

Guide AgeWise

Renforcer les capacités des formateurs et des professionnels de santé auprès des jeunes adultes sur les questions de genre, de sexualité et de diversité chez les personnes âgées





Date de publication : avril 2026

Édité par : Societatea Română Alzheimer

Titre du projet : Never Gets Old – Éducation intergénérationnelle sur le genre et la sexualité

Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Site web : www.nevergetsold.eu

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables.

Ce guide est diffusé sous une licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions (CC BY-NC-SA).

Partenaires du projet



Verein Niedersächsischer
BILDUNGSINITIATIVEN e.V.
| Geschäftsstelle Göttingen |



SOCIETATEA ROMÂNĂ
ALZHEIMER



Centre LGBTI+ de Bordeaux,
Nouvelle Aquitaine



Proportional
Message



Powered by CARDET



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Table des matières

Introduction au manuel AgeWise	8
MODULE 1.....	11
<i>Le vieillissement de la population et les approches positives du vieillissement.....</i>	11
Aperçu	12
Concepts clés et définitions	14
Comprendre le sujet.....	14
Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels.....	27
Résumé et messages clés	28
Outils pratiques	28
Références	30
MODULE 2.....	32
<i>L'âgisme et les idées reçues sur les personnes âgées.....</i>	32
Aperçu	33
Concepts clés et définitions	35
Comprendre le sujet.....	36
Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels.....	46
Résumé et messages clés	47
Outils pratiques	48
Références	50
MODULE 3.....	51
<i>Sexualité, genre et diversité.....</i>	51
Aperçu	52
Concepts clés et définitions	53

Comprendre le sujet.....	54
Conseils à l'intention des enseignants et des professionnels	69
Résumé et messages clés	70
Outils pratiques et ressources	70
Références	72
MODULE 4.....	74
<i>L'histoire des normes sociales liées au genre et à la sexualité en Europe</i>	<i>74</i>
Aperçu	75
Comprendre le sujet.....	77
Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels.....	84
Résumé et messages clés	88
Outils pratiques	88
Références	91
MODULE 5.....	92
<i>La sexualité au troisième âge et les indicateurs de santé.....</i>	<i>92</i>
Aperçu	93
Concepts clés et définitions.....	94
Comprendre le sujet.....	95
Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels.....	102
Résumé et messages clés	107
Outils pratiques	108
Références	110
MODULE 6.....	113
<i>Les « autres-ismes » dans le travail avec les personnes âgées et très âgées.....</i>	<i>113</i>
Aperçu	114

Concepts clés et définitions	116
Comprendre le sujet.....	118
Recommandations à l'intention des formateurs et des professionnels	124
Résumé et messages clés	132
Outils pratiques	134
Références	138
MODULE 7.....	141
<i>Méthodes inclusives pour aborder la sexualité, le genre et la diversité chez les personnes âgées.....</i>	<i>141</i>
Présentation générale	142
Concepts clés et définitions	143
Comprendre le sujet.....	144
Conseils à l'intention des enseignants et des professionnels	158
Résumé et messages clés	159
Outils et ressources pratiques	159
Références	161
MODULE 8.....	162
<i>Démence et sexualité : points essentiels</i>	<i>162</i>
Aperçu	163
Concepts clés et définitions	164
Comprendre le sujet.....	165
Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels.....	174
Conseils à l'intention des proches et des aidants (psychoéducation à domicile)	178
Résumé et messages clés	180
Outils pratiques	181
Références	182

Outils pratiques.....	184
Module 1	184
Plan de cours.....	185
Exercice 1	190
Exercice 2	192
Exercice 3	200
Module 2	205
Plan de cours.....	206
Exercice 1	211
Exercice 2	218
Exercice 3	221
Module 3	222
Plan de cours.....	223
Exercice 1	228
Exercice 2	237
Exercice 3	259
Module 4	264
Plan de cours.....	265
Exercice 1	268
Exercice 2	269
Exercice 3	271
Module 5	275
Plan de cours.....	276
Exercice 1	279
Exercice 2	282
Exercice 3	286
Module 6	289
Plan de cours.....	290

Exercice 1	292
Exercice 2	295
Exercice 3	298
Module 7	300
Plan de cours.....	301
Exercice 1	304
Exercice 2	308
Exercice 3	312
Module 8	317
Plan de cours.....	318
Exercice 1	321
Exercice 2	323
Exercice 3	328





Présentation du guide AgeWise

À propos du projet « Never Gets Old »

«Never Gets Old – Éducation intergénérationnelle sur le genre et la sexualité» est un partenariat de coopération Erasmus+ de deux ans dans le domaine de la formation des adultes, qui rassemble des organisations d'Allemagne, de Roumanie, de France, du Portugal et de Chypre. Ce projet répond à un problème important mais souvent négligé dans les domaines de la formation des adultes, des soins de santé et de l'aide sociale : la persistance de l'âgisme, de la stigmatisation et de l'exclusion liés à la sexualité, au genre et à l'intimité chez les personnes âgées.

Partout en Europe, les personnes âgées continuent d'être confrontées à des stéréotypes qui présentent le vieillissement comme incompatible avec la sexualité, l'intimité, les liens affectifs ou la diversité de genre. Ces idées reçues peuvent avoir une influence négative sur les pratiques de soins de santé, les approches éducatives, les environnements institutionnels et la perception que les personnes âgées ont d'elles-mêmes. De nombreux professionnels travaillant auprès des personnes âgées font état d'une formation insuffisante et d'une certaine incertitude lorsqu'ils abordent les questions de sexualité, d'intimité, de relations ou liées à la communauté LGBTQ+ chez les personnes âgées. Parallèlement, les personnes âgées elles-mêmes peuvent intérioriser la stigmatisation liée à l'âge, ce qui conduit au silence, à la honte ou à un accès réduit à un soutien et à des informations adaptés.

Le projet « Never Gets Old » a été développé pour combler ces lacunes en promouvant des approches inclusives, respectueuses et centrées sur la personne en matière de sexualité et de diversité de genre chez les personnes âgées. À travers des activités de recherche, un dialogue intergénérationnel et le développement de supports pédagogiques, ce partenariat vise à renforcer les compétences professionnelles tout en contribuant à une plus grande dignité, visibilité et bien-être des personnes âgées dans des contextes sociaux et culturels variés.

Le guide « AgeWise » constitue l'un des principaux résultats pédagogiques du projet.

Objectif du guide

Le guide «AgeWise» a été conçu comme une ressource pratique et pédagogique destinée à aider les professionnels et les organisations travaillant avec les personnes âgées à aborder la sexualité, l'intimité, le genre et les relations à un âge avancé de manière respectueuse, éclairée et inclusive.

Ce guide combine des connaissances théoriques, des approches réflexives et des outils pédagogiques pratiques. Il vise à aider les professionnels à :

- comprendre la nature multidimensionnelle de la sexualité chez les personnes âgées ;
- reconnaître l'impact de l'âgisme, de la stigmatisation et des normes sociales ;
- aborder la sexualité et l'intimité comme des composantes de la santé, du bien-être et de la dignité humaine ;
- développer des compétences en communication centrées sur la personne ;
- créer des environnements éducatifs, de soins de santé et communautaires plus sûrs et plus inclusifs.



Plutôt que d'aborder la sexualité uniquement sous un angle médical, ce manuel adopte une approche holistique du bien-être sexuel qui englobe les dimensions biologiques, émotionnelles, relationnelles, psychologiques, sociales et culturelles. Une attention particulière est également accordée à la diversité des expériences liées au vieillissement, notamment aux perspectives LGBTQ+, à la diversité des relations, à l'autonomie, au consentement et aux considérations éthiques chez les personnes âgées.

Ce manuel vise non seulement à approfondir les connaissances, mais aussi à favoriser la réflexion, le dialogue et la confiance professionnelle lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets souvent considérés comme sensibles ou insuffisamment traités dans les contextes de l'éducation et des soins aux adultes.

Structure du guide

Le guide AgeWise est organisé en deux parties complémentaires :

- **Section théorique** – fournit les fondements conceptuels et informatifs des huit modules du manuel, en abordant des thèmes clés liés à la sexualité, au genre, à l'intimité et au vieillissement.
- **Section « Outils pratiques »** : elle comprend des plans de cours, des études de cas, des jeux de rôle, des exercices de réflexion et des conseils d'animation associés à chaque module.



De plus, **des présentations PowerPoint** accompagnant chaque module sont disponibles sur le [site web](#) du projet et peuvent être utilisées pour animer des ateliers, des sessions de formation du personnel et des activités pédagogiques.

Public cible

Le guide AgeWise a été élaboré principalement à l'intention :

- aux formateurs et éducateurs d'adultes ;
- les professionnels de santé ;

- les psychologues et les conseillers ;
- les travailleurs sociaux et le personnel soignant ;
- les organisations travaillant avec les personnes âgées ;
- les animateurs et facilitateurs communautaires ;
- les professionnels impliqués dans des initiatives en faveur de l'inclusion, de la diversité et du bien-être.

Ces supports peuvent être utilisés dans divers contextes, notamment :

- les programmes de formation pour adultes ;
- le développement professionnel et la formation du personnel ;
- les établissements de santé et de soins ;
- ateliers communautaires ;
- les activités d'apprentissage intergénérationnel ;
- initiatives de sensibilisation et d'inclusion.

Ce guide a été délibérément conçu pour s'adapter à différents parcours professionnels, contextes nationaux et niveaux d'expérience préalable sur les thèmes abordés.

Comment les activités du projet ont nourri le manuel

Le contenu du guide AgeWise a été élaboré grâce à des activités collaboratives menées dans le cadre du projet « Never Gets Old » dans les différents pays partenaires. Ce guide reflète les enseignements tirés :

- des activités de consultation et d'échange avec des personnes âgées, des formateurs d'adultes, des professionnels de santé et du personnel soignant ;
- des activités de dialogue intergénérationnel ;
- des activités de mise à l'essai et de retour d'expérience.

En ce sens, le guide AgeWise constitue une ressource pédagogique européenne collaborative, élaborée grâce au dialogue, au partage d'expériences et à l'engagement concret aux côtés des professionnels et des communautés travaillant auprès des personnes âgées.

MODULE 1

Vieillissement de la population et approches positives du vieillissement

Élaboré par :

Elisa Klein-Peters

Message proportionnel



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Présentation générale

L'Europe est actuellement confrontée à une profonde transformation démographique caractérisée par une augmentation significative de l'espérance de vie au cours des dernières décennies (Commission européenne, 2024). Cette évolution s'est traduite par une proportion croissante de personnes âgées au sein de la population, ce qui présente à la fois des défis et des opportunités pour repenser la manière dont le vieillissement est compris, vécu et pris en charge (Rudnicka et al., 2020). D'ici 2050, on prévoit qu'il y aura 43 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes en âge de travailler dans la région (De Gobbi et al., 2025).

Ce module présente les tendances démographiques en Europe et propose des cadres de référence positifs tels que *le vieillissement en bonne santé*, *le vieillissement actif* et *la qualité de vie*. Il remet ainsi en cause les discours âgistes qui présentent la vieillesse comme une période de déclin inévitable, de dépendance ou d'asexualité. Au contraire, le module met l'accent sur le vieillissement en tant que phase de vie dynamique façonnée par l'identité, les relations, le désir et l'intimité.

Les conclusions des groupes de discussion du projet Never Gets Old (WP2) ont révélé que la sexualité et l'identité à un âge avancé sont souvent ignorées ou considérées comme non pertinentes, tant par les professionnels que par les personnes âgées. Les participants ont souligné la persistance de stéréotypes néfastes, le silence qui entoure l'intimité et un malaise professionnel significatif lorsqu'il s'agit d'aborder ces sujets. Le module 1 répond à ces constatations en situant l'identité et la sexualité comme des composantes à part entière du bien-être tout au long de la vie et comme faisant partie intégrante des cadres de référence du vieillissement positif.

En suivant ce module, les professionnels acquerront une compréhension plus nuancée du vieillissement démographique, réfléchiront à leurs propres présupposés implicites, découvriront trois cadres différents de vieillissement positif et renforceront ainsi leur capacité à accompagner les personnes âgées de manière plus holistique.

Objectifs d'apprentissage du module 1

Résultats attendus : Que sauront ou seront capables de faire les apprenants ?	Justificatifs : comment saurons-nous qu'ils ont atteint les objectifs ?
Conscience structurelle : expliquer l'impact des changements démographiques en Europe.	Les apprenants sont capables d'expliquer le « <i>frein démographique</i> » dans un anglais simple et ses implications sur leur charge de travail.
Intégration du cadre théorique : distinguer les modèles de « vieillissement en bonne santé », de « vieillissement actif » et de « qualité de vie ».	Les apprenants sont capables de classer correctement un ensemble de scénarios de soins dans le cadre théorique approprié.
Évaluation subjective : utiliser des outils validés (CASP-19/WHOQOL) pour mesurer le bien-être au-delà de la santé clinique.	Démonstration pratique d'un entretien sur la qualité de vie à l'aide des liens vers les questionnaires fournis.
Application holistique : appliquer une <i>perspective de genre et de culture</i> pour identifier les obstacles rencontrés par les personnes âgées.	Analyse d'une étude de cas dans laquelle les apprenants identifient comment le genre et la culture influencent les attitudes et le comportement des personnes âgées ou des professionnels.



Éthique professionnelle : trouver un équilibre entre la *dignité du risque* (autonomie) et la *sécurité institutionnelle* (bienfaisance).

Passage en revue des « choses à faire et à ne pas faire » et débats de groupe sur des dilemmes éthiques et professionnels spécifiques (par exemple, l'intimité dans les soins).





Concepts clés et définitions

Âgisme : désigne les stéréotypes (notre façon de penser), les préjugés (nos sentiments) et la discrimination (nos actes) envers autrui ou soi-même en raison de l'âge (OMS, 2025).

Taux de dépendance des personnes âgées : indicateur démographique mesurant le rapport entre le nombre de personnes âgées dépendantes, généralement âgées de 65 ans et plus, et la population en âge de travailler, généralement comprise entre 15 et 64 ans (Eurostat, 2024).

Vieillessement en bonne santé : processus consistant à développer et à maintenir les capacités fonctionnelles qui permettent le bien-être des personnes âgées (être et faire ce à quoi elles accordent de l'importance) (OMS, 2020).

Vieillessement actif : processus consistant à optimiser les possibilités en matière de santé, de participation et de sécurité afin d'améliorer la qualité de vie à mesure que les personnes vieillissent (OMS, 2002).

Qualité de vie : perception qu'a un individu de sa situation dans la vie, dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit, et par rapport à ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations (WHOQOL, 1998).

Approche de genre : perspective qui examine comment les statuts sociaux, les rôles traditionnels et les différences biologiques influent sur le bien-être et les opportunités des hommes, des femmes et des personnes de genres divers (OMS, 2002).

Approche holistique en gérontologie : approche qui ne considère pas le vieillissement comme une simple succession de symptômes médicaux ou de déclin biologiques, mais qui reconnaît l'interdépendance des différents aspects de la vie d'une personne, notamment ses états mentaux et émotionnels, ses relations, son contexte culturel et ses préférences personnelles (Hello Leaders, 2024).



Comprendre le sujet

Le vieillissement : données démographiques

Selon le rapport 2024 sur le vieillissement publié par la Commission européenne, la population de l'UE devrait commencer à diminuer dans les années à venir, tandis que le nombre de personnes âgées augmente, notamment par rapport au nombre de personnes en âge de travailler. Cela signifie que la taille des tranches d'âge les plus âgées ne cesse de croître, tandis que celle des tranches d'âge les plus jeunes devrait diminuer.

Cette transition démographique vers une société vieillissante ne se résume pas à un simple changement statistique ; elle représente une mutation fondamentale du tissu social et économique de l'Europe. À mesure que la proportion de personnes âgées augmente tandis que la population en âge de travailler diminue, la demande en soins de haute qualité, en services d'accompagnement inclusifs et en interventions sanitaires spécialisées devrait connaître une croissance significative. Cette évolution exerce une pression croissante sur des ressources professionnelles déjà limitées, rendant indispensable l'adaptation des systèmes de santé et d'aide sociale à une population plus diversifiée et



vieillissante. Les données présentées ci-dessous fournissent des preuves empiriques étayant cette tendance démographique et mettent en évidence l’ampleur du défi ainsi que l’urgence de former des professionnels capables de prodiguer des soins holistiques et respectueux.

Le taux de dépendance des personnes âgées correspond au rapport entre la population âgée de l’UE et la population en âge de travailler ; il donne une idée de l’évolution du rapport entre les retraités potentiels et les travailleurs potentiels, et donc de la manière dont le vieillissement de la population modifie l’équilibre entre bénéficiaires et cotisants. Le taux de dépendance des personnes âgées dans l’UE s’élevait à 33,9 % au 1er janvier 2024 (voir tableau ci-dessous), avec un peu plus de 3 personnes en âge de travailler pour chaque personne âgée de 65 ans et plus. Le taux de dépendance des personnes âgées dans les pays de l’UE variait entre un minimum de 21,7 % au Luxembourg et de 23,6 % en Irlande, où l’on comptait près de 5 personnes en âge de travailler pour chaque personne âgée de 65 ans et plus, et un maximum de 38,4 % en Italie, 38,2 % en Bulgarie et 38,2 % au Portugal, où l’on comptait moins de 3 personnes en âge de travailler pour chaque personne âgée de 65 ans et plus (Eurostat, 2024).

Selon les données recueillies, le taux de dépendance des personnes âgées devrait encore augmenter pour atteindre 59,0 en 2070, la majeure partie de cette hausse étant attendue dès 2045. Cela signifie que l’UE passerait de près de trente personnes âgées de 20 à 64 ans pour dix personnes âgées de plus de 65 ans en 2022 à moins de vingt personnes d’ici 2045 (Commission européenne, 2024).

