas aux autres. Bien qu'il ne s'agisse pas exactement d'un secret, cela ne vous donne pas le droit de le divulguer. Certains résidents peuvent faire leur coming-out à des résidents ou des professionnels de l'EHPAD et parler librement de leur orientation sexuelle et de leur genre sans avoir fait leur coming-out à leur famille. Il faut respecter leur décision ;
- Ne pas limiter les rapports sexuels à la pénétration lors de discussions sur le sexe : en effet, le sexe peut être considéré et fait de plusieurs façons et la pénétration est habituellement une préconception hétéronormative. De nombreuses personnes hétérosexuelles et LGBTQI+ ne réduisent pas les rapports sexuels à la pénétration et considèrent les préliminaires comme un rapport sexuel. Prenez en compte qu'il existe chez les êtres humains de nombreuses façons d'avoir des rapports sexuels ;
- Ne pas juger les pratiques sexuelles de chacun lors de discussions sur le sexe : le plaisir est propre à chacun et, dès le moment où chaque participant est consentant, il n'y a aucun problème avec cette pratique ;
- Ne pas tolérer les blagues LGBTQI+phobes. Si vous entendez quelqu'un faire une blague LGBTQI+phobe, intervenez, c'est grâce à ce genre d'interventions que les choses peuvent changer.

## Situations particulières à prendre en compte

### Inquiétudes vis-à-vis de la démence et du consentement

Une question importante mais complexe se pose lorsque les résidents sont atteints de n'importe quel type de démence. Il s'agit d'un problème qui concerne à la fois les professionnels de santé et les familles et qui soulève des questions pour être sûr que le consentement ait été donné et compris par la personne atteinte de démence dans un contexte sexuel.

Ce n'est pas parce qu'un résident est atteint d'Alzheimer qu'il ne ressent pas le besoin d'être caressé, d'avoir un contact physique, etc. c'est plutôt le contraire ! Des études ont démontré que le contact physique et les marques d'affection peuvent même être bénéfiques.

Comment être sûr qu'aucun incident n'ait eu lieu entre deux résidents ? Il est conseillé de garder un œil ces résidents en particulier et d'essayer de repérer si un quelconque changement a lieu. Les professionnels deviennent mieux formés et connaissent suffisamment les résidents. Ils peuvent s'assurer du consentement de chacun du mieux possible et remarquer un changement de comportement inquiétant.

### Savoir comment réagir face à un comportement problématique

Lorsqu'elle est présente, la vie sexuelle en EHPAD ou autres structures ne se traduit pas uniquement par un couple se tenant la main ou des résidents ayant des rapports sexuels dans leurs chambres, parfois avec plusieurs partenaires. Il arrive que les professionnels se retrouvent dans des cas difficiles tels que des situations de violences physiques ou verbales. Puisque le respect ne doit pas être à sens unique, certains comportements n'ont pas leur place dans un lieu public aussi fréquenté. Nous vous conseillons de garder votre calme mais de rester fermes sur l'interdiction des comportements problématiques en rappelant, de manière ludique, les règles de l'établissement et de la vie en communauté.

### Cas pratiques : réfléchir sur les pratiques de soins/études de cas

#### Cas pratique 1

Nom de l'activité	Débat en direct/mouvant « Qu'en pensez-vous ? » (Durée de l'activité : 1h)
Nombre de participants	Entre 4 et 15 maximum

Objectifs	<p>Le débat mouvant, c'est poser une question à un groupe et ensuite demander aux participants de prendre position, pour ou contre, de manière physique c'est-à-dire en allant dans un endroit de la pièce ou l'autre, chacun associé à une des deux réponses. Après un temps de réflexion pour lister des arguments, le débat débute selon la règle suivante : donnez vos arguments pour expliquer votre choix et changer de « camp » si les arguments d'en face sont plus convaincants pour vous. Le débat mouvant permet alors aux participants de se construire une opinion et de la justifier en donnant des arguments. Leur position physique démontre leur position théorique et les mène à la réflexion (pourquoi suis-je de ce côté ?) autant que l'écoute des arguments puisque leur déplacement expose concrètement leur activité intellectuelle. Cette activité a pour objectif de comprendre les stéréotypes associés à la sexualité des personnes âgées et, à la fin de l'activité, un échange aidera à déconstruire ces stéréotypes et permettra à chaque participant d'apporter leur pierre à l'édifice.</p>
-----------	--