Pays	Population 1er janvier 2024	Taux de dépendance des personnes âgées* 2024	Âge médian en années en 2024	Augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus entre 2014 et 2024
Allemagne	83,4 millions 19 % du total de l'UE	35,2	45,5	de 20,9 % à 22,4 %
France	68,4 millions 15 % du total de l'UE	34,8	42,6	de 18,0 % à 21,4 %
Roumanie	19,07 millions	31,2	43,8	de 13,9 % à 17,7 %
Chypre	934 000 0,2 % du total de l'UE	26,5	40,6	de 16,5 % à 20,0 %
Portugal	10,64 millions du total de l'UE	38,2	47,1	20,0 % – 24,1 %
Europe	449,31 millions	33,9	44,7	de 18,7 % à 21,6 %

Source des données : Eurostat (2024) *Le taux de dépendance par âge est donné par le nombre de jeunes et de personnes âgées à un âge où ces deux groupes sont généralement économiquement inactifs (c'est-à-dire les moins de 15 ans et les plus de 65 ans), par rapport au nombre de personnes en âge de travailler (c'est-à-dire les 15-64 ans).



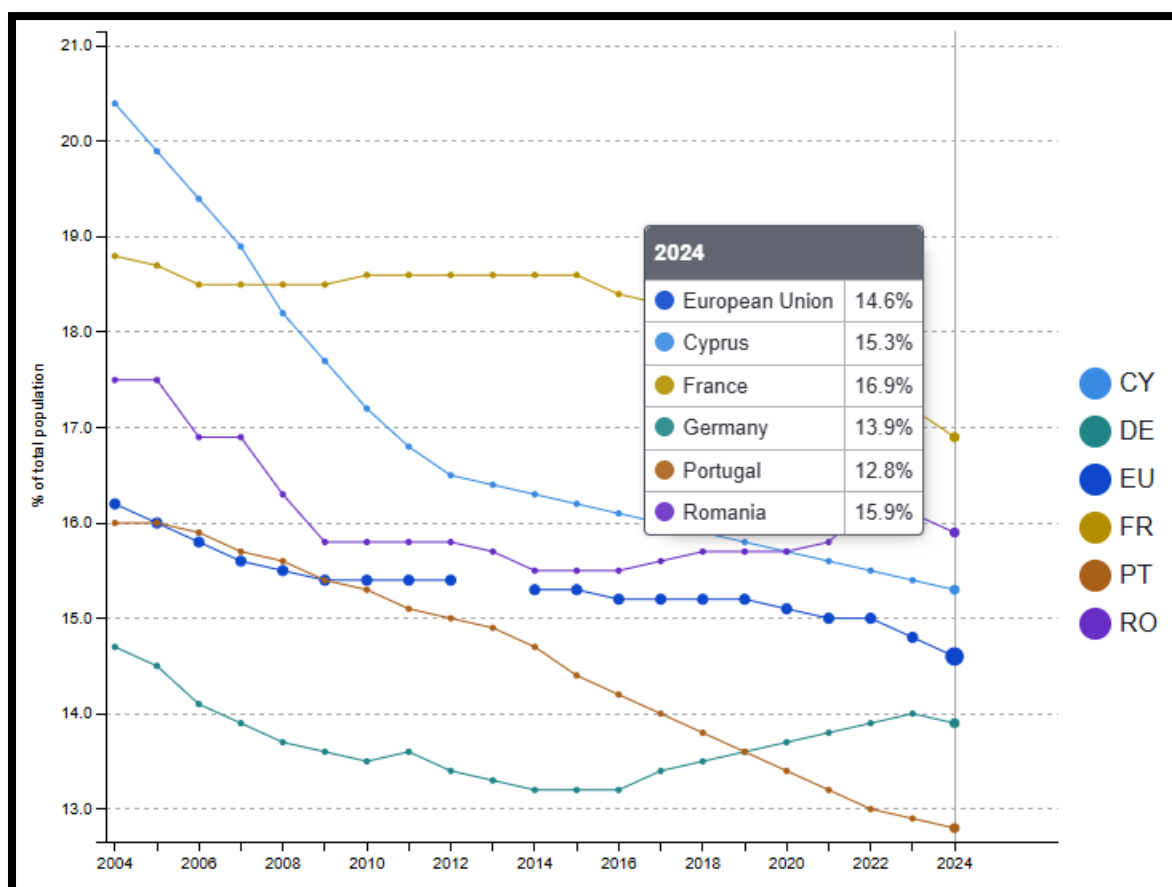


Figure1 - Population âgée de moins de 15 ans en % de la population totale (Eurostat, 2024)

Au sein du consortium Never Gets Old, les pays partenaires représentent un éventail diversifié de l'évolution démographique européenne. Le Portugal, aux côtés de l'Italie et de la Grèce, affiche actuellement l'un des taux de dépendance des personnes âgées les plus élevés de l'UE (estimé à plus de 38 %), son âge médian augmentant à l'un des rythmes les plus rapides de la région (Eurostat, 2024). À l'inverse, l'Allemagne a récemment connu une légère stabilisation, voire une baisse, de son âge médian, un phénomène principalement attribué à l'afflux d'une main-d'œuvre migrante plus jeune. La France continue de disposer d'une des populations les plus importantes et les plus résilientes ; elle n'est toutefois pas à l'abri de la tendance au « vieillissement » qui prévaut dans toute l'Europe occidentale, ce qui a orienté les politiques nationales vers la viabilité à long terme des systèmes de protection sociale.

Les partenaires de l'Est et de la Méditerranée sont confrontés à des pressions structurelles différentes : la Roumanie a connu l'une des baisses de population relatives les plus importantes de l'UE (environ -11 % depuis 2004), largement due à l'émigration de la population en âge de travailler, qui a accéléré un processus de vieillissement « déséquilibré ». À l'inverse, Chypre a enregistré la plus forte croissance démographique relative de l'Union (29 % depuis 2004) ; pourtant, paradoxalement, la proportion d'enfants y diminue, ce qui indique que sa santé démographique future reste fragile.

Les données fournies par le Rapport sur le vieillissement 2024 soulignent une transition d'une période de « *bonus* démographique » (lorsqu'un pays dispose d'une population active nombreuse et jeune) vers une période de « *frein* démographique ». Le frein démographique survient lorsque la diminution de la population active et l'augmentation de la population âgée ralentissent la croissance économique d'un pays. Cela s'explique par le fait qu'il y a moins de travailleurs qui paient des impôts pour financer

les coûts croissants, par exemple, des retraites, des soins de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées. En d'autres termes : nous ne pouvons plus compter sur une vaste cohorte de jeunes travailleurs pour faire tourner l'économie ; nous devons au contraire trouver de nouveaux moyens de soutenir une société nettement plus âgée. Pour le projet « Never Gets Old », ces chiffres confirment que les secteurs des soins et du social seront confrontés à une double pression : une pénurie croissante de professionnels des soins et une demande croissante d'accompagnement centré sur la personne. La hausse prévue du taux de dépendance d'ici 2045 suggère que la marge de manœuvre pour mettre en œuvre des cadres de « *vieillissement positif* » se réduit. Par conséquent, aller au-delà des soins cliniques pour aborder le bien-être global, y compris les aspects souvent négligés de l'identité et de l'intimité, n'est plus seulement un choix éthique, mais une nécessité structurelle pour garantir la pérennité et la dignité des sociétés européennes vieillissantes.

Mythes et réalités concernant la sexualité chez les personnes âgées

Les perceptions sociétales du vieillissement sont souvent obscurcies par l'*âgisme sexuel*, un préjugé systémique qui rejette ou pathologise la vie sexuelle des personnes âgées et reflète les attentes sociales selon lesquelles les personnes âgées n'ont pas ou ne devraient pas avoir de relations sexuelles. Alors que les tendances démographiques montrent une augmentation de l'espérance de vie et une population croissante de personnes âgées, le discours public et professionnel reste souvent en retard sur cette réalité, continuant à refléter des a priori âgistes sur la vieillesse et la sexualité (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020).

En matière de stéréotypes, un mythe très répandu veut que les personnes âgées soient intrinsèquement asexuées, « au-delà » du désir, ou que l'intérêt sexuel disparaisse naturellement avec l'âge. Or, la réalité est que la sexualité est une phase de vie dynamique qui se poursuit tout au long de l'existence. Si les capacités physiques peuvent évoluer, les recherches indiquent que de nombreuses personnes âgées considèrent la sexualité comme un élément essentiel de leur qualité de vie, leur attention se déplaçant souvent des actes purement physiques vers une intimité émotionnelle plus profonde et une connexion « complète » (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020).

Un autre mythe courant présente la sexualité des personnes âgées comme ridicule ou inappropriée, alors que des études montrent que c'est l'intériorisation de ces stéréotypes mêmes, et non l'âge en soi, qui entrave le plus souvent l'expression sexuelle (Gewirtz-Meydan et al., 2018).

Ces idées fausses ont de profondes implications pour les services et le bien-être. Lorsque les professionnels agissent en se fondant sur le mythe de l'asexualité, ils peuvent négliger les besoins en matière de santé sexuelle, ne pas garantir l'intimité dans les lieux de soins ou ignorer les préoccupations spécifiques des groupes vulnérables, tels que les adultes LGBTQI+ confrontés à une « double invisibilité » (Gewirtz-Meydan et al., 2018). Les cadres de référence efficaces en matière de vieillissement doivent donc s'éloigner d'un modèle de déclin strictement biomédical et adopter une perspective holistique et plus inclusive. Cela implique notamment de reconnaître que la sexualité est un droit humain fondamental et un indicateur d'un vieillissement réussi. En démantelant ces mythes, les professionnels peuvent créer un environnement favorable où les personnes âgées se sentent capables d'exprimer leur identité et leur désir dans la dignité.

Pour approfondir les origines des stéréotypes âgistes et des préjugés sociétaux qui affectent l'intimité à un âge avancé, nous vous encourageons à consulter le module 2 du guide AgeWise : [Âgisme et idées reçues sur les personnes âgées.](#)

Cadres de référence pour un vieillissement positif

Alors que la population européenne et mondiale connaît une évolution démographique significative, l'accent mis par la gérontologie et la politique sociale s'est déplacé d'un modèle axé sur les déficits, qui considère le vieillissement principalement comme une période de déclin ou de maladie inévitable, vers des cadres de vieillissement positif, qui envisagent le vieillissement comme une période continue de croissance, de développement et de potentiel. Un cadre offre une grille de lecture et peut servir d'outil pour organiser des programmes ou des services destinés aux seniors. Par exemple, si différentes organisations d'éducation des adultes utilisent toutes le même cadre pour réfléchir à leur travail et le communiquer, il est possible d'identifier les lacunes en matière de services et de faciliter l'accès des seniors aux services dont ils ont besoin, là où ils en ont besoin et quand ils en ont besoin. Les cadres suivants proposent différentes feuilles de route théoriques pour aider les personnes âgées non seulement à vivre plus longtemps, mais aussi à s'épanouir.

Vieillir en bonne santé : une approche fonctionnelle

Le vieillissement en bonne santé ne se limite pas au simple maintien de notre santé physique au fil du temps. Il concerne également notre santé mentale et émotionnelle, notre autonomie et notre qualité de vie, ainsi que notre sécurité en matière de logement et de finances. Il s'agit de notre capacité à tisser des liens avec les autres, à rester engagés au sein de nos communautés et à nous sentir considérés comme des membres à part entière de la société. Le vieillissement en bonne santé repose sur notre capacité à faire preuve de résilience face à la fragilité croissante, à la perte d'autonomie et à l'évolution des circonstances qui constituent la réalité à laquelle de nombreuses personnes sont confrontées à mesure qu'elles vieillissent.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le vieillissement en bonne santé comme le processus consistant à développer et à maintenir les capacités fonctionnelles qui favorisent le bien-être chez les personnes âgées. Contrairement aux anciens modèles médicaux qui se concentraient uniquement sur l'absence de maladie, le vieillissement en bonne santé met l'accent sur l'interaction entre les capacités intrinsèques d'un individu (physiques et mentales) et les environnements dans lesquels il évolue (OMS, 2020). Il déplace l'objectif de *la guérison* vers *la fonctionnalité*. Même les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent vieillir en bonne santé si leur environnement (social, politique et physique) favorise leur capacité à faire ce qui leur tient à cœur.

La capacité fonctionnelle désigne les aptitudes qui permettent aux personnes d'être et de faire ce qui leur tient à cœur (Beard et al., 2016). Elle correspond à la capacité :

- de satisfaire leurs besoins fondamentaux,
- d'apprendre, de s'épanouir et de prendre des décisions,
- de se déplacer,
- de nouer et d'entretenir des relations, et
- de contribuer à la société.

Une revue systématique menée par Abud et al. (2022), portant sur un cadre clair du vieillissement en bonne santé, a identifié différents déterminants du vieillissement en bonne santé selon plusieurs dimensions :

- **Bien-être physique** : activité physique, exercice, alimentation saine, choix de mode de vie proactifs, gestion des traitements médicamenteux, thérapies alternatives pour soutenir les fonctions de l'organisme ;

- **Bien-être mental/cognitif** : conscience de soi, vision et attitude positives (état d'esprit tourné vers l'avenir), sentiment d'avoir un but, apprentissage tout au long de la vie, loisirs, foi/religion et spiritualité ;
- **Bien-être social** : soutien social et relations avec la famille, les amis et même les professionnels de santé, sécurité financière, engagement communautaire/bénévolat ;
- **L'autonomie** dans ces trois dimensions.

L'indépendance semble être le fil conducteur qui relie les domaines physique, mental et social. Elle désigne la capacité à vivre sans aide permanente, à rester autonome et à conserver son indépendance financière. La perception de l'indépendance est très individuelle ; pour les personnes atteintes de maladies chroniques, elle peut se concentrer sur les capacités physiques ; pour d'autres, elle se définit par la liberté de faire ses propres choix.

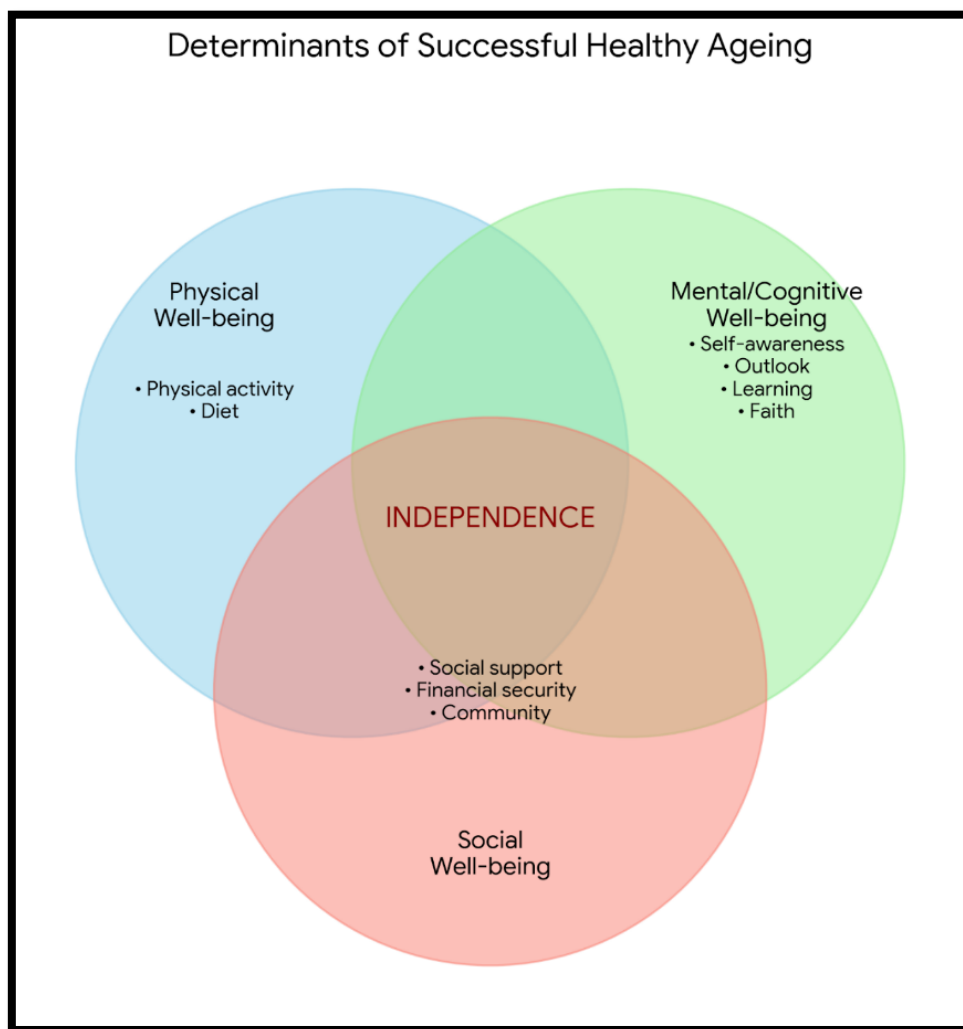


Figure2 - Données tirées de Abud et al., 2022.

Exemples de vieillissement en bonne santé



*Images créées/provenant de Canva (2026)

- **Infrastructures urbaines adaptées aux personnes âgées** : dans une ville qui donne la priorité à ce cadre, un habitant dont la mobilité diminue peut encore faire ses courses lui-même, car la municipalité a installé une signalisation, élargi les trottoirs et prolongé la durée des feux de passage piéton. En supprimant les barrières physiques, l'environnement compense la diminution des capacités physiques intrinsèques de la personne, lui permettant ainsi de rester plus autonome.
- **Sécurité nutritionnelle et santé préventive** : prenons l'exemple d'une personne âgée qui participe à un programme d'agriculture soutenue par la communauté fournissant des produits frais et locaux. En conservant une alimentation riche en nutriments, en protéines et en vitamines, elle renforce son système immunitaire et préserve sa masse musculaire (prévenant ainsi la sarcopénie). Cette approche proactive de la nutrition réduit le risque de chutes et d'hospitalisations, contribuant directement à la stabilité fonctionnelle à long terme.
- **Autogestion et défense de sa santé** : une personne qui travaille en collaboration avec son médecin traitant pour gérer une affection telle que l'hypertension. En surveillant sa propre tension artérielle et en comprenant son traitement, elle fait preuve d'une grande « conscience de soi » et d'autonomie, et passe du statut de patient passif à celui de défenseur actif de sa santé.

Vieillessement actif : optimiser les opportunités

Le cadre du *vieillessement actif* a été adopté par l'OMS au début des années 2000 afin de véhiculer un message plus inclusif que celui du « *vieillessement en bonne santé* ». Lors du sommet mondial sur la population qui s'est tenu à Madrid en avril 2002, l'OMS a approuvé le *vieillessement actif* comme objectif principal des politiques sanitaires et sociales en faveur des personnes âgées (Paúl et al., 2012). Le terme « *actif* » fait référence à une participation continue à la vie sociale, économique, culturelle, spirituelle et civique, et ne se limite pas à la capacité d'être physiquement actif ou de faire partie de la population active. Il repose sur trois piliers : la santé, la participation et la sécurité (OMS, 2002).

Le profil du vieillissement actif est susceptible de varier selon les contextes et les cultures et peut servir à orienter des interventions spécifiques, tant au niveau communautaire qu'individuel, dans les environnements locaux. Des recherches montrent qu'il existe des variables subjectives contribuant au vieillissement actif (Paúl et al., 2012). Selon l'OMS, le cadre du vieillissement actif englobe six groupes de déterminants, chacun favorisant les conditions sociétales et environnementales propices au vieillissement actif :

1. **Services de santé et services sociaux** : promotion de la santé, prévention des maladies, soins de longue durée et services de santé mentale.
2. **Déterminants comportementaux** : sevrage tabagique, activité physique, alimentation saine, santé bucco-dentaire, consommation d'alcool et observance thérapeutique.
3. **Déterminants personnels** : biologie, génétique et facteurs psychologiques.
4. **Environnement physique** : garantie d'un cadre de vie adapté aux personnes âgées, de logements sûrs, de la prévention des chutes et de l'absence de pollution (eau propre, air pur et alimentation sûre).
5. **Déterminants sociaux** : soutien social, prévention de la violence et des maltraitances, et promotion de l'éducation et de l'alphabétisation.
6. **Déterminants économiques** : suivi des revenus, protection sociale et sécurité financière.

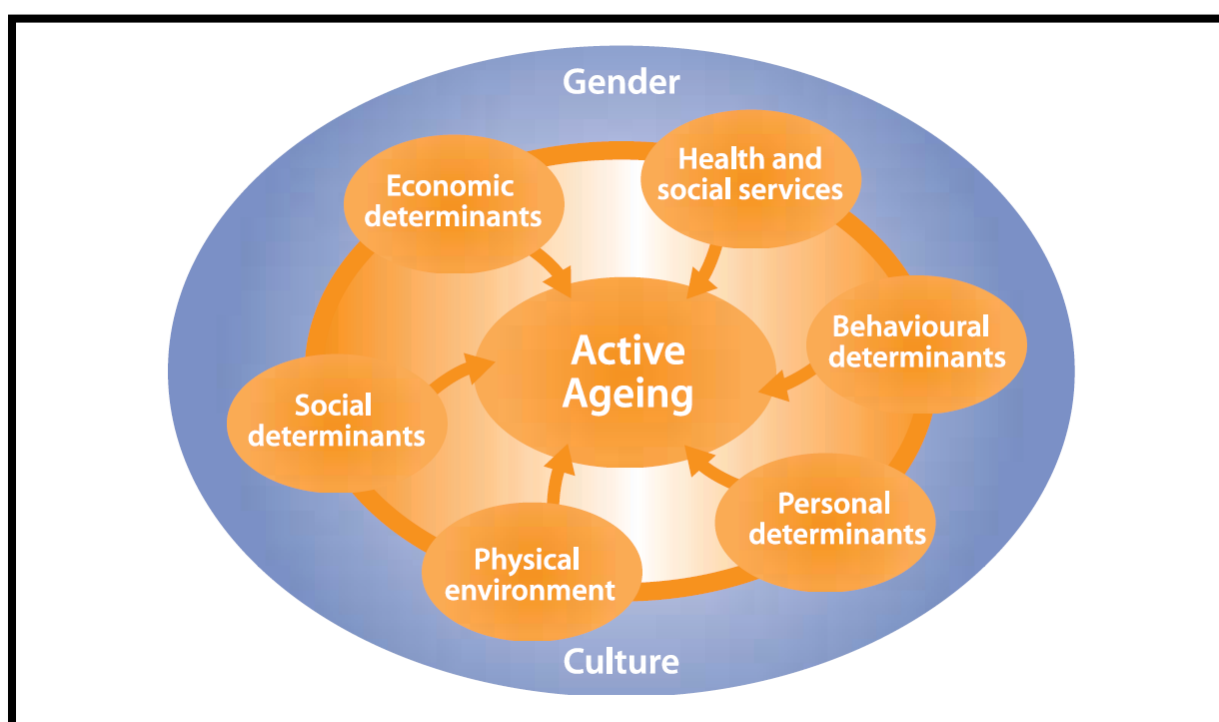


Figure3 - Les déterminants du vieillissement actif (OMS, 2002)

La culture et le genre sont classés parmi les déterminants transversaux, car ils n'existent pas de manière isolée ; ils agissent au contraire comme des facteurs fondamentaux qui façonnent et influencent tous les autres facteurs du cadre du vieillissement actif.

La culture constitue l'environnement global dans lequel évoluent les individus ; elle dicte les perceptions sociétales du processus de vieillissement, les comportements en matière de santé et les modes de vie, tels que la préférence pour les ménages multigénérationnels.

Le genre, quant à lui, sert de prisme critique pour évaluer la pertinence des politiques, en mettant en évidence la manière dont les statuts sociaux disparates et les rôles traditionnels entraînent des risques spécifiques : les femmes sont souvent confrontées à une pauvreté accrue en raison des tâches de soins non rémunérées qu'elles assument tout au long de leur vie, tandis que les hommes sont statistiquement plus exposés aux risques professionnels et à des comportements à risque liés à l' . Ensemble, ces déterminants permettent de considérer le vieillissement non seulement comme un processus biologique, mais aussi comme une expérience sociale et personnelle complexe (OMS, 2002).

Voici quelques aspects clés du vieillissement actif :

- **L'autonomie** : la capacité perçue à contrôler, à gérer et à prendre des décisions personnelles concernant son mode de vie au quotidien ;
- **Autonomie** : la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne – la capacité à vivre de manière autonome au sein de la communauté, sans aide ou avec très peu d'aide de la part d'autrui ;
- **Qualité de vie** : « la perception qu'a un individu de sa situation dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, et par rapport à ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations » (THE WHOQOL GROUP, 1998).
- **Espérance de vie en bonne santé** : ce terme est couramment utilisé comme synonyme d'« espérance de vie sans incapacité ».

Exemples de vieillissement actif

		
• Mentorat intergénérationnel	Un engagement politique de toute une vie	Université pour seniors

*Images créées/provenant de Canva (2026)

- **Mentorat intergénérationnel** : un professionnel plus âgé, bien qu'ayant pris sa retraite d'un emploi à temps plein, participe à un programme de « transfert de connaissances » au sein d'une entreprise locale. En encadrant des collaborateurs plus jeunes, il reste « actif » sur le plan civique et économique, garantissant ainsi que ses compétences continuent d'être valorisées par la société.

- **Engagement politique tout au long de la vie** : participer aux réunions du conseil municipal pour défendre les droits des seniors. Cela garantit le respect du pilier de la « sécurité » en permettant aux personnes âgées d’avoir leur mot à dire sur les politiques qui affectent leur vie et leur cadre de vie.
- **Université du troisième âge** : s’inscrire à une « université du troisième âge » pour apprendre une nouvelle langue ou étudier l’histoire. Cela témoigne d’un engagement en faveur de « l’apprentissage tout au long de la vie », qui permet de garder l’esprit actif et d’élargir son cercle social.

Qualité de vie : l’expérience subjective

Alors que les cadres de référence relatifs au vieillissement en bonne santé et actif se concentrent souvent sur les capacités fonctionnelles et la participation à la vie sociale, le cadre de référence de la qualité de vie est centré sur l’expérience subjective que l’individu a de sa propre existence. L’Organisation mondiale de la santé définit la qualité de vie comme la perception qu’a un individu de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit, et par rapport à ses objectifs, ses attentes et ses préoccupations (The WHOQOL Group, 1998). Ce cadre est multidimensionnel : il va au-delà des indicateurs médicaux traditionnels pour intégrer la santé psychologique, les relations sociales et les convictions personnelles.

Dans le contexte du vieillissement de la population, la qualité de vie constitue un indicateur essentiel du bien-être qui persiste même lorsque la santé physique décline. Des recherches suggèrent que, pour les personnes âgées, la qualité de vie est étroitement liée aux concepts d’autonomie (la capacité à faire ses propres choix) et de maîtrise de la vie quotidienne (Wiggins et al., 2004). Contrairement à certaines notions de niveau de vie, qui se concentrent sur les revenus et les biens matériels, la qualité de vie mesure le degré de satisfaction d’une personne vis-à-vis de ses liens sociaux, de son sentiment de dignité et de sa capacité à s’épanouir à un âge avancé. Par conséquent, pour de nombreuses personnes âgées, la qualité de vie est plus étroitement liée à l’autonomie (la capacité à prendre des décisions) et à la relationnalité (le lien avec les autres) qu’à l’absence de douleur physique.

Pour les professionnels, le cadre de la qualité de vie exige un changement de perspective : il ne s’agit plus de se demander « *Quel est le diagnostic ?* », mais « *Qu’est-ce qui rend la vie digne d’être vécue pour cette personne ?* ». En accordant la priorité aux valeurs personnelles de l’individu, notamment son besoin d’intimité, de vie privée et d’identité, les soignants peuvent favoriser une phase de vie digne, définie par la personne qui la vit plutôt que par ses limitations cliniques.

Exemples de qualité de vie



**Préserver
son style
personnel
et son
identité**

**Vie privée
et intimité**

**Autonomie
dans les
petites
décisions**

*Images créées/provenant de Canva (2026)

- **Préserver son style personnel et son identité** : une personne âgée vivant en maison de retraite continue de s'habiller selon son style préféré et d'utiliser son parfum ou son après-rasage favori. Ce sentiment subjectif d'« expression de soi » est un élément majeur de la qualité de vie psychologique.
- **Intimité et vie privée** : disposer de l'autonomie nécessaire pour passer du temps en tête-à-tête avec un partenaire ou un ami proche sans être dérangé. Pour beaucoup, la qualité de vie se définit par la liberté d'entretenir des relations intimes.
- **Autonomie dans les petites décisions** : la capacité à choisir ses propres horaires de repas, ce que l'on regarde à la télévision ou quand on va se promener. En gériatrie, le sentiment de « contrôle » sur la vie quotidienne est l'un des indicateurs les plus fiables d'une bonne qualité de vie.

Mesure de la qualité de vie

Pour mesurer l'expérience subjective du vieillissement, les chercheurs et les praticiens s'appuient généralement sur des outils validés et fondés sur des données probantes qui rendent compte de la nature multidimensionnelle du bien-être. Deux des cadres les plus reconnus à l'échelle mondiale pour évaluer la qualité de vie sont le **WHOQOL-BREF** et le **CASP-19** (voir également les activités de la boîte à outils en annexe).

Le WHOQOL-BREF, développé par l'OMS, est un questionnaire de 26 items disponible en téléchargement dans plus de 40 langues à l'adresse suivante : <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

Le CASP-19 est conçu pour les personnes âgées ; il s'éloigne des indicateurs liés à la santé pour se concentrer sur *l'épanouissement* à un âge avancé. Il est disponible dans de nombreuses langues afin de soutenir la recherche et la pratique à l'échelle internationale : <https://casp19.com/casp-translations/>

Pour obtenir davantage d'informations pratiques et découvrir comment utiliser ces outils, consultez le [plan de cours](#) structuré du module 1 et de [l'exercice 2](#).

L'utilisation de ces outils permet aux professionnels d'aller au-delà des observations cliniques et d'acquérir une compréhension directe et centrée sur la personne du bien-être d'un individu tout au long de sa vie.

Intégrer la sexualité et l'identité dans le bien-être holistique

Une approche véritablement holistique de ces cadres conceptuels doit reconnaître que la sexualité et l'identité font partie intégrante du bien-être et ne s'éteignent pas à un certain âge chronologique. Dans les modèles du vieillissement actif et de la qualité de vie, la sexualité n'est pas simplement une fonction biologique, mais une expression fondamentale de l'identité, des relations et de l'autonomie. La réalité de la vieillesse implique la persistance du désir, le besoin de contact physique et le maintien d'une image de soi sexuelle, autant d'éléments qui contribuent de manière significative à la résilience psychologique.

Lorsque les professionnels ignorent la sexualité ou la considèrent comme hors de propos, ils sapent les piliers de la qualité de vie que sont l'autonomie et l'épanouissement personnel. Un accompagnement global nécessite un changement de perspective : il faut reconnaître que, pour beaucoup, une vie digne implique la liberté d'exprimer son identité de genre et son orientation sexuelle, ainsi que de rechercher l'intimité et les liens tout au long de la vie. Intégrer la sexualité dans les cadres de référence du vieillissement positif garantit que nous accompagnons la personne dans sa globalité, plutôt qu'une version clinique de la « vieillesse ».

Synergies avec les groupes de discussion « Never Gets Old »

Les cadres théoriques explorés dans le module 1 fournissent des pistes pour interpréter les expériences vécues partagées par les participants à nos groupes de discussion nationaux. Tout au long des discussions, les cadres présentés ont trouvé un écho chez les participants, qui ont défini leurs besoins quotidiens ; ils sont souvent allés au-delà des préoccupations de santé clinique pour souligner l'importance de l'autonomie et des sentiments subjectifs liés au fait de vieillir.

« Personne ne veut vieillir. Moi, je ne veux pas. [...] Je ne pense pas que ça plaise à qui que ce soit. C'est un processus très intime, et il faut savoir comment vieillir. Et savoir comment vieillir n'est pas facile pour tout le monde [...] ». – Participant portugais.

La nature du genre et de la culture se reflétait également dans la dynamique de groupe, car les attentes culturelles concernant la prise en charge familiale ou les normes de genre façonnent la manière dont les individus abordent leur identité.

« Je pense que les gens se retiennent encore beaucoup. Par exemple, ma grand-mère est devenue veuve très jeune. Pourtant, il était impensable pour elle de refaire sa vie. Jamais de sa vie. Dans son esprit, cela n'avait aucun sens [...] » – Participante, Portugal

« En tant que retraitée lesbienne, je suis "en marge" à double titre. » – Participante allemande

De plus, les facteurs déterminants du vieillissement actif, en particulier le soutien social, sont apparus comme des obstacles ou des facilitateurs concrets dans leur vie.

« Après le décès de son deuxième mari, elle a organisé une sorte de club chez elle... et elle voit du monde tous les jours. » – Participants, Roumanie

« Je trouve que ce travail intergénérationnel est formidable, car je pense avoir beaucoup à apprendre. Ce n'est pas que je n'ai pas été jeune avant, mais j'étais jeune à une autre époque [...] » – Participante, Portugal

En replaçant ces réflexions issues des groupes de discussion dans ces cadres théoriques établis, on constate que le changement démographique n'est pas seulement un défi statistique, mais aussi une expérience personnelle où le maintien de l'autonomie et de la sexualité tout au long de la vie reste au cœur d'un modèle de soins centré sur la personne.

Défis professionnels

La transposition des cadres de référence du vieillissement positif dans la pratique quotidienne peut présenter des défis pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Souvent, les praticiens sont tiraillés entre le modèle biomédical, qui privilégie la sécurité et la gestion des risques, et le cadre de référence de la qualité de vie, qui met l'accent sur l'autonomie et le droit de prendre des risques dans la dignité.

Par exemple, soutenir l'identité sexuelle d'une personne âgée ou son besoin d'intimité dans un cadre résidentiel peut entrer en conflit avec des protocoles institutionnels rigides ou des limites professionnelles dépassées. De plus, il est difficile pour les professionnels de toujours prodiguer des soins centrés sur la personne au sein de systèmes où ils sont de plus en plus mis à rude épreuve par le manque de personnel et des ressources limitées. Comblar ce fossé nécessite un changement de mentalité professionnelle : il faut passer du rôle de protecteurs des personnes âgées à celui de facilitateurs de leur autonomie et de leur libre expression.

Pour obtenir des conseils sur la manière de mieux accompagner les personnes âgées et d'adopter une approche davantage centrée sur la personne, consultez la section suivante : [Conseils à l'intention des formateurs et des professionnels](#), ou jetez un œil au [plan de cours](#) du module 1 et à [l'exercice 3](#).

Groupes vulnérables et intersectionnalité

Si des cadres conceptuels tels que le « vieillissement actif » proposent un idéal universel, celui-ci n'est pas vécu de la même manière par tous. Une approche intersectionnelle est nécessaire pour comprendre comment diverses identités, telles que l', l'origine ethnique, le handicap, le statut socio-économique, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, se recoupent pour créer des obstacles spécifiques au bien-être.

Par exemple, les personnes âgées LGBTQI+ peuvent être confrontées à une double invisibilité, craignant que leur identité sexuelle ne soit pas respectée dans les environnements de soins traditionnels, ce qui les conduit à dissimuler des aspects importants de leur vie. De même, les personnes âgées issues de l'immigration peuvent être confrontées à un décalage culturel lorsque les services de santé traditionnels ne tiennent pas compte de leurs traditions spécifiques en matière de famille et de soins.

Reconnaître ces vulnérabilités qui se recoupent permet de garantir que le vieillissement positif n'est pas un concept « universel », mais un système de soutien flexible qui protège les droits et la dignité de chaque individu, quelle que soit son origine.



Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels

Passer de la théorie à la pratique nécessite un changement dans notre manière d'interagir avec les personnes âgées. Les conseils suivants ont pour but d'aider les professionnels à mettre en œuvre des cadres de vieillissement positif tout en respectant les normes éthiques et en faisant preuve de sensibilité.

Recommandations en matière de communication

Validez, ne infantilisez pas : évitez le « langage des aînés » (ton aigu ou langage trop simplifié). Traitez les personnes âgées comme les pairs autonomes qu'elles sont.

Écoute active axée sur l'identité : soyez à l'écoute des indices concernant l'identité d'une personne, ses rôles passés et ses désirs actuels. La sexualité et l'intimité sont souvent abordées de manière « nuancée », par des allusions subtiles qui nécessitent une réponse sensible et sans jugement.