<p>Déroulement étape par étape</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>I. Cette activité est un débat direct/mouvant qui a lieu dans une pièce vide. L'objectif est de bouger dans cette pièce selon la réponse que l'on souhaite donner aux questions posées ;</li> <li>II. L'animateur énonce une des situations (présentes ci-dessous). La pièce est divisée en deux : la partie gauche correspond à « pas du tout d'accord » et celle de droite à « totalement d'accord », le milieu est donc « neutre » ;</li> <li>III. Après chaque situation, les participants développeront leur réponse et justifieront leur position dans la pièce. Dès que chacun a exprimé son opinion, l'animateur explique la réponse ;</li> <li>IV. Les situations que le modérateur expose sont les suivantes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Après la ménopause, le désir sexuel d'une femme diminue :</u> Réponse : Faux ! La ménopause, ce n'est pas la fin de la vie sexuelle d'une femme, il s'agit de la fin de son cycle menstruel, de l'ovulation et sa fertilité. Son désir peut certes changer, mais il reste présent tout au long de sa vie. Si les désirs d'une femme ménopausée sont moins importants, c'est souvent parce qu'elle est en couple depuis longtemps et qu'une routine s'est installée. Des études ont démontré qu'une femme ménopausée qui rencontre un nouveau partenaire a beaucoup plus de désir qu'une femme de 30 ans.</li> <li>- <u>Le sexe n'intéresse plus les personnes âgées :</u> Réponse : Faux ! Les émotions, les fantasmes et l'imagination n'ont pas d'âge : ils sont présents jusqu'à la fin de votre vie. La sexualité fait partie intégrante d'une vie et s'il y a de la vie, il y a aussi de la sexualité.</li> <li>- <u>Avec l'âge, la tendresse remplace la sexualité dans un couple :</u> Réponse : Faux ! La tendresse existe chez tous les couples, de tout âge, est fait aussi partie de la sexualité et est complémentaire avec la libido. Puisque beaucoup de personnes ne peuvent imaginer la vie sexuelle des personnes âgées, ils les imaginent se tenir la main refusant de croire que la vie sexuelle existe après 70 ans.</li> <li>- <u>En vieillissant, les personnes âgées ne sont plus assez désirables pour faire l'amour :</u> Réponse : Faux ! Le désir est évidemment très important dans la vie sexuelle et il est vrai qu'une personne qui vieillit et qui se sent moins désirable peut voir son désir sexuel diminuer. Mais s'ils prennent soin d'eux et continuent à aimer leur corps et connaître le plaisir qu'il peut leur offrir, s'ils arrivent à apprécier l'intimité de leurs corps, le désir peut persister à 80 ans et plus. Le problème est que, dans notre société où le jeunisme prédomine, il faut énormément de caractère pour se convaincre d'être désirable lorsqu'on est âgé.</li> <li>- <u>En vieillissant, on a de moins en moins de rapports sexuels :</u> Réponse : Pas totalement vrai. Il faut avouer que vers 50 ans pour les femmes et 55 ans pour les hommes, la fréquence des relations sexuelles diminue. Elle passe d'environ 8 relations sexuelles par mois à 5 par mois. Cette moyenne est conservée jusqu'au moins l'âge de 69 ans, l'âge auquel les recherches s'arrêtent. Et il y a de grandes chances que cette moyenne continue de baisser mais aucune donnée n'a été recueillie sur le sujet.</li> </ul> </li> </ol>
--	---



	<p>- <u>Un jour, à cause de l'âge, la vie sexuelle n'existe plus :</u> Réponse : Faux ! L'arrêt des relations sexuelles n'est pas lié à l'âge mais à des problèmes de couple. La sexualité existe encore puisque les fantasmes érotiques et les pensées sexuelles font partie de la sexualité. Si les relations sexuelles s'arrêtent avec l'âge, c'est à cause de l'absence de partenaire, notamment à cause d'un décès ou d'une séparation. Cependant, dans une relation saine, la vie sexuelle reste active. En d'autres termes, l'érection et la lubrification vaginale sont toujours présentes. Et chez les couples compatibles sexuellement qui connaissent des troubles de l'érection ou de l'impuissance, leur vie sexuelle continue puisqu'avoir un rapport sexuel ne veut pas dire qu'il doit y avoir pénétration...</p> <p>- <u>L'évolution de la sexualité au fil des années dépend du caractère :</u> Réponse : Vrai ! Souvent, une personne très narcissique (Je suis le/la plus beau/elle, le/la meilleur.e, je suis éblouissant.e) ne supporte pas les changements physiques au fil des années. Ils ont par conséquent plus de difficultés à accepter ces changements pour conserver une vie sexuelle active. Ils auront des difficultés à accepter les changements sexuels imposés par l'âge. De même que les personnes perfectionnistes sont à la recherche d'efficacité et de performance. Si leur sexualité et leur perfectionnisme ne se suivent pas, ils passent rapidement à autre chose. D'autre part, des personnes très anxieuses, appelées « évitants » (<i>avoiders</i>), qui manquent de confiance en elles, seront vite stressées face aux changements de fonctionnement de leur organisme sexuel. Par conséquent, ils préfèrent éviter les relations sexuelles en vieillissant.</p>
<p>Remarques et conseils pour les animateurs</p>	<p>Assurez-vous qu'aucun jugement ne soit porté lors de cette activité. Certains participants n'ont peut-être pas les connaissances pour répondre.</p>

Matériel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une pièce où les participants peuvent se déplacer ;</li> <li>• La liste de questions.</li> </ul>
----------	---

### Cas pratique 2

Nom de l'activité	Questionnaire sur les stéréotypes de genre
Nombre de participants	Au moins 2
Objectifs	Un stéréotype de genre c'est une opinion généralisée ou un a priori sur les attributs et caractéristiques que les hommes et les femmes doivent avoir, ou les rôles qu'ils et elles doivent avoir : c'est une CROYANCE. Ce questionnaire vise à faire réfléchir les participants sur les stéréotypes associés à la communauté LGBTQI+.

<p>Déroulement étape par étape</p>	<p>I. L'animateur a une liste de questions auxquelles les participants répondent vrai ou faux ou choisissent une autre option ;</p> <p>II. Après que chaque question ait été posée, les participants montrent leur réponse sur leur ardoise ;</p> <p>III. S'en suit un échange avec la réponse à la question ;</p> <p>IV. Les questions que l'animateur doit poser sont les suivantes :</p> <p>1) <u>Quel est le symbole de la communauté LGBTQI+ ?</u></p> <p>A) Une étoile à 6 branches B) Un drapeau arc-en-ciel C) Une rose colorée</p> <p>Réponse : B</p> <p>2) <u>Que signifie le T dans LGBTQI+ ?</u></p> <p>A) Transgenre B) Transformiste C) Télépathe</p> <p>Réponse : A</p> <p>3) <u>Pour la majeure partie du XX<sup>ème</sup> siècle, avec quoi beaucoup de chercheurs ont associé l'homosexualité ?</u></p> <p>A) Religion B) Psychologie C) Génétique D) Éducation</p> <p>Réponse : D</p> <p>4) <u>L'homosexualité est une maladie et peut être guérie</u></p> <p>Vrai/Faux Réponse : Faux</p> <p>5) <u>Les personnes bisexuelles trompent plus souvent leurs partenaires</u></p> <p>Vrai/Faux Réponse : Faux</p> <p>6) Les membres de la communauté LGBTQI+ sont connus pour avoir beaucoup de partenaires et une libido plus importante que les personnes cisgenres hétérosexuelles</p> <p>Vrai/Faux Réponse : Faux</p> <p>7) Si une femme trouve qu'une autre femme est belle, elle est sûrement lesbienne</p> <p>Vrai/Faux Réponse : Faux</p>
------------------------------------	--