À faire et à ne pas faire

À faire	À ne pas faire
Utilisez un langage centré sur la personne et adressez-vous à elle d'égal à égal, quel que soit son état physique ou cognitif.	Évitez d'utiliser un langage condescendant envers les personnes âgées (langage enfantin, intonation aiguë ou termes collectifs tels que « nous »), qui porte atteinte à la dignité de la personne.
Encouragez la prise de décision partagée, en laissant la personne mener la conversation concernant ses soins et ses habitudes quotidiennes.	Ne faites pas de suppositions sur ce qu'une personne est capable ou non de faire en vous basant uniquement sur son âge ou son diagnostic médical.
Prévoyez des espaces privés pour l'expression de l'intimité et de l'identité de genre (par exemple, frappez à la porte et attendez une réponse avant d'entrer dans la pièce).	Ne pathologisez pas et n'ignorez pas la santé sexuelle ou l'identité sexuelle d'une personne âgée, et ne la considérez pas comme inappropriée ou comme un symptôme.
Considérez la « personne dans son ensemble », en tenant compte de son contexte culturel, de ses besoins spirituels et de son parcours de vie, parallèlement à son état de santé clinique.	Ne traitez pas la personne comme un « cas » ou une liste de symptômes médicaux ; évitez de vous concentrer exclusivement sur le déclin biologique.
Soutenez la « dignité du risque », en permettant aux individus de faire des choix qui renforcent leur joie de vivre, même s'ils comportent des risques mineurs.	Ne privilégiez pas la sécurité institutionnelle au point d'entraîner la « mort sociale » ou la restriction totale de la personne.
Posez des questions ouvertes : « À quoi ressemble pour vous l'« indépendance » aujourd'hui ? »	Ne présumez pas de l'asexualité : ne rejetez jamais comme inappropriée la demande d'intimité d'un résident ou l'expression de son identité de genre.



Considérations éthiques

La principale tension éthique dans les soins aux personnes âgées réside dans l'équilibre entre la bienfaisance (agir dans l'intérêt supérieur de la personne) et l'autonomie (respecter son droit de choisir). Les professionnels doivent adopter le principe de la « *dignité du risque* » dans la mesure du possible, en reconnaissant qu'une vie sans risque est une vie sans liberté. Veiller à ce qu'une personne âgée puisse exprimer sa sexualité et son identité relève des droits humains fondamentaux, et non d'un luxe clinique.



Résumé et messages clés

Le module 1 établit que le vieillissement est un processus dynamique et multidimensionnel plutôt qu'un récit de déclin inévitable. Le point essentiel à retenir est que le vieillissement positif s'obtient grâce à la synergie entre le vieillissement en bonne santé (capacités fonctionnelles), le vieillissement actif (participation et sécurité) et la qualité de vie (satisfaction subjective). Nous avons vu que, bien que les changements démographiques en Europe posent des défis économiques, la priorité des professionnels doit rester l'indépendance et l'autonomie de la personne.

Parmi les messages clés figure la reconnaissance de la culture et du genre comme des prismes transversaux qui déterminent la manière dont les individus vivent le vieillissement et accèdent aux soins. En outre, nous devons reconnaître que l'identité et la sexualité perdurent tout au long de la vie ; ce sont des composantes essentielles du bien-être qui nécessitent une reconnaissance et un soutien professionnels. En adoptant une approche holistique et centrée sur la personne, nous pouvons veiller à ce que la philosophie « *Never Gets Old* » se reflète dans chaque interaction, en respectant la dignité de chaque personne âgée, quels que soient son parcours ou son état physique.



Outils pratiques

Plan de cours – Module 1

Le plan de cours est un guide structuré qui fournit des instructions aux formateurs ou aux professionnels sur la manière de mettre en œuvre le module 1 en groupe. Il propose un cadre pour une formation d'une durée de 2 h 30, accompagnée d'une présentation PowerPoint correspondante, énumère les acquis d'apprentissage et fournit une liste de contrôle pour la préparation, et décrit trois exercices (voir ci-dessous).

- **Plan de cours Module 1** – Évolution démographique et cadres de référence pour un vieillissement positif, y compris les consignes des exercices.
- **Présentation du module 1** – Vieillesse de la population et approches positives du vieillissement.

Exercice 1 – World Café

Objectif : établir un lien entre les données de l'UE et la réalité régionale et professionnelle spécifique des apprenants à l'aide de la méthodologie du World Café (voir les instructions dans le plan de cours).



- [Noms des stations du World Café](#)

Exercice 2 – Mesurer la qualité de vie

Objectif : se familiariser avec l'utilisation des outils WHOQOL-BREF et CASP-19 à l'aide de scénarios de jeux de rôle (voir les instructions dans le plan de cours).

- [Fiches de personnages](#) pour [les jeux de rôle](#) – destinées *aux professionnels et aux personnes âgées*.
- [Questionnaire WHOQOL-BREF](#).

Exercice 3 – Analyse d'études de cas et élaboration d'un plan d'action en trois étapes

Objectif : Appliquer *les perspectives de genre et de culture* et résoudre des dilemmes éthiques à l'aide d'études de cas et en élaborant des plans d'action en trois étapes (voir les instructions dans le plan de cours).

- [Fiches d'études de cas](#).
- [Fiche de travail « Plan d'action en trois étapes »](#).



Références

Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Déterminants du vieillissement en bonne santé : une revue systématique de la littérature contemporaine. *Aging clinical and experimental research*, 34(6), 1215-1223.

Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. (2016). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé : un cadre d'action pour un vieillissement en bonne santé. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154.

De Gobbi, M. S., Kühn, S., Heins, G., & Malikova, Z. (2025). Évolution démographique en Europe et en Asie centrale : faire face au problème de la diminution et du vieillissement de la main-d'œuvre (n° 139). Document de travail de l'OIT. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/324229/1/1929162480.pdf>

Commission européenne. (2024). Rapport 2024 sur le vieillissement : projections économiques et budgétaires pour les États membres de l'UE (2022-2070) (Document institutionnel n° 279). Office des publications de l'Union européenne. <https://doi.org/10.2765/049223>

Commission européenne. (2021). Livre vert sur le vieillissement : Renforcer la solidarité et la responsabilité entre les générations. https://commission.europa.eu/system/files/2021-06/green_paper_ageing_2021_en.pdf

Eurostat. (septembre 2024). Structure démographique et vieillissement. Commission européenne. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

Eurostat. (2025). Démographie de l'Europe – Édition 2025. Publication interactive. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2025>

Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2020). « Shades of grey » : exploration de l'opinion publique sur la sexualité des personnes âgées. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 647-661. <https://doi.org/10.1017/s071498081900062x>

Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. et Ayalon, L. (2018) « Ageism and Sexuality », dans Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (dir.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham : Springer International Publishing, pp. 149-162. doi:10.1007/978-3-319-73820-8_10. <https://cora.ucc.ie/bitstreams/7f056dc8-2801-4587-9aec-87a10ad79796/download>

Hello Leaders. (13 mars 2024). Soins holistiques : une approche globale du bien-être dans le secteur des soins aux personnes âgées. <https://helloleaders.com.au/article/holistic-care-a-comprehensive-approach-to-well-being-in-the-aged-care-sector>

Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Vieillesse active : une approche empirique du modèle de l'OMS. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2012/382972>

Ribeiro, M. G. (26 juin 2025). Vieillesse active : cadres européens et progrès. Association européenne pour l'éducation des adultes. <https://eaea.org/2025/06/26/active-ageing-european-frameworks-and-progress/>

Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczy



\kalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). L'approche de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de vieillissement en bonne santé. *Maturitas*, 139, 6-11.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>

LE GROUPE WHOQOL. (1998). Élaboration de l'échelle d'évaluation de la qualité de vie WHOQOL-BREF de l'Organisation mondiale de la santé. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.
doi:10.1017/S0033291798006667

Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., & Blane, D. (2004). L'échelle Casp-19 de la qualité de vie chez les personnes âgées : ses propriétés de mesure, sa fiabilité et sa validité. *Ageing & Society*, 24(5), 693–706.

Organisation mondiale de la Santé. (28 avril 2025). Vieillissement : âgisme.
<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

Organisation mondiale de la Santé. (2020). Décennie pour un vieillissement en bonne santé : rapport de référence. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Organisation mondiale de la Santé. (2002). Vieillissement actif : un cadre d'action (n° WHO/NMH/NPH/02.8). Organisation mondiale de la Santé.

MODULE 2

L'âgisme et les idées reçues sur les personnes âgées

Élaboré par :

Elisa Klein-Peters

Message proportionnel



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Présentation

Ce module examine comment les stéréotypes, les préjugés et la discrimination fondés sur l'âge créent des obstacles systémiques pour les personnes âgées. Nous allons au-delà de l'âgisme général pour nous intéresser plus particulièrement à l'*âgisme sexuel*, c'est-à-dire à l'idée reçue selon laquelle les personnes âgées seraient asexuées, et au mépris qui en découle pour leurs besoins relationnels et identitaires.

Dans le contexte de la sexualité et de la diversité, l'âgisme agit comme un facteur *silencieux*. Lorsque les professionnels nourrissent des préjugés liés à l'âge, ils négligent la santé sexuelle, l'identité de genre et les besoins intimes des personnes âgées. Cela peut entraîner une baisse de la qualité de vie, un isolement social accru et des erreurs médicales, les problèmes de santé sexuelle étant alors diagnostiqués à tort comme faisant simplement partie du processus de vieillissement.

Les conclusions des groupes de discussion du projet « Never Gets Old » (WP2) ont mis en évidence un écart significatif en matière de connaissances et d'aisance. Alors que les professionnels valorisent l'idée de soins holistiques, beaucoup ont indiqué que discuter de sexualité avec les personnes âgées leur semblait inapproprié et, très souvent, ne constituait pas une priorité. Les données du WP2 montrent que les pratiques institutionnelles privilégient souvent la sécurité et l'hygiène au détriment de l'intimité, « déssexualisant » de fait les personnes âgées pour répondre aux exigences de l'établissement.

En suivant ce module, les professionnels développeront une « *littératie en matière de préjugés* », c'est-à-dire la capacité à reconnaître les déclencheurs d'âgisme chez eux-mêmes et au sein de leurs établissements. Ils acquerront le vocabulaire nécessaire pour défendre les droits sexuels des personnes âgées ainsi que les outils permettant de démanteler les mythes qui font obstacle à des soins inclusifs.

Objectifs d'apprentissage du module 2

Résultats attendus : Que sauront ou seront capables de faire les apprenants ?	Preuves : comment saurons-nous qu'ils ont atteint les objectifs ?
Identifier et définir les trois niveaux d'âgisme (institutionnel, interpersonnel, intériorisé) et leur impact systémique.	Les apprenants parviennent à associer des scénarios concrets aux mythes correspondants et à identifier correctement le niveau spécifique d'âgisme impliqué dans chacun d'entre eux (exercice 1).
Prendre conscience du fossé qui existe entre l'approbation professionnelle explicite des droits sexuels et les préjugés ou le malaise personnels implicites.	Les apprenants peuvent identifier les cinq grands thèmes de recherche mis en évidence par Gewirtz-Meydan et Ayalon (2020) dans les réactions du personnel et proposer des réponses alternatives inclusives (exercice 2).
Comprendre comment le genre, la culture et l'état cognitif s'entrecroisent pour créer des obstacles spécifiques à l'intimité.	Grâce aux discussions sur « Shades of Grey », les apprenants peuvent expliquer pourquoi un plan de soins <i>standardisé</i> ne répond pas aux besoins des personnes âgées LGBTQI+ ou des femmes confrontées à des normes de beauté liées au genre.



Remettre en question le *stéréotype de l'asexualité* et la priorité accordée à la sécurité au détriment du droit des adultes à la vie privée.

Mise en place réussie d'une campagne contre l'âgisme, comprenant un langage respectueux et un *appel à l'action* concret (exercice 3).



Concepts clés et définitions

Âgisme : désigne les **stéréotypes** (notre façon de penser), les **préjugés** (nos sentiments) et la **discrimination** (notre comportement) envers autrui ou soi-même en raison de l'âge (OMS, 2025).

Stéréotypes : structures cognitives qui stockent nos pensées, nos croyances et nos attentes concernant les caractéristiques des membres de groupes sociaux. Dans le cas de l'âgisme, les stéréotypes liés à l'âge sont utilisés pour émettre des hypothèses sur les personnes d'un groupe d'âge donné et pour orienter le comportement à leur égard (OMS, 2021).

Préjugé : Réaction affective ou sentiment dirigé vers un individu appartenant à un groupe social spécifique. Dans le cas de l'âgisme, le préjugé vise les individus perçus comme appartenant à une tranche d'âge spécifique, qu'ils appartiennent ou non réellement à ce groupe (OMS, 2021).

Discrimination : tout acte, pratique, loi ou politique appliqué à des personnes en raison de leur appartenance perçue ou réelle à un groupe socialement identifiable et qui leur impose une forme de désavantage direct ou indirect (discrimination négative) ou d'avantage (discrimination positive). Dans le cas de la discrimination fondée sur l'âge, ces actes, pratiques et politiques visent les personnes perçues comme appartenant à une tranche d'âge spécifique (OMS, 2010).

Âgisme institutionnel : lois, règles, normes, politiques et pratiques des institutions – ainsi que les idéologies mises en avant pour les justifier – qui restreignent de manière injuste les opportunités et désavantagent systématiquement les individus en raison de leur âge (OMS, 2021).

Âgisme interpersonnel : Âgisme se manifestant lors d'interactions entre deux ou plusieurs individus. Dans l'âgisme interpersonnel, l'auteur est distinct de la victime de l'âgisme (OMS, 2021).

Âgisme intériorisé / Âgisme auto-dirigé : Âgisme retourné contre soi-même. Les personnes intériorisent les préjugés liés à l'âge issus de la culture environnante après y avoir été exposées de manière répétée, puis les appliquent à elles-mêmes (OMS, 2021).

Âgisme explicite : Âgisme pratiqué de manière consciente et intentionnelle par une personne. Il est souvent opposé à l'âgisme implicite, qui opère en grande partie en dehors de la conscience (OMS, 2021).

Âgisme implicite : Âgisme pratiqué par une personne sans qu'elle en ait conscience et sans intention délibérée (OMS, 2021).

Âgisme sexuel : croyance spécifique selon laquelle les personnes âgées sont, ou devraient être, asexuées, que l'intérêt sexuel à un âge avancé est anormal et qu'elles ne sont pas capables d'avoir des relations sexuelles ou de profiter d'une vie sexuelle comme elles le faisaient lorsqu'elles étaient jeunes (Surles, 2023).

« Elderspeak » : adaptations du langage parfois adoptées par les plus jeunes lorsqu'ils communiquent avec des personnes âgées, telles que parler plus lentement ou plus fort, raccourcir les phrases ou utiliser un vocabulaire limité ou moins complexe. Ces schémas linguistiques simplifiés reposent implicitement sur l'hypothèse selon laquelle les personnes âgées souffrent de troubles cognitifs ou sont incapables de comprendre un langage normal (OMS, 2021).



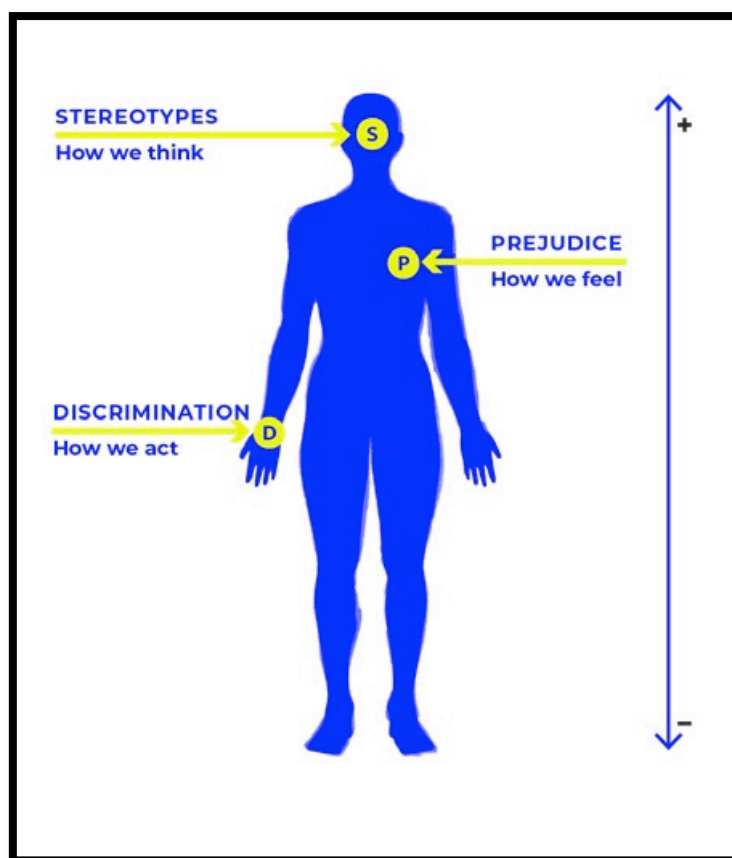


Figure4 - Les trois dimensions de l'âgisme, à savoir les stéréotypes, les préjugés et la discrimination (OMS, 2021).



Comprendre le sujet clé de l'âgisme

De la pression exercée pour teindre chaque cheveu gris aux produits anti-âge, le message est clair : la jeunesse semble être la norme de valeur et vieillir est quelque chose à éviter. Peu importe que ces stéréotypes créent un monde qui sera moins accueillant pour tout le monde lorsqu'on y arrivera.

La santé sexuelle, les identités et l'intimité sont essentielles à la qualité de vie des personnes âgées, pourtant de nombreuses croyances et idées fausses persistent au sein des sociétés concernant la sexualité chez les personnes âgées. L'âgisme est souvent décrit comme le *dernier préjugé socialement acceptable* (Abrams, 2023). En d'autres termes, alors que notre société s'est efforcée de mettre fin à la discrimination fondée sur des critères tels que la race ou le genre, les préjugés à l'encontre des personnes âgées sont encore souvent ignorés, voire considérés comme « normaux ».

L'âgisme désigne les stéréotypes, la manière dont nous pensons, les préjugés, ce que nous ressentons, ainsi que la discrimination, c'est-à-dire la manière dont nous agissons, envers autrui ou envers soi-même, en fonction de l'âge (OMS, 2025). Alors que l'âgisme explicite est conscient et intentionnel, l'âgisme implicite s'exerce en grande partie en dehors de la conscience et de l'intention délibérée.

Il est important de reconnaître que les préjugés liés à l'âge constituent un phénomène universel pouvant toucher des individus à n'importe quelle étape de leur vie. L'âgisme se manifeste dès lors que des stéréotypes, des préjugés ou une discrimination sont dirigés vers des personnes en raison de leur âge. Remarque sur l'orientation thématique : bien que l'âgisme touche toutes les générations, le



module 2 « » se concentre spécifiquement sur l'âgisme dirigé vers les personnes âgées. Cette orientation garantit que notre formation soutient directement la mission du projet « *Never Gets Old* », en s'attaquant aux obstacles systémiques et aux tabous spécifiques qui entravent les droits sexuels et le bien-être global de la population âgée.

On sait que l'âgisme affecte la vie des personnes âgées en termes de santé et de bien-être. Il est associé à une santé physique et mentale plus précaire (Lyons et al., 2018 ; Robb et al., 2002), entraîne une baisse de la qualité de vie (Bodner & Cohen-Fridel, 2019) et des taux plus élevés de solitude et d'isolement social (Donizzetti & Lagacé, 2022). Il constitue donc un obstacle majeur au vieillissement en bonne santé. De manière générale, les recherches ont montré que les expériences d'âgisme sont plus fréquentes chez les personnes sans partenaire, les chômeurs, les personnes à faibles revenus et celles qui évaluent leur état de santé comme moins bon (Heywood et al., 2019).

Dans la partie suivante, nous explorerons différentes perspectives de l'âgisme.

Les trois niveaux de l'âgisme

Pour véritablement comprendre l'âgisme, il faut aller au-delà des simples remarques individuelles. L'âgisme est un phénomène à plusieurs facettes qui se manifeste à différents niveaux ; il est présent dans les lois de nos pays, dans les interactions au quotidien, et même dans les pensées intimes qui nous traversent l'esprit. L'âgisme n'est pas seulement un sentiment personnel ; il est ancré dans nos systèmes et peut être classé en trois niveaux distincts : institutionnel, interpersonnel et intériorisé.

1. L'âgisme institutionnel (le niveau systémique)

L'âgisme institutionnel désigne les lois, les règles, les normes sociales et les pratiques des organisations qui limitent les opportunités ou désavantagent les individus en raison de leur âge (OMS, 2021). Il s'agit souvent de la forme la plus invisible, car elle est profondément ancrée dans le fonctionnement même de la société.

Un exemple majeur est la limite d'âge imposée pour certains dépistages dans le système de santé. Dans de nombreuses régions, les dépistages de routine en matière de santé sexuelle ou les bilans de santé reproductive sont automatiquement interrompus dès qu'un patient atteint l'âge de 65 ans, en vertu de l'hypothèse âgiste selon laquelle il ne serait plus sexuellement actif ni exposé au risque d'IST. Cela crée un angle mort systémique où les personnes âgées bénéficient de soins préventifs de moindre qualité que les adultes plus jeunes, simplement en raison d'un chiffre inscrit sur un dossier.

En ce qui concerne le secteur du travail, un autre exemple serait l'âgisme qui se manifeste par des obstacles systémiques, tels que des pratiques d'embauche discriminatoires favorisant les candidats plus jeunes ou des âges de départ à la retraite obligatoires qui forcent des professionnels qualifiés à quitter leurs fonctions, indépendamment de leurs compétences réelles.

2. L'âgisme interpersonnel (le niveau social)

Ce niveau se manifeste dans les interactions quotidiennes entre les personnes. Il implique les stéréotypes et les préjugés qui émergent lorsqu'une personne interagit avec une autre (OMS, 2021).

Dans le cadre des soins professionnels, par exemple, cela se manifeste souvent par des microagressions ou des comportements dédaigneux. Ainsi, lorsque des membres du personnel font des blagues au sujet de deux résidents qui entament une nouvelle relation amoureuse, ils font preuve d'âgisme interpersonnel. Même s'ils sont destinés à être inoffensifs, ces commentaires font comprendre à la personne âgée que son désir d'intimité est une source d'amusement plutôt qu'un

besoin humain légitime. Cela crée une culture de la honte et décourage les résidents de rechercher les liens sociaux dont ils ont besoin pour leur bien-être.

Un autre exemple serait le fait d'adopter un ton excessivement conciliant ou un vocabulaire simplifié avec les personnes âgées, une pratique connue sous le nom d'« elderspeak » : nous infantilisons ainsi les personnes âgées, renforçant une perception sociale d'incompétence qui conduit souvent à un traitement irrespectueux ou dédaigneux.

3. L'âgisme intériorisé (au niveau personnel)

L'âgisme intériorisé (également appelé « âgisme auto-dirigé ») se produit lorsque les personnes âgées intériorisent les stéréotypes négatifs qu'elles ont entendus tout au long de leur vie. Ainsi, l'âgisme sexuel est dirigé vers soi-même et se manifeste par l'intériorisation de stéréotypes et de préjugés externes (Kerssies et al., 2025). Les personnes âgées commencent à croire que les mythes sur le vieillissement s'appliquent réellement à elles.

Prenons par exemple le cas d'une femme âgée qui souffre de troubles physiques, tels que la sécheresse vaginale, ou qui ressent le désir d'avoir un nouveau partenaire. Si elle a intériorisé l'idée qu'elle est « trop âgée » pour être attirante, elle risque de ne jamais consulter un médecin ni chercher à nouer une relation. Il s'agit peut-être là du niveau le plus néfaste, car il conduit à l'*auto-exclusion*. La personne se prive elle-même de joie ou de santé, car elle estime ne plus avoir droit à ces expériences en raison de son âge.

L'âgisme auto-infligé touche également les jeunes ; par exemple, des personnes dans la vingtaine peuvent intérioriser la conviction qu'elles manquent d'expérience de vie suffisante pour un rôle ou un poste, ce qui les conduit à se disqualifier prématurément pour des opportunités de carrière.

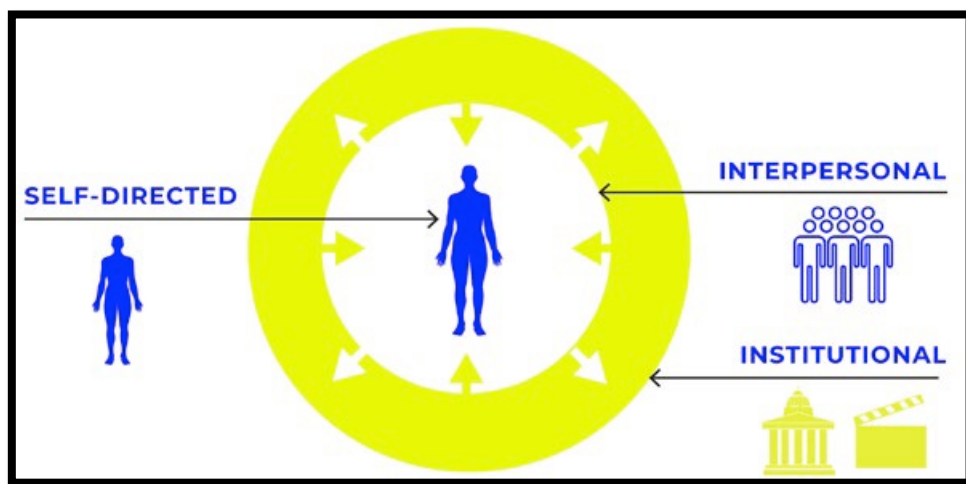


Figure5 - Les trois niveaux d'âgisme (OMS, 2021).

Ces trois niveaux n'existent pas isolément ; ils s'alimentent mutuellement. Le manque d'attention **institutionnelle** portée à la santé sexuelle renforce l'idée **interpersonnelle** selon laquelle les personnes âgées ne sont pas sexuelles, ce qui conduit finalement à la conviction **intériorisée** qu'il ne faut même pas demander de l'aide. Pour briser ce cercle vicieux, les professionnels doivent intervenir simultanément à ces trois niveaux.

Pour en savoir plus sur la manière d'identifier les niveaux d'âgisme à l'aide de 12 mini-études de cas et de mythes liés au vieillissement, veuillez consulter [l'exercice 1](#), basé sur « *Démystifier les mythes du vieillissement* » (OMS, 2013).

Croyances sociétales négatives et tabous entourant la sexualité chez les personnes âgées

Dans de nombreuses cultures, la rencontre entre *la vieillesse* et *la sexualité* suscite un profond malaise social. Ce malaise trouve son origine dans plusieurs croyances sociétales que les professionnels doivent apprendre à identifier et à remettre en question. L'âgisme sexuel est la croyance selon laquelle les personnes âgées sont, ou devraient être, asexuées, et que l'intérêt sexuel chez les personnes âgées est anormal. Il se manifeste lorsque les personnes âgées sont stéréotypées comme étant asexuées, incapables d'avoir des relations sexuelles ou de profiter d'une vie sexuelle comme elles le faisaient lorsqu'elles étaient jeunes (Surles, 2023).

Le postulat de l'« asexualité »

La croyance la plus répandue est que le désir sexuel s'éteint naturellement à un certain âge. Ce tabou suggère qu'une fois qu'une personne a dépassé l'âge de la reproduction ou qu'elle est confrontée à un déclin de sa santé physique, elle devient asexuée. Lorsque les personnes âgées expriment un intérêt sexuel, la société réagit souvent par le choc ou le ridicule (les images du « *vieux pervers* » ou de la « *grand-mère prédatrice* »), pathologisant ainsi un désir humain tout à fait normal. Ce tabou empêche les personnes âgées d'aborder la question de la santé sexuelle avec leur médecin, par crainte d'être jugées inappropriées.

Le caractère sacré du corps fragile

Il existe une tendance sociétale à considérer le corps vieillissant sous l'angle d'une fragilité incompatible avec la sexualité. Nous voyons souvent les personnes âgées exclusivement comme des grands-parents ou des patients. Ces rôles sont culturellement *désexualisés*. Dans les établissements de soins, ce tabou se manifeste par une certaine attitude : le personnel peut avoir le sentiment de protéger la dignité d'un résident en ignorant son identité sexuelle, alors qu'il le prive en réalité de son autonomie.

Le double standard lié au vieillissement et au genre

Les tabous sociétaux autour de la sexualité sont fortement liés au genre. Les hommes se voient souvent accorder une plus grande liberté sexuelle aux yeux du public, tandis que les femmes sont confrontées à un *double standard* où le vieillissement est assimilé à une perte de valeur sexuelle. Ce phénomène est renforcé par une industrie anti-vieillesse pesant plusieurs milliards d'euros qui qualifie les signes naturels d'une vie bien remplie – rides, cheveux gris, changements de silhouette – de *problèmes à corriger*, ancrant ainsi davantage la croyance selon laquelle seuls les corps jeunes sont sexuellement valables.

Le silence du placard

Pour les personnes âgées LGBTQI+, ces tabous sont doublés. Beaucoup ont vécu à une époque où leur identité était criminalisée ou pathologisée. Des tabous sociétaux ont été créés, qui forcent de nombreux adultes LGBTQIA+ âgés à retourner dans le placard lorsqu'ils entrent en maison de retraite. Ce silence n'est pas un manque d'identité ; c'est un mécanisme de survie face à une société qui refuse de voir la diversité chez les personnes âgées.



De nombreuses personnes âgées LGBTQIA+ vivant avec le VIH se sentent contraintes de « retourner dans le placard » lorsqu'elles intègrent un établissement de soins. Cette dissimulation est souvent motivée par un manque de connaissances spécialisées, tant chez le personnel médical que chez les autres résidents, concernant les traitements modernes contre le VIH et sa transmissibilité. La stigmatisation sociale et la peur entourant la maladie, vestiges des débuts de l'épidémie, aggravent cet isolement. Après avoir passé leur vie à faire face à la violence et à la discrimination systémiques, de nombreuses personnes choisissent de dissimuler à nouveau leur identité pour éviter de nouveaux préjugés dans l'environnement inconnu et souvent hétéronormatif d'une maison de retraite.

Ces tabous créent un cercle de silence :

- La personne âgée garde le silence pour éviter d'être perçue comme *déplacée* ou *difficile*.
- Le professionnel garde le silence pour éviter toute situation gênante ou tout manque de respect.
- La famille garde le silence pour préserver une certaine image de son parent.

Pour briser ces tabous, les professionnels doivent passer d'un *modèle axé sur la sécurité* à un *modèle fondé sur les droits*. Reconnaître que la sexualité n'est pas une phase propre à la jeunesse, mais un droit qui s'exerce tout au long de la vie, constitue la première étape pour démanteler les croyances sociétales négatives qui isolent les personnes âgées.

Quelques mythes et réalités

Mythe	Réalité
« Les personnes âgées n'ont pas de relations sexuelles. »	Des enquêtes nationales montrent qu'un pourcentage significatif d'adultes âgés de 70 ans et plus restent sexuellement actifs et accordent de l'importance à l'intimité. Parallèlement, la satisfaction sexuelle augmente souvent ou reste stable avec l'âge. Si les <i>aspects physiques</i> peuvent évoluer, l'intimité émotionnelle et la confiance en soi s'approfondissent souvent.
« Les corps des personnes âgées ne sont ni attirants ni sexuels. »	La beauté est une construction sociale. L'attrait physique à un âge avancé est souvent lié à la vitalité et à la complicité plutôt qu'à une peau « sans défaut ».
« S'ils ne peuvent plus avoir de rapports sexuels, leur vie sexuelle est terminée. »	C'est ce qu'on appelle <i>l'hégémonie de la pénétration</i> . La sexualité englobe les caresses, les baisers, la masturbation et la proximité émotionnelle. Ces aspects restent essentiels même en cas de handicap physique.
« Le sexe est dangereux pour le cœur. »	L'activité sexuelle n'est pas plus fatigante que de monter deux volées d'escaliers ; pour la plupart des gens, c'est un exercice sûr et sain.
« La démence rend asexué. »	Le besoin de contact physique et de lien affectif est l'une des dernières choses à disparaître. La sexualité reste un élément central de l'identité, même en cas de déclin cognitif.

« Les IST ne sont pas un sujet de préoccupation pour les personnes de plus de 65 ans. »	En raison du <i>mythe de l'asexualité</i> , les personnes âgées sont moins enclines à utiliser des moyens de protection ou à se faire dépister. Les taux d'IST chez les personnes âgées ont considérablement augmenté, car les médecins négligent d'aborder avec elles la question des rapports sexuels protégés.
« Les personnes âgées LGBTQI+ retournent dans le placard. »	Si beaucoup le font par peur, il s'agit d'un échec de la culture institutionnelle, et non d'un choix individuel.

Une étude menée par Gewirtz-Meydan et Ayalon (2020) constitue un travail de recherche qualitative phare qui va au-delà des simples questions oui/non sur l'âgisme. Elle explore spécifiquement les *nuances de gris* — les façons complexes, souvent contradictoires, dont le public perçoit la sexualité chez les personnes âgées.

La plupart des études sur l'âgisme utilisent des échelles quantitatives (classant l'accord sur une échelle de 1 à 5), qui souffrent souvent d'un biais de désirabilité : les personnes répondent en effet ce qu'elles jugent convenable de dire. Gewirtz-Meydan et Ayalon ont quant à eux adopté une approche qualitative ouverte. Ils ont demandé à 135 participants de décrire librement comment, selon eux, *la sexualité évolue avec l'âge*, permettant ainsi l'émergence d'opinions plus honnêtes, complexes et parfois crues.

L'étude a identifié cinq thèmes majeurs qui illustrent l'éventail de l'opinion publique, allant de points de vue négatifs à des perspectives porteuses d'espoir et de transformation. Les chercheurs ont constaté que, si l'âgisme explicite est en recul, l'âgisme sexuel reste profondément ancré dans l'imaginaire collectif.

1. **Le discours du déclin – « Le monde appartient aux jeunes »** : une part importante des personnes interrogées percevait la sexualité des personnes âgées uniquement sous l'angle de la perte et du déclin. Elles partaient du principe que le désir disparaissait naturellement et que les corps âgés étaient moins attirants ou moins performants.
2. **Le stéréotype de l'asexualité** : certains participants avaient même du mal à imaginer les personnes âgées comme des êtres sexuels. Ils décrivaient la sexualité à un âge avancé comme rare, inexistante ou ennuyeuse, la liant souvent uniquement à des fonctions biologiques (comme les hormones) plutôt qu'à un lien émotionnel.
3. **De la quantité à la qualité** : Sur une note plus positive, de nombreuses personnes interrogées estimaient que si la fréquence des rapports sexuels pouvait diminuer, la profondeur émotionnelle, elle, augmentait. Elles considéraient la sexualité à un âge avancé comme plus épanouie, plus mûre et plus riche de sens que la sexualité plus physique de la jeunesse.
4. **L'hégémonie de la pénétration** : L'étude a révélé que le grand public continue de définir de manière restrictive les rapports sexuels comme des rapports avec pénétration. Comme le vieillissement peut entraîner des changements physiques (tels que la dysfonction érectile ou la sécheresse vaginale) rendant la pénétration difficile, le grand public part souvent du principe que si la pénétration cesse, la vie sexuelle est terminée.
5. **Ambivalence et contradiction** : le titre « *Shades of Grey* » fait référence au fait que de nombreuses personnes ont des opinions contradictoires. Elles peuvent affirmer soutenir (explicitement) le droit des personnes âgées à avoir des relations sexuelles, tout en trouvant cette idée déplaisante ou « bizarre » lorsqu'elles y sont confrontées dans la réalité (implicitement).

Pour approfondir les différents thèmes principaux, consultez [l'exercice 2](#). Cet exercice aidera les professionnels à identifier les écarts entre leurs convictions explicites (conscientes/polies) et leurs réactions implicites (inconscientes/instinctives).