	<p>8) Une personne ne peut se qualifier comme transgenre si elle n'a pas eu recours à une chirurgie de réattribution sexuelle Vrai/Faux Réponse : Faux</p> <p>9) Toutes les personnes transgenres sont gays Vrai/Faux Réponse : Faux</p> <p>10) Les personnes transgenres sont simplement « perdues » à propos de leur genre Vrai/Faux Réponse : Faux</p> <p>11) Les personnes gays préfèrent sortir avec des personnes plus jeunes Vrai/Faux Réponse : Faux</p> <p>12) Toutes les Drag Queens sont gays Vrai/Faux Réponse : Faux</p> <p>13) Intersexe et transgenre sont la même chose Vrai/Faux Réponse : Faux</p>
Remarques et conseils pour les animateurs	Assurez-vous qu'aucun jugement ne soit porté lors de cette activité. Certains participants

	n'ont peut-être pas les connaissances pour répondre.
Matériel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une petite ardoise par participant avec marqueurs ou craies ;</li> <li>- Vous pouvez mettre les questions sur Kahoot pour rendre le questionnaire 100% numérique.</li> </ul>

### Activité complémentaire

You will find 3 LGBTQI+ movies to watch with a short description:

**Blue is the warmest color (2013):** The film follows Adèle, a teenager who falls in love with an older student named Emma who is an aspiring painter. The protagonist, who is an introverted 15-year-old high school student who dates a boy from school: Thomas. As she passes by a blue-haired woman, to whom she is instantly attracted, she has vivid fantasies about her and start experiencing kissing with one of her female friends. Emma and Adèle end up seeing each other and Adèle's school friends start to ostracize her when suspecting of her being a lesbian. She discovers throughout the movie, desire, freedom and is troubled about her sexuality.

**Love, Simon (2018):** Simon Spier, 17, is a teenager who hides his homosexuality<sup>8</sup>. He attends Creekwood High School in suburban Atlanta with his three best friends. One day, Simon learns that another gay teenager at his school has just come out anonymously on the internet, under the pseudonym "Blue". Also anonymously, Simon begins to communicate with this boy. The two teenagers soon confide in each other and form a real bond. But when the messages he exchanges with "Blue" fall into the wrong hands, Simon's life begins to change.

**Crush (2022):** An aspiring artist is forced to join her high school track team, using the opportunity to pursue the girl she has long had a crush on. Later, however, she falls in love with an unexpected teammate and discovers what true love is.

### Conclusion du module

To conclude this module, we can say that before addressing the difficulties the elderly LGBTQI+ community can face in nursing homes and healthcare facilities, we need to go over the stereotypes on sexuality of elderly people in general. In fact, admitting that elderly people can have a sexuality it is a big step towards more inclusion of the LGBTQI+ community. In fact, freeing the word on sexuality in general, makes it easier to explain that heterosexuality is not the only sexuality existing. A work on raising awareness and opening minds is crucial to make these institutions more LGBTQI+ friendly and permit this community to feel at home, just like any other individual.

In addition to this, we could share some ideas and suggestions to make the nursing home more LGBTQI+ friendly. These suggestions can help build trust and benefit all residents regardless of their sexual orientation and gender identity.

Moreover, we could approach which international law are aimed to protect the LGBTQI+ community and what services to reach when we are facing discrimination. This can vary between countries depending on what actions are taken against these discriminations. In addition to this, more professional advice were listed to help the residents feel more at home and some vigilances were addressed for specific problematic behaviour.