Impact des préjugés sur les soins de santé, l'éducation et les milieux institutionnels

Les préjugés à l'encontre des personnes âgées ne sont pas seulement une question d'attitude ; il s'agit d'une force systémique qui façonne la qualité des soins et de l'éducation. Dans le domaine de la santé, les préjugés âgistes conduisent souvent au nihilisme thérapeutique, c'est-à-dire à la conviction que traiter l'affection d'une personne âgée est un gaspillage de ressources car « de toute façon, elle va bientôt mourir ». Cela se traduit par un sous-diagnostic de troubles traitables, tels que la dépression ou les dysfonctionnements sexuels, qui sont considérés comme des manifestations « normales » du vieillissement.

Dans les milieux éducatifs et institutionnels, les personnes âgées sont souvent exclues des programmes d'enseignement modernes ou des formations technologiques en raison du *mythe de l'âgisme numérique*, c'est-à-dire l'idée reçue selon laquelle elles ne peuvent pas ou ne veulent pas acquérir de nouvelles compétences. Cela crée un cercle vicieux d'exclusion : les institutions ne fournissent pas les outils nécessaires à leur participation, et le manque d'engagement qui en résulte est utilisé comme preuve de l'incompétence des personnes âgées. Lorsque les institutions privilégient la sécurité et la gestion au détriment de l'autonomie et de l'identité, elles privent de fait les personnes âgées de leur statut d'adulte, en les traitant comme des bénéficiaires passifs de soins plutôt que comme des participants actifs à la vie.

Synergies avec les groupes de discussion « Never Gets Old »

Les conclusions des groupes de discussion « Never Gets Old » du WP2 font le lien entre la théorie et la réalité vécue par les personnes âgées. Les témoignages des participants des pays partenaires reflètent les thèmes centraux du module 2, notamment l'existence de l'âgisme sexuel, le double standard lié au genre et le besoin impérieux d'intimité au sein des établissements.

« Je pense que notre culture et notre société doivent s'investir davantage dans ce thème ; pour montrer aux gens que ce n'est pas mal. Ce n'est pas un péché. C'est quelque chose de naturel. »
– Participant portugais

Un thème récurrent dans les groupes de discussion était la perception de la sexualité comme un péché lorsqu'elle est associée à l'âge avancé. Cette citation vient étayer notre réflexion sur les croyances sociétales négatives et souligne que l'âgisme n'est pas seulement un manque d'information, mais un jugement moral qui présente les besoins humains naturels comme un tabou.

Les groupes de discussion ont également abordé la question du *double standard lié au vieillissement*. Les participants ont noté que, pour les femmes, la transition biologique que représente la ménopause est souvent considérée comme une date d'expiration sociale de leur sexualité.

« Surtout après la ménopause, les gens pensent que la vie est finie, [...] ça semble même déplacé d'en parler. » – Participante, Portugal



Cela renforce la section du module consacrée aux perspectives intersectionnelles, qui montre comment les femmes doivent lutter à la fois contre l'âgisme et le sexisme pour conserver leur droit d'être considérées comme des êtres sexuels.

Les participants en Allemagne ont souligné comment l'âgisme *intériorisé* relègue la sexualité dans l'ombre. Lorsque la culture environnante considère la sexualité des personnes âgées comme déplaisante, l'individu cache son identité. Lorsque les gens se sentent jugés, ils se replient sur eux-mêmes, ce qui peut conduire à l'isolement social et à la solitude évoqués plus haut dans ce module.

« [...] cela se reflète souvent dans l'image que nous avons de nous-mêmes et dans notre rapport à la sexualité, qui tend à être vécue de manière moins transparente [...] elle est beaucoup plus cachée, c'est-à-dire dans le secret. » – Participant, Allemagne

Faisant écho aux conclusions de l'étude « *Shades of Grey* » (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020), les participants ont décrit une réalité qui contredit le « *récit du déclin* ». Cela confirme le fait que le vieillissement peut améliorer la qualité émotionnelle de la sexualité, en s'éloignant de la performance pour se tourner vers la confiance et la « complicité ».

« [...] d'après ma propre expérience de la sexualité, c'est tout simplement beaucoup plus détendu, beaucoup plus calme, et en fait aussi plus empreint de confiance. » – Participant, Allemagne

Enfin, les groupes de discussion ont fourni des éléments concrets pour la section « Conseils aux professionnels » concernant les limites institutionnelles et la *dignité du risque*.

« Frapper à la porte d'une maison de retraite avant d'entrer [...] Et si une personne est en train de se donner du plaisir... peut-être vaut-il mieux simplement quitter la pièce en silence et discrètement. » – Participant, Allemagne

Cette citation constitue un argument contre l'âgisme *institutionnel*. Elle souligne que la chose la plus efficace qu'un professionnel puisse faire est simple : respecter le résident en tant qu'adulte ayant droit à une expression sexuelle privée et tout à fait normale

Défis professionnels : gérer le paradoxe du protecteur

Les professionnels des soins aux personnes âgées et des services sociaux sont souvent confrontés à un ensemble unique d'obstacles éthiques et pratiques lorsqu'ils font face à l'âgisme sexuel. Le plus important est le *paradoxe du protecteur* : un professionnel peut avoir le sentiment qu'en ignorant ou en décourageant l'expression sexuelle d'un résident, il le protège contre les chutes, les IST ou la désapprobation de sa famille. En réalité, cette protection viole souvent le droit de l'individu à l'autodétermination.

Parmi les autres défis courants, on peut citer :

- **Le conflit familial** : gérer les enfants adultes qui peuvent se sentir mal à l'aise face à la nouvelle relation amoureuse ou à la transition de genre de leur parent.
- **Le manque de confiance** : le sentiment de ne pas être armé pour aborder la santé sexuelle ou les identités LGBTQI+, car ces sujets n'ont jamais été abordés lors de la formation professionnelle.

- **Les attentes institutionnelles** : des horaires rigides pour les repas, l'hygiène et la prise de médicaments qui ne laissent aucune place à l'intimité ou à la réalité « compliquée » des relations humaines.

Groupes vulnérables et intersectionnalité

Pour comprendre l'impact de l'âgisme, il faut reconnaître que *les personnes âgées* ne constituent pas un groupe homogène. L'intersectionnalité est le cadre qui nous aide à voir comment différentes formes de discrimination (comme le racisme, l'homophobie et l'âgisme) se recoupent pour créer des expériences uniques de marginalisation.

Les personnes âgées LGBTQI+ : Beaucoup ont passé des décennies à survivre dans un monde qui pathologisait leur identité. Lorsqu'elles intègrent un établissement de soins pour personnes âgées, elles sont souvent confrontées à une double invisibilité. Elles sont invisibles en tant qu'êtres sexués parce qu'elles sont âgées, et invisibles en tant qu'êtres queer parce qu'elles se trouvent dans un environnement qui part du principe que tout le monde est hétérosexuel.

Les personnes atteintes de démence : ce groupe est particulièrement vulnérable à l'infantilisation sexuelle. Le personnel peut considérer toute expression d'intimité comme un symptôme comportemental à réprimer plutôt que comme un besoin humain de lien. Dans ce contexte, des soins éthiques exigent un équilibre délicat entre l'évaluation des capacités et le refus d'une interdiction totale du contact physique.

Une perspective plus intersectionnelle révèle également que l'expérience du vieillissement peut être profondément façonnée par la position sociale de chacun :

Le canon de beauté féminin : les femmes âgées évoluent souvent dans un contexte social qui assimile la féminité à la jeunesse. Elles sont confrontées à des critères esthétiques plus sévères en matière de vieillissement et peuvent intérioriser la conviction qu'elles ne sont plus sexuellement désirables dès lors qu'elles ne répondent plus aux idéaux de beauté de la jeunesse. Cela peut les conduire à se taire et à hésiter à consulter pour des problèmes liés à l'intimité physique.

Masculinité et maladie : pour de nombreux hommes âgés, l'identité est traditionnellement liée à la force, à l'autonomie et aux performances sexuelles. Une maladie chronique ou des changements physiques (tels que la dysfonction érectile ou des problèmes de prostate) peuvent être vécus non seulement comme des problèmes de santé, mais aussi comme une perte profonde de masculinité. Cela peut entraîner un repli sur soi, une dépression ou un refus d'aborder la question de la santé sexuelle en raison d'un sentiment de honte.

Classe sociale et situation économique : Les personnes disposant de moins de ressources financières (souvent des femmes en raison de l'écart salarial entre les sexes) ont un accès plus limité aux espaces privés et aux ressources de qualité en matière de santé sexuelle, ce qui rend leur vie intime davantage soumise à la surveillance institutionnelle.

Culture : dans certaines cultures, parler de sexualité est un tabou profond ; il s'agit d'une question strictement privée ou qui relève du cercle familial plutôt que d'une question de santé individuelle. Pour les professionnels, cela rend l'intervention délicate. Une approche trop directe pourrait être perçue comme intrusive ou irrespectueuse, ce qui pourrait amener la personne âgée à se refermer sur elle-même. Les praticiens doivent faire preuve d'humilité culturelle, en reconnaissant que si les droits sexuels sont universels, le langage et les limites utilisés pour en discuter doivent être adaptés à

la zone de confort culturel de la personne. L'objectif est de créer un espace sûr où la personne sent que son intimité est respectée tout en voyant ses droits défendus.

Pour donner aux apprenants les moyens de créer des contre-récits qui remettent en cause les contenus médiatiques âgistes et promeuvent les droits sexuels et la diversité des personnes âgées, voir [l'exercice 3](#).



Conseils à l'intention des formateurs et des professionnels

L'**âgisme implicite** est d'autant plus dangereux qu'il est inconscient. C'est ce sentiment instinctif de malaise que l'on peut ressentir en voyant un couple âgé s'embrasser. Pour lutter contre ce phénomène, nous devons cultiver la « littératie des préjugés », ce qui signifie se demander en permanence pourquoi nous nous sentons mal à l'aise dans ces moments-là.

La « **littératie des préjugés** » est la capacité à reconnaître en temps réel les déclencheurs d'âgisme. Avant d'agir, posez-vous la question suivante : « *Réagirais-je de la même manière si cette personne avait 30 ans ?* » Si la réponse est non, votre réaction est probablement influencée par l'âgisme.

Le conflit familial : l'un des défis les plus difficiles à relever survient lorsque la famille d'un résident s'oppose à sa vie amoureuse.

- Rappelez aux familles que leur parent reste un adulte ayant droit à la vie privée et à l'autodétermination.
- Si une fille déclare : « *C'est gênant que papa ait une relation amoureuse à 85 ans* », un professionnel devrait répondre : « *Nous comprenons que cela représente un changement pour la famille, mais le bien-être émotionnel de votre père et son droit à nouer des liens sont notre priorité ici.* »

À faire et à ne pas faire

À faire	À ne pas faire
Utilisez le prénom que la personne préfère, par exemple « <i>Jean</i> ». Les formules « Monsieur » et « Madame » peuvent poser problème pour certaines personnes transgenres, car elles supposent le genre d'une personne en se basant uniquement sur son apparence.	À éviter : n'utilisez pas de langage condescendant ou de termes diminutifs (par exemple, « <i>ma chérie</i> », « <i>mon chéri</i> », « <i>jeune homme</i> »).
À faire : gardez une neutralité professionnelle. Consignez une nouvelle relation comme une « <i>relation sociale positive</i> ».	Ne réagissez pas avec stupéfaction, dégoût ou un rire nerveux si vous êtes témoin de marques d'affection physique entre un couple de personnes âgées.
Posez des questions ouvertes : « <i>Qui sont les personnes importantes dans votre vie en ce moment ?</i> »	Ne partez jamais du principe qu'une personne est hétérosexuelle ou qu'elle n'a plus de besoins sexuels.
Si un résident est issu d'une culture où la sexualité est un tabou profond, privilégiez le confort et l'intimité.	Si un résident est issu d'une culture où la sexualité est un tabou profond, n'imposez pas une conversation clinique à l'occidentale.



Normalisez la conversation et intégrez des questions sur la santé sexuelle dans les bilans de routine. Si le professionnel aborde le sujet comme quelque chose de normal, le résident se sentira en sécurité.	Ne passez pas sous silence les questions relatives à la santé sexuelle ou aux IST sous prétexte que le patient est « trop âgé » pour que cela soit pertinent.
Utilisez un langage non genré : « <i>Aviez-vous un partenaire ou une personne importante dans votre vie ?</i> »	Ne partez pas du principe qu'un résident veuf est hétérosexuel. Évitez de demander « <i>Comment s'appelait votre mari ?</i> »
Faites la distinction entre un comportement inapproprié et un besoin insatisfait de lien affectif. Cherchez des moyens d'offrir un contact physique sûr et consensuel ou un réconfort sensoriel.	Ne partez pas du principe qu'une personne atteinte de démence n'a plus besoin de contact physique.

Comment éviter les stéréotypes :

Remettez en question l'étiquette de « grand-parent » : même si une personne est grand-parent, ce n'est pas sa seule identité. Traitez-la comme un individu ayant une histoire, un genre et une identité sexuelle.

Réfléchissez à vos blagues : si vous entendez un collègue faire une blague sur la nouvelle petite amie de « papy », intervenez avec tact : « *En fait, c'est formidable de le voir si heureux ; les relations humaines sont importantes à tout âge.* »

La phrase qui invite à s'exprimer : lors d'un bilan de santé, dites : « *Beaucoup de personnes constatent que leurs besoins sexuels évoluent avec l'âge. Y a-t-il quelque chose à ce sujet dont vous aimeriez parler ?* » Cela permet de lever les réticences de la personne âgée à s'exprimer.

Votre rôle n'est pas d'être un gardien de la morale, mais un facilitateur de la dignité. En remettant en question vos préjugés, en respectant la vie privée et en utilisant un langage adapté aux adultes, vous créez un environnement dans lequel les personnes âgées se sentent suffisamment en sécurité pour être pleinement elles-mêmes.

Résumé et messages clés

Le module 2 a exploré la nature omniprésente de l'âgisme, en l'identifiant comme un obstacle multidimensionnel qui déssexualise systématiquement les personnes âgées. Nous sommes allés au-delà des simples préjugés pour examiner les trois niveaux structurels de l'âgisme : *institutionnel* (politiques d'exclusion), *interpersonnel* (interactions quotidiennes et « langage des aînés ») et *intériorisé* (les croyances néfastes que les personnes âgées tournent contre elles-mêmes).

En examinant les *nuances* de l'opinion publique et l'*âgisme sexuel* spécifique qui présuppose que la vieillesse est une période d'asexualité, ce module a mis en évidence comment les mythes concernant l'attractivité et les capacités conduisent à une détérioration de la santé et à l'isolement social. Enfin, nous avons adopté une perspective intersectionnelle, en reconnaissant que l'expérience de l'âgisme

est aggravée par le genre, la culture et les identités LGBTQI+, ce qui exige des professionnels qu'ils dépassent une approche uniforme à l'égard des personnes âgées.

Messages clés à l'intention des professionnels

- L'âgisme est un risque clinique et social : l'âgisme n'est pas seulement une forme de méchanceté, il peut entraîner des erreurs médicales, des diagnostics erronés et la violation des droits de l'homme. Reconnaître ses préjugés est une compétence professionnelle fondamentale.
- Le mythe de l'asexualité est un choix, pas une réalité : les recherches montrent systématiquement que l'intimité et l'intérêt sexuel restent des éléments essentiels de la qualité de vie jusqu'à 80 ou 90 ans. La fin d'une vie sexuelle résulte souvent d'une stigmatisation sociale plutôt que d'une nécessité biologique.
- La vie privée est un droit, pas un privilège : en milieu institutionnel, la vie privée est la condition préalable à la dignité. Les professionnels doivent passer du rôle de « *gardiens* » qui surveillent les comportements à celui de *facilitateurs* qui protègent l'espace privé des résidents.
- L'intersectionnalité définit l'expérience : nous ne pouvons pas accompagner efficacement les personnes âgées sans reconnaître la diversité de leurs parcours. L'histoire de chacun, qu'il s'agisse d'une personne âgée LGBTQI+, d'une personne atteinte de démence ou d'une personne issue d'un milieu culturel traditionnel, détermine la manière dont il perçoit et exprime ses besoins intimes.
- La prise de conscience des préjugés nécessite une pratique constante : lutter contre l'âgisme est un processus continu d'introspection. En examinant notre langage (en éliminant le « langage des aînés ») et nos réactions, nous créons une culture où les personnes âgées peuvent vieillir en conservant leur identité intacte.

Conclusion : si nous avons la chance de vivre longtemps, les stéréotypes âgistes que nous combattons aujourd'hui sont précisément ceux qui nous auraient nui demain. Les soins inclusifs constituent un investissement dans notre avenir collectif.

Outils pratiques

Plan de cours – Module 2

Le plan de cours est un guide structuré qui fournit des instructions aux formateurs ou aux professionnels sur la manière de mettre en œuvre le module 2 en groupe. Il propose un cadre pour une formation d'une durée de 2 h 30, accompagnée d'une présentation PowerPoint correspondante, énumère les acquis d'apprentissage et fournit une liste de contrôle pour la préparation, et décrit trois exercices (voir ci-dessous).

- [Plan de cours Module 2](#) – Effets et niveaux d'âgisme, y compris les instructions pour les exercices.
- **Module de présentation n° 2** – L'âgisme et les idées reçues sur les personnes âgées.

Exercice 1 – Le puzzle de l'âgisme

Objectif : Les apprenants identifieront comment les 12 mythes sur le vieillissement (OMS, 2013) se manifestent aux niveaux *institutionnel*, *interpersonnel* et *intériorisé* de l'âgisme à travers des scénarios concrets (voir les instructions dans le plan de cours).

Ressources :

- [12 fiches de cas](#).
- [12 cartes « Mythe »](#).
- [Fiche de travail : une « clé maîtresse » permettant aux animateurs de vérifier les appariements](#).

Exercice 2 – Nuances de gris

Objectif : Aider les professionnels à identifier les écarts entre leurs convictions explicites (conscientes/polies) et leurs réactions implicites (inconscientes/instinctives) à l'aide de 5 grands thèmes de recherche (voir les instructions dans le plan de cours).

Ressources :

- [5 cartes de thèmes principaux](#).

Exercice 3 – Réimaginer le récit : un atelier de campagne médiatique

Objectif : Donner aux apprenants les moyens de créer des contre-récits qui remettent en question les contenus médiatiques âgistes et promeuvent les droits sexuels et la diversité des personnes âgées. (voir les instructions dans le plan de cours).