Finally two dynamic activities were presented to go with this curriculum and get over the stereotypes we can have on elderly sexuality and the LGBTQI+ community.

What we need to remember: If the nursing home or healthcare facility is related to a place of life and care, it is also the reflection of our society in which it appears to be still the norm of sexual orientation: that of being straight. So, bear in mind that the deconstruction of heteronormativity in the nursing home is a continuity of what our overall society needs to work on.

## Bibliographie

CASTANET Victor, “L’homosexualité, interdite de séjour en Ehpad”. *Le Monde*, Mars 2019

Une maison de retraite LGBT: <https://youtu.be/goJVAVf9mvk>

Podcast: “Les seniors LGBT+”, par Hors Case

About gender equality and the human rights of women and LGBTI persons, OHCHR and Women’s human rights and gender equality: [OHCHR and women’s human rights and gender equality | OHCHR](#)

Minilex, “Les droits fondamentaux liés à la sexualité”, Droit de l’Homme et droits fondamentaux. [Les droits fondamentaux liés à la sexualité | Minilex](#)

United Nations Human Rights (Office of the High Commissioner) – LA Covid-19 et les droits de l’Homme des personnes LGBTQI+, 17 March 2020: [Newsletter \(ohchr.org\)](#)

United Nations Human Rights (Office of the High Commissioner) “Gender Stereotyping and the judiciary: a workshop guide”: [Gender Stereotyping and the Judiciary: A Workshop Guide | OHCHR](#)

OHCHR Human rights of LGBTI People tool : free online course accessible : [OHCHR Human Rights of LGBTI People Tool | ITCILO](#)

World Economic Forum, LGBTI Inclusion, « 3 ways to protect LGBTI rights across the world », May 17, 2021

Infirmiers.com, « L’homosexualité en Ehpad : un double tabou qu’il nous faut briser » ; 11 septembre 2020 : [L’homosexualité en EHPAD : un double tabou qu’il nous faut briser | Infirmiers.com](#)

Age village : Le site d’infos des seniors et des aidants, « sexualité en Ehpad, des limites difficiles à dépasser » : [Sexualité en EHPAD, des limites difficiles à dépasser - agevillage](#)

SOS Homophobie, Intervention et formation pour Adultes: [Nous contacter | SOS homophobie \(sos-homophobie.org\)](#)

World Economic Forum : « all too often LGBT+ people are invisibmle » : This is what must change », 6 january 2020 : [What can we do to create a more inclusive society for LGBT+ people? | World Economic Forum \(weforum.org\)](#)

World Economic Forum : « 5 LGBT Films you can watch right now », 17 May 2016 : [5 LGBT films you can watch right now | World Economic Forum \(weforum.org\)](#)

The muse, “11 simple ways you can make your workplace more LGBTQ Inclusive.” 6 January 2022: [11 Simple Ways You Can Be More LGBTQ-Inclusive at Work | The Muse](#)

Cap retraite, “Les personnes LGBT on-elles une place en maison de retraite?”: [Tout savoir sur la prise en charge des personnes LGBT en maison de retraite | Cap Retraite](#)

La mutuelle Générale, “7 idées reçues sur la sexualité des personnes âgées”, 20 Octobre 2017: [7 idées reçues sur la sexualité des personnes âgées | La Mutuelle Générale \(lamutuellegenerale.fr\)](#)

Le devoir, “L’homosexualité des personnes âgées: briser le mur du silence” 4 Mai 2009: [L'homosexualité des personnes âgées: briser le mur du silence | Le Devoir](#)

Amnesty International, « 5 fausses idées sur les personnes intersexes », 31 Octobre 2018 : [5 fausses idées sur les personnes intersexes - Amnesty International France](#)





*This document is the result of a project financed by the ERASMUS+ Programme (call 2021),  
managed by the French National Agency.*

*Project n° 2021-1-FR01-KA220-ADU-000035303*

## PARTNERS