Ressources :

- [Fiches de travail sur la campagne](#).



Références

Abrams, Z. (1er mars 2023). Un nouveau concept du vieillissement. *Monitor on Psychology*, 54(2). <https://www.apa.org/monitor/2023/03/cover-new-concept-of-aging>

Bodner, E. ; Cohen-Fridel, S. Relations entre les styles d'attachement, l'âgisme et la qualité de vie chez les personnes âgées. *Int. Psychogeriatr.* 2010, 22, 1353–1361.

Donizzetti, A.R. ; Lagacé, M. La COVID-19 et les troubles mentaux chez les personnes âgées : le rôle de la perception du risque, de l'isolement social, de la solitude et de l'âgisme. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4513.

Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2020). « Nuances de gris » : exploration de l'opinion publique sur la sexualité chez les personnes âgées. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 647-661. <https://doi.org/10.1017/s071498081900062x>

Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. et Ayalon, L. (2018) « Ageism and Sexuality », dans Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (éd.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham : Springer International Publishing, pp. 149-162. doi:10.1007/978-3-319-73820-8_10. <https://cora.ucc.ie/bitstreams/7f056dc8-2801-4587-9aec-87a10ad79796/download>

Heywood, W., Minichiello, V., Lyons, A., Fileborn, B., Hussain, R., Hinchliff, S., ... Dow, B. (2019). L'impact des expériences d'âgisme sur l'activité sexuelle et l'intérêt pour la sexualité à un âge avancé. *Ageing and Society*, 39(4), 795–814. doi:10.1017/S0144686X17001222

Kerssies, J., Huijg, J. M., Messelis, E., Abma, T. A., & Bendien, E. (2025). Transformer l'âgisme sexuel (auto-âgisme) : une approche de recherche-action participative sur mesure pour l'apprentissage collaboratif chez les personnes âgées. *Educational Gerontology*, 51(12), 1340-1352.

Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., ... Dow, B. (2018). Expériences de l'âgisme et santé mentale des personnes âgées. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1456–1464. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364347>

Moore, A., & Reynolds, P. (2016). Contre la laideur de l'âge : vers une érotique du corps sexuel vieillissant. *InterAlia* : Revue consacrée aux études queer, (11a). <https://doi.org/10.51897/interalia/lrjz7417>

Robb, C., Chen, H. & Haley, W.E. L'âgisme dans la santé mentale et les soins de santé : une revue critique. *Journal of Clinical Geropsychology* 8, 1–12 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1013013322947>

Surles, T. (1er février 2023). Lutter contre l'âgisme sexuel et renforcer sa confiance en soi sur le plan sexuel. *Next Avenue*. <https://www.nextavenue.org/fight-sexual-ageism-boost-your-self-confidence/>

Organisation mondiale de la Santé. (28 avril 2025). Vieillesse : l'âgisme. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Rapport mondial sur l'âgisme*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/ageism/global-report-on-ageism>

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Démystifier les mythes sur le vieillissement*. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. <https://iris.who.int/bitstreams/27967758-3b6e-47cf-9242-e5961ddd3252/download>



MODULE 3

Sexualité, genre et diversité

Élaboré par :

Curt Morgane

Le Girofard



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Présentation

Pourquoi ce module existe-t-il ?

Malgré des avancées significatives en matière de droits des personnes LGBTQIAP+ à travers l'Europe, une population reste largement invisible tant dans le discours public que dans la pratique professionnelle : les personnes âgées LGBTQIAP+. À quand remonte la dernière fois où vous avez vu un couple de personnes âgées ouvertement lesbiennes ou gays dans une vidéo de formation ? À quand remonte la dernière fois où vous avez discuté des besoins spécifiques d'une personne trans vieillissante dans un contexte de soins ? Pour la plupart d'entre nous, la réponse est « jamais ».

Ce silence n'est pas le fruit du hasard. Il résulte d'une profonde intersection de plusieurs formes d'invisibilité : l'âgisme, qui désexualise et infantilise les personnes âgées ; l'hétéronormativité, qui part du principe que tout le monde est hétérosexuel ; la cisnormativité, qui efface les expériences trans et non binaires ; et l'héritage durable de décennies de criminalisation, de pathologisation et de stigmatisation sociale.

Le poids de l'histoire

Les personnes âgées LGBTQIAP+ encore en vie aujourd'hui ont traversé des bouleversements historiques extraordinaires. En France, l'homosexualité a été partiellement dépénalisée en 1791, mais l'âge du consentement est resté inégal jusqu'en 1982. En Allemagne, les hommes gays âgés peuvent porter en eux le traumatisme du paragraphe 175 de l'époque nazie, qui n'a été entièrement abrogé qu'en 1994. En Roumanie, l'homosexualité était un délit pénal jusqu'en 2001. Les identités transgenres ont été classées comme des maladies mentales jusqu'au XXI^e siècle. L'épidémie de sida des années 1980 et 1990 a décimé des réseaux d'amis et de familles de cœur, laissant de profondes cicatrices de deuil et de culpabilité du survivant.

Ce n'est pas de l'histoire ancienne. C'est l'expérience vécue par des personnes qui ont aujourd'hui 70, 80 ou 90 ans. Elles ont appris à cacher qui elles étaient, à se méfier des institutions, à s'attendre au rejet. Ces mécanismes de survie ne disparaissent pas avec les progrès juridiques. Ils refont surface lorsqu'une personne est confrontée à de nouvelles vulnérabilités : perte d'autonomie, entrée dans un établissement de soins, dépendance vis-à-vis des autres.

Le « retour dans le placard »

L'un des phénomènes les plus déchirants mis en évidence par Grey Pride et par les groupes de discussion menés par Le Girofard est le « retour dans le placard ». Une personne âgée qui a vécu ouvertement pendant des décennies peut, à son entrée dans un établissement de soins, se sentir contrainte de cacher à nouveau son identité. Elle retire les photos de son partenaire. Elle passe sous silence des décennies entières de sa vie. Pourquoi ? Parce que les institutions ne sont pas perçues comme sûres. Parce que le personnel n'est pas formé. Parce que le prix de la visibilité, lorsqu'on est vulnérable, semble trop élevé.

Ce que propose ce module

Ce module invite les professionnels à :

- Comprendre le contexte historique qui a façonné la vie des personnes âgées LGBTQIAP+.
- Reconnaître les obstacles spécifiques auxquels ils sont confrontés pour accéder à des soins dignes.



- D'identifier l'âgisme au sein des communautés LGBTQIAP+, une réalité douloureuse qui ressort de nos dialogues intergénérationnels.
- S'inspirer d'initiatives exemplaires : la Maison de la Diversité, Lebensort Vielfalt, le label « *Bienvenue* » de Grey Pride.
- Développer des compétences pratiques pour créer des environnements où chaque personne âgée se sent prise en compte, en sécurité et respectée.

En fin de compte, ce module affirme que la dignité dans le vieillissement signifie le droit d'être pleinement soi-même, sans dissimulation ni crainte. Il s'agit de construire un avenir où aucune personne âgée n'aura à choisir entre sécurité et identité.

Objectifs d'apprentissage du module 3

À l'issue de ce module, les participants seront capables de :

- Distinguer les concepts d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'expression de genre et de sexe biologique, et expliquer pourquoi ces distinctions sont importantes dans l'accompagnement des personnes âgées.
- Décrire les expériences de vie spécifiques des personnes âgées LGBTQIAP+ : socialisation dans un contexte de criminalisation, impact du VIH/sida, « retour dans le placard » en institution.
- Analyser comment l'âge, l'orientation sexuelle et l'identité de genre s'entrecroisent pour créer des situations de vulnérabilité particulières.
- Identifier les manifestations de l'âgisme au sein même des communautés LGBTQIAP+ et leurs conséquences sur l'isolement des personnes âgées.
- Citer des initiatives inspirantes (Maison de la Diversité, Lebensort Vielfalt, le label « *Bienvenue* » de Grey Pride) et s'en inspirer dans leur pratique professionnelle.
- Utiliser un langage et adopter une attitude qui ne présuppose pas l'hétérosexualité ou la cisidentité des personnes qu'ils accompagnent.



Concepts clés et définitions

Orientation sexuelle : terme générique désignant le ou les genres vers lesquels une personne peut ressentir une attirance émotionnelle, amoureuse et/ou sexuelle (lesbienne, gay, bisexuel, pansexuel, asexuel, hétérosexuel).

Identité de genre : sentiment profond et intérieur d'une personne de s'identifier comme homme, femme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou quelque part ailleurs sur le spectre. Peut différer du sexe attribué à la naissance.

Cisgenre : personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été attribué à la naissance.



Transgenre/Trans : personne dont l'identité de genre diffère du sexe qui lui a été attribué à la naissance.

Non binaire : terme décrivant les identités de genre qui ne s'inscrivent pas exclusivement dans la dichotomie homme/femme.

Queer : terme générique désignant les personnes dont l'orientation sexuelle ou l'identité de genre s'écarte des normes dominantes. Autrefois péjoratif, ce terme a été réapproprié, mais certaines personnes âgées peuvent encore le percevoir négativement.

Hétéronormativité : l'hypothèse systémique selon laquelle l'hétérosexualité est la norme. Exemple concret : un formulaire d'admission ne proposant que les options « Marié(e) » ou « Veuf/Veuve ».

Cisnormativité : l'hypothèse selon laquelle l'identité de genre de chacun correspond nécessairement au sexe attribué à la naissance.

« Retour dans le placard » : phénomène par lequel les personnes âgées LGBTQIAP+ cachent leur identité lorsqu'elles entrent dans une institution, par crainte d'être jugées ou victimes de discrimination.

Stress lié à l'appartenance à une minorité : concept développé par Ilan H. Meyer (1995) décrivant les problèmes de santé physique et mentale liés à la discrimination subie par les minorités.



Comprendre le thème de l'

1. Pourquoi un module spécifique sur les personnes âgées LGBTQIAP+ ?

Ce module n'est pas un « supplément sur la diversité ». Il est fondamentalement nécessaire car les personnes âgées LGBTQIAP+ ont vécu le XXe siècle d'une manière radicalement différente de celle de leurs pairs hétérosexuels et cisgenres. Comprendre cette histoire n'est pas facultatif : c'est essentiel pour prodiguer des soins compétents et dignes.

1.1. Un héritage juridique et culturel contrasté à travers l'Europe

Les droits des personnes LGBTQIAP+ ont évolué à des rythmes très différents selon les pays européens. Ce passé n'est pas de l'histoire ancienne : il a directement façonné les parcours de vie des personnes âgées d'aujourd'hui. Le tableau ci-dessous illustre ces différences :

Pays	Dépénalisation	Mariage	Impact sur les personnes âgées
France	1982	2013	Les personnes âgées ont d'abord été criminalisées, puis reconnues tardivement.



Allemagne	1969 (RFA) / 1988 (RDA)	2017	Des générations marquées par l'article 175 (criminalisation nazie).
Roumanie	2001	Interdit	Stigmatisation persistante, absence de reconnaissance juridique.
Chypre	1998	Interdit / Cohabitation civile depuis 2015	Absence de protection en matière de sécurité sociale, de retraite, d'héritage et de couverture médicale
Portugal	1982	2010	Années d'attente pour obtenir la reconnaissance sociale et étatique

En France et en Allemagne, malgré les progrès législatifs, de nombreuses personnes âgées ont grandi dans des contextes où leur identité était pathologisée, criminalisée ou dissimulée. Cela a créé des schémas profondément ancrés de dissimulation, de honte et de méfiance envers les institutions — des schémas qui ne disparaissent pas avec l'âge ou les changements juridiques.

« J'ai vécu avec mon "ami" pendant des décennies. Tout le monde était au courant, mais nous ne nous tenions jamais la main. Aujourd'hui, les gens le font ouvertement, et cela me met mal à l'aise. »

(Participant à un groupe de discussion, plus de 70 ans)

Cette citation illustre le dilemme des générations plus âgées : elles ont appris à se cacher pour survivre, et cette habitude ne disparaît pas avec l'évolution des lois. Elle reste ancrée et peut refaire surface dans les environnements de soins où la vulnérabilité est grande.

1.2. Le poids des institutions : une vie passée à les craindre

Pour de nombreuses personnes âgées LGBTQIAP+, les institutions n'ont jamais été des lieux sûrs. Brett, un homme trans de 72 ans originaire de Lyon, porte cette histoire en lui :

« J'ai passé la majeure partie de ma vie en institution. Cela ne m'a jamais fait peur. Mais je ne pourrai pas aller en maison de retraite comme ma mère. »

Brett a passé son adolescence dans des familles d'accueil et des foyers collectifs, coupé de sa famille. Contrairement à sa mère, qui pouvait entrer dans une maison de retraite en espérant y trouver un minimum de dignité et de reconnaissance, Brett sait que son expérience sera différente. Il porte une barbe fournie, a une voix grave et s'est fait retirer les seins. Mais il n'a jamais subi de chirurgie de confirmation de genre, ce qui signifie que son statut de personne transgenre deviendrait immédiatement évident pour tout soignant chargé de le laver ou de l'habiller.

Cette crainte n'a rien d'abstrait. Elle trouve ses racines dans une vie passée à évoluer au sein d'institutions qui n'étaient pas conçues pour des personnes comme lui. Pour Brett, comme pour d'innombrables autres personnes âgées LGBTQIAP+, entrer dans un établissement de soins n'est pas une transition neutre : c'est un retour potentiel à une vie de vulnérabilité, d'exposition et au besoin constant de justifier sa propre existence.

1.3. L'impact du VIH/sida sur une génération

L'épidémie de sida des années 1980 et 1990 a été un véritable cataclysme pour les communautés gay et bisexuelles. Elle a décimé des réseaux entiers d'amis, de partenaires et de familles de cœur, provoquant un profond traumatisme générationnel qui continue d'affecter les survivants aujourd'hui.

Chiffres clés :

- 30 % des diagnostics de VIH en France concernent désormais des personnes de plus de 50 ans
- Plus de 50 000 personnes vivant avec le VIH en France ont plus de 50 ans
- De nombreux survivants souffrent de ce qu'on appelle le « syndrome de Lazare » : des symptômes similaires à ceux du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), liés au fait d'avoir survécu à l'épidémie tout en voyant des amis mourir

Cette histoire influence directement la manière dont les personnes LGBTQIAP+ âgées perçoivent le vieillissement et les institutions :

- Une méfiance envers les établissements médicaux qui les ont autrefois pathologisés ou qui les ont laissés pour compte pendant la crise du sida
- Des réseaux de soutien fragiles : les familles de cœur ont souvent été décimées, laissant les survivants isolés
- La peur de la dépendance : l'angoisse de perdre son autonomie et de se retrouver à la merci de soignants potentiellement critiques

Comme le souligne Grey Pride : « Le personnel soignant n'a reçu aucune formation sur le VIH. Nous risquons de retrouver la même peur et le même rejet que ceux que nous avons subis dans les hôpitaux des années 1980. »

1.4. Le poids du silence : l'invisibilité dans les médias et la société

Les personnes âgées LGBTQIAP+ sont presque totalement absentes des représentations médiatiques, des supports de formation et du discours public. Comme le souligne Francis Carrier, président de Grey Pride :

« À l'heure actuelle, il est presque impossible de trouver dans l'iconographie LGBT française des images positives de couples LGBT âgés, comme si l'orientation sexuelle et l'identité de genre étaient réservées à la jeunesse. »

Cette invisibilité est une forme de violence. Elle véhicule le message que les personnes comme Brett n'existent pas, n'ont aucune importance et ne méritent pas d'être vues. Elle contribue directement à l'isolement et à l'autocensure.

2. Les défis spécifiques des personnes âgées LGBTQIAP+

2.1. Le corps, lieu de vulnérabilité : les personnes âgées transgenres en milieu de soins

Pour les personnes âgées trans, le corps lui-même devient un lieu d'exposition potentielle et de vulnérabilité. La situation de Brett l'illustre avec une clarté douloureuse. Aux yeux du monde extérieur, c'est un homme. Sa barbe, sa voix, ses vêtements correspondent tous à son identité de genre. Mais son corps raconte une histoire plus complexe — une histoire qu'un aide-soignant pourrait découvrir de manière inattendue en l'aidant à se laver.

Ce moment de découverte est semé d'embûches. L'aide-soignant réagira-t-il avec le calme professionnel requis, ayant été formé à comprendre la diversité des corps transgenres ? Ou y aura-t-il un choc, un malaise, des conversations chuchotées dans le couloir ? La crainte de Brett n'est pas hypothétique : elle repose sur une vie passée à évoluer dans des espaces où son corps était considéré comme « anormal », « déroutant » ou « déviant ».

Principaux défis pour les personnes âgées transgenres en milieu de soins :

- Révélation involontaire de son statut transgenre lors de soins intimes
- Manque de formation du personnel sur la diversité des corps trans et des transitions
- Absence de protocoles garantissant des soins intimes respectueux
- La crainte d'être victime de harcèlement de la part des autres résidents
- Risque d'erreur de genre une fois que le personnel a pris connaissance de l'histoire transgenre de la personne

2.2. Le phénomène du « retour dans le placard »

L'une des constatations les plus déchirantes issues de la recherche et de la pratique est le « retour dans le placard ». Une personne âgée qui a vécu ouvertement pendant des décennies peut, à son entrée dans un établissement de soins, se sentir contrainte de cacher à nouveau son identité.

Pourquoi cela se produit-il ?

- La crainte d'être victime de discrimination de la part du personnel ou des autres résidents
- Absence de signes visibles de sécurité (autocollants arc-en-ciel, affiches inclusives)
- Expériences négatives antérieures avec des professionnels de santé
- L'idée que « les gens comme moi » ne sont pas les bienvenus ici



Chiffres clés :

- 90 % des personnes âgées LGBTQIAP+ n'ont pas d'enfants (INSEE)
- Seuls 12 % des maisons de retraite en France forment leur personnel aux questions LGBTQIAP+ (Grey Pride, 2024)
- Dans les établissements labellisés (« Bienvenue »), 30 % de résidents supplémentaires révèlent leur identité LGBTQIAP+

2.3. L'âgisme au sein des communautés LGBTQIAP+

L'une des conclusions les plus frappantes des sessions de dialogue intergénérationnel menées par Le Girofard est la réalité de l'âgisme au sein même des communautés queer.

Manifestations de l'âgisme au sein des communautés :

- Dans les lieux de vie nocturne et les espaces culturels : un « culte de la jeunesse » omniprésent dans les bars gays, les clubs et les scènes de drag
- Sur les applications de rencontre : un rejet explicite fondé sur l'âge (« trop vieux », « pas mon type »)
- Dans le militantisme : les jeunes générations sont parfois perçues comme « trop théoriques » ou déconnectées des luttes historiques ; les générations plus âgées ont parfois l'impression que leurs contributions ne sont plus pertinentes
- La pression sociale qui pousse à conserver une apparence et une énergie jeunes, notamment dans les relations sociales et amoureuses

Cette réalité est particulièrement douloureuse car elle touche des personnes déjà marginalisées par la société dominante. Elle souligne la nécessité de créer délibérément des espaces intergénérationnels où la diversité des âges est considérée comme une force, et non comme un obstacle.

2.4. Le tabou persistant de la sexualité des personnes âgées

Au-delà des communautés LGBTQIAP+, la société continue de manifester un profond malaise face à la sexualité des personnes âgées.

Les manifestations de ce tabou :

- Le mythe de l'asexualité : la croyance selon laquelle le désir sexuel s'éteint naturellement à partir d'un certain âge
- Le corps âgé considéré comme un corps « non sexuel » : les personnes âgées sont perçues uniquement comme des grands-parents ou des patients — des rôles culturellement déssexualisés
- Le silence des institutions : dans les établissements de soins, le personnel peut penser « protéger » les résidents en ignorant leur vie intime, alors qu'il les prive en réalité de leur autonomie

« Ne pas parler du désir, c'est supprimer une partie essentielle de l'individu. »

(Campagne Grey Pride)



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

« La sexualité réside dans la tendresse... mais pas nécessairement dans les rapports sexuels. »

(Participant à un groupe de discussion)

Pour les personnes âgées trans, ce tabou est encore plus marqué. Leur corps, déjà considéré comme « différent » par les normes sociales, est encore davantage déssexualisé par l'âge. La possibilité d'intimité, de contact physique, d'être perçu comme un être désireux et désirable, devient presque inimaginable sous le regard institutionnel.

Ce tabou crée un cercle vicieux du silence :

- La personne âgée reste silencieuse pour éviter d'être perçue comme inappropriée
- Le professionnel garde le silence par manque de formation ou par crainte d'une situation gênante
- La famille garde le silence pour préserver une certaine image de son parent vieillissant

2.5. L'isolement : un problème structurel

L'isolement touche de nombreuses personnes âgées, mais chez les personnes âgées LGBTQIAP+, il est souvent aggravé par des facteurs spécifiques.

Facteurs spécifiques d'isolement	Données clés
Absence d'enfants	90 % des personnes âgées LGBTQIAP+ n'ont pas d'enfants (INSEE). Les « familles de cœur » jouent un rôle crucial, mais peuvent s'avérer fragiles.
Manque d'établissements inclusifs	Seuls 12 % des maisons de retraite dispensent une formation au personnel sur les questions LGBTQIAP+ (Grey Pride, 2024).
Précarité économique	40 % des personnes âgées queer perçoivent une retraite inférieure à 1 000 € par mois, en raison de parcours professionnels perturbés par la discrimination.
Rejet familial	Beaucoup ont été rejetés par leur famille d'origine, ce qui les a privés de réseaux de soutien traditionnels.
Isolement géographique	Dans les zones rurales, les possibilités d'entrer en contact avec d'autres personnes LGBTQIAP+ sont extrêmement limitées.



« Les personnes âgées LGBT souffrent encore davantage de l'isolement et de la pauvreté que les autres personnes âgées. »

2.6. L'accès aux soins de santé : un véritable parcours du combattant

L'accès à des soins de santé respectueux et compétents reste un défi majeur pour les personnes âgées LGBTQIAP+.

Chiffres clés :

- 72 % des médecins ne posent jamais de questions sur l'orientation sexuelle de leurs patients âgés
- Plus de la moitié des personnes LGBT n'évoquent pas leur orientation sexuelle lors de leurs consultations médicales
- 67 % des personnes LGBT de plus de 50 ans estiment avoir un accès plus difficile aux soins de santé
- 65 % craignent d'être victimes de violences dans les établissements de soins

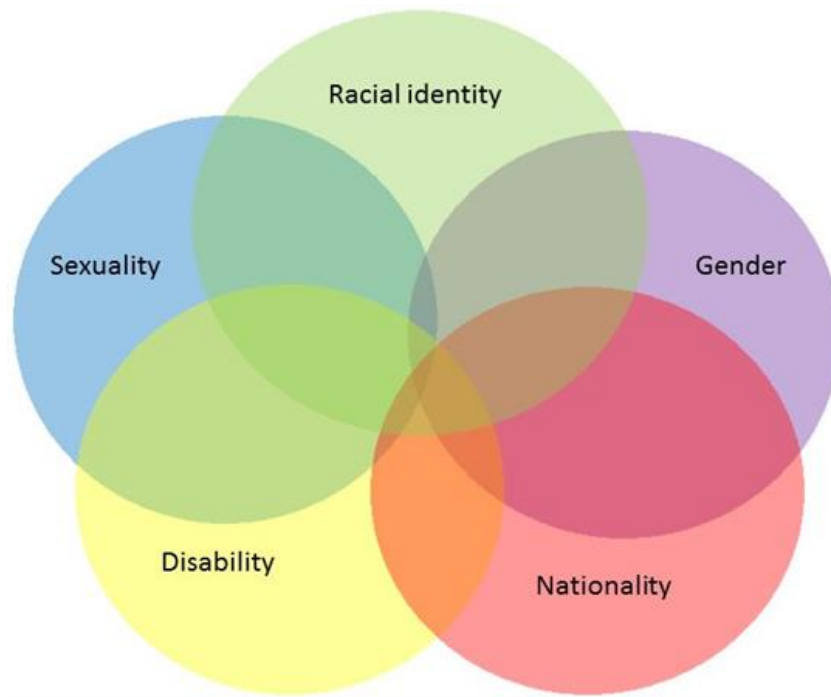
Obstacles spécifiques :

- Invisibilité dans les cabinets médicaux : ce silence repose sur l'hypothèse erronée selon laquelle l'orientation sexuelle est soit évidente (hétérosexualité présumée), soit sans importance
- Manque de connaissances sur les besoins spécifiques : le personnel est rarement formé aux besoins des personnes transgenres âgées (continuité du traitement hormonal) ou des hommes gays âgés (santé sexuelle, VIH)
- Peur de la discrimination : beaucoup tardent à consulter ou évitent de divulguer des informations importantes

« L'impossibilité de parler de son identité conduit à un isolement et à une précarité accrue. »

3. L'intersectionnalité en pratique : comprendre les situations complexes

L'intersectionnalité n'est pas un concept abstrait : c'est un outil pratique permettant d'analyser des situations et d'adapter les soins. Voici des études de cas tirées de recherches et de groupes de discussion.



Étude de cas n° 1 : Barry, 72 ans, homme trans (inspirée d'un article de The Atlantic)

Barry est un homme trans de 72 ans qui vit à Lyon. Il porte une barbe fournie, a une voix grave et s'est fait retirer les seins. Il n'a toutefois jamais subi de chirurgie de confirmation de genre. Son corps porte donc les traces d'un parcours de transition unique, différent des parcours standardisés souvent imaginés par les professionnels de santé.

Après une carrière dans l'enseignement et une vie marquée par des relations familiales complexes (il a passé son adolescence en famille d'accueil), Barry vit seul. Récemment, une chute et l'apparition de problèmes cardiaques l'ont conduit à envisager à contrecœur son entrée dans une maison de retraite médicalisée.

Lors d'une visite préalable à l'admission, le directeur s'adresse à lui en l'appelant « Monsieur » ; il se sent reconnu. Mais lorsque l'infirmière coordinatrice aborde la question des soins personnels et de l'aide au quotidien, il perçoit un certain malaise. Il sait qu'un jour, peut-être bientôt, un soignant découvrira son corps nu, et avec lui, une histoire que son apparence extérieure ne révèle pas. Il redoute les questions, les regards insistants, les chuchotements. Il redoute de devoir justifier qui il est, une fois de plus.

Principaux défis :

- Divulgence involontaire du statut transgenre lors des soins intimes
- Manque de formation du personnel sur la diversité des corps trans et des parcours de transition
- Absence de protocoles institutionnels pour des soins intimes respectueux
- La crainte de l'isolement et de la discrimination de la part des autres résidents
- Le poids d'une vie marquée par la méfiance envers les institutions



Questions de réflexion :

- Quelles idées reçues pourraient influencer les réactions du personnel lorsqu'il découvrira le corps de Brett ?
- Quels sont les risques si l'établissement ignore la situation et ne met rien en place à l'avance ?
- À quoi ressemblerait une réponse respectueuse et centrée sur la personne ?

Étude de cas n° 2 : Simone, 78 ans, lesbienne

Simone a vécu avec sa compagne pendant 40 ans avant de décéder. Elle s'installe aujourd'hui dans une maison de retraite. À première vue : une dame âgée et veuve. Mais derrière cette apparente simplicité se cache une réalité bien plus complexe :

- L'âgisme : plus personne ne lui parle de sa vie affective. On part du principe qu'à son âge, « ces questions » ne se posent plus.
- Sexisme : en tant que femme âgée, elle est confrontée au « double standard du vieillissement » : contrairement aux hommes, sa valeur sociale et son attrait diminuent avec l'âge.
- Lesbophobie/invisibilité : personne ne lui demande jamais si la personne importante de sa vie était une femme. La photo de mariage sur la commode ? Elle n'en a pas. Son deuil est complètement ignoré.

L'intersectionnalité consiste à comprendre que ces trois dimensions se combinent pour créer une situation unique de vulnérabilité et d'invisibilité. Une approche inclusive doit les prendre toutes en compte.

Étude de cas n° 3 : Fatima, 68 ans, lesbienne et issue d'une minorité ethnique

Fatima est une femme lesbienne d'origine nord-africaine vivant dans une petite ville, qui envisage de déménager dans une résidence-services.

- Racisme et lesbophobie : elle est confrontée à une discrimination potentielle liée à la fois à ses origines et à son orientation sexuelle, à laquelle s'ajoute l'âgisme.
- Double invisibilité dans la représentation : les médias et la culture ne montrent presque jamais de femmes lesbiennes âgées et issues de minorités ethniques. Elle n'est représentée nulle part.
- Stéréotypes spécifiques : elle peut être confrontée à des stéréotypes tels que celui de la « lesbienne masculine » ou à l'hypersexualisation des femmes issues de minorités ethniques.
- Obstacles à l'accès aux soins : les inégalités structurelles en matière d'accès aux soins pour les personnes issues de minorités ethniques s'ajoutent à une réticence à aborder les questions liées à la communauté LGBTQIAP+.

Ces exemples montrent qu'il est impossible d'accompagner correctement une personne sans prendre en compte la totalité de son identité. L'inclusion ne consiste pas à traiter tout le monde « de la même manière », mais à adapter son approche à l'unicité du parcours de vie de chacun.

4. Comprendre la recherche : ce que nous apprennent les études

Des recherches récentes apportent des éclairages précieux sur les expériences et les besoins des personnes âgées LGBTQIAP+.

4.1. L'étude LEAP (2025-2027)

L'étude LEAP (LGBTQ+ Inclusive Home Provision for older people), un important projet de recherche britannique qui sera lancé en juin 2025, vise à comprendre dans quelle mesure les aides à domicile sont préparés à accompagner les personnes âgées LGBTQ+.

Principales conclusions des recherches antérieures qui éclairent cette étude :

- Les professionnels de soins manquent de compétences, de connaissances et de confiance pour accompagner les personnes âgées LGBTQ+
- Les études se sont concentrées sur les maisons de retraite, mais les soins à domicile restent un domaine peu étudié
- De nombreux adultes LGBTQ+ craignent d'être victimes de traitements hostiles ou discriminatoires dans le cadre des services sociaux
- Certains expriment la crainte de devoir « dé-gayifier » leur propre domicile pour se protéger contre l'homophobie ou la transphobie anticipées

L'histoire de Brett illustre parfaitement cette situation. Sa crainte ne concerne pas le domicile qu'il pourrait quitter, mais l'établissement dans lequel il pourrait être admis — un lieu où il risquerait de perdre le contrôle de son propre récit.

4.2. Le statut d'« insider-outsider »

Les recherches menées sur les résidents LGBT dans les programmes de logement traditionnels révèlent un « statut d'initié-étranger » : ils bénéficient d'une visibilité partielle tout en subissant des pressions d'exclusion qui les cantonnent dans la catégorie de « l'autre ».

Principales conclusions d'une étude britannique (2019-2022) menée auprès de 15 résidents LGBT âgés de 55 à 79 ans :

- Les résidents LGBT évoluent dans une position sociale complexe : visibles mais marginalisés
- Les pratiques d'exclusion de la part des autres résidents renforcent les limites de la « normalité » sexuelle et de genre
- Le maintien de liens sociaux en dehors du programme revêt une importance cruciale

Cette étude remet en cause l'idée selon laquelle les programmes de logement offrent automatiquement « des espaces sûrs et sécurisés pour vieillir ». Pour les personnes âgées LGBTQIAP+, la sécurité ne va pas de soi : elle doit être activement mise en place.

4.3. Le concept de « famille choisie » et ses limites

L'importance des « familles de choix » parallèlement aux familles d'origine est bien documentée. Cependant, les recherches révèlent également la fragilité de ces réseaux :

- La proximité est un facteur important : les amis ne vivent pas forcément à proximité ou peuvent être confrontés à leurs propres problèmes de mobilité liés à l'âge
- Les amis peuvent avoir le même âge et connaître des problèmes de santé similaires



- Les réseaux décimés par la crise du sida ont laissé des lacunes durables en matière de soutien

C'est pourquoi la création délibérée de communautés et un soutien institutionnel inclusif sont essentiels : les familles de cœur ne peuvent pas toujours fournir les soins que les institutions devraient offrir.

5. Des initiatives inspirantes pour passer à l'action

Il ne suffit pas d'identifier les problèmes. Des solutions concrètes existent à travers l'Europe, prouvant qu'une autre voie est possible.

5.1. La Maison de la Diversité (Lyon, France)

Porté par Les Audacieuses & Les Audacieux, ce projet de logement inclusif et participatif répond à l'isolement social des personnes âgées LGBTI+ et des personnes vivant avec le VIH.

Le concept : des logements individuels + des espaces collectifs partagés + une vie intergénérationnelle (y compris des logements étudiants), fondé sur un projet d'entraide et de solidarité autour du « bien vieillir ».

Valeurs fondamentales :

- Le lien social, clé pour bien vieillir et conserver son autonomie
- Le logement inclusif comme mode de vie solidaire et anti-spéculatif
- La solidarité intergénérationnelle, source d'inspiration et d'enrichissement
- Ouverture au quartier environnant

Ce projet s'inspire directement de Lebensort Vielfalt à Berlin, pionnier européen depuis 2013.

5.2. Grey Pride et le label « Bienvenue » (France)

Grey Pride allie plaidoyer et outils concrets destinés aux professionnels. Les relations, la sexualité ou l'identité font partie des sujets susceptibles d'être affectés chez les personnes âgées LGBTQI+ arrivant en maison de retraite. Ce label a pour but de mettre en avant ces thèmes dans les gestes de prise en charge.

Actions clés :

- Ligne d'assistance nationale pour les personnes âgées isolées (01 44 93 74 03, les mardis et jeudis de 16 h à 18 h)
- Formation certifiée Qualiopi dans les maisons de retraite pour l'ensemble du personnel (soignants, administration, direction)

Label « Bienvenue » : critères stricts pour des établissements inclusifs :

- Personnel formé
- Charte anti-discrimination
- Espaces non genrés
- Audits réguliers menés en collaboration avec des associations LGBTQIAP+

- Partenariats avec des médecins spécialisés dans le VIH

Chiffre clé : dans les établissements labellisés « *Bienvenue* », 30 % de résidents supplémentaires révèlent leur identité LGBTQIAP+.

« Au-delà du label, grâce à des formations et à des actions de sensibilisation dans les secteurs privé et public : nous devons œuvrer pour la reconnaissance des identités de genre dans les établissements pour personnes âgées. »

Pour Brett, un établissement labellisé « *Bienvenue* » enverrait un signal immédiat : ici, le personnel a été formé. Ici, mon corps ne sera pas source de scandale. Ici, je pourrai peut-être vieillir en paix.

5.3. *Lebensort Vielfalt (Berlin, Allemagne)*

Une résidence pionnière ouverte en 2013 par Schwulen Beratung Berlin, comprenant 24 logements destinés aux personnes âgées LGBT autonomes. Face à une liste d'attente de 400 personnes, deux établissements supplémentaires ont depuis ouvert leurs portes, spécialisés dans les maladies neurodégénératives et les troubles psychologiques.

Points forts :

- Diversité choisie : 60 % d'hommes gays / 20 % de jeunes (moins de 55 ans) / 20 % de femmes
- Petite unité de soins spécialisée pour les personnes en perte d'autonomie
- Ouverture sur le quartier et la vie culturelle

5.4. *Tonic @Bankhouse (Londres, Royaume-Uni)*

Première communauté de retraite LGBT+ du Royaume-Uni, ouverte en 2021 et entièrement occupée d'ici fin 2024.

Caractéristiques principales :

- 26 résidents répartis entre des appartements en copropriété et des appartements en location
- Un « accord communautaire » signé par l'ensemble du personnel et des résidents, qui s'engagent en faveur de l'inclusion
- Les résidents organisent eux-mêmes leurs sorties, leurs repas en commun et leurs rencontres, favorisant ainsi la création d'une « famille de cœur »
- Un accompagnement tout au long de la fin de vie, dans le partage du deuil et la réflexion sur l'héritage laissé

« Chez Tonic, chacun trouve une famille de cœur, un réseau solidaire où il peut être pleinement lui-même. »



« Pourquoi devrions-nous nous contenter d'être acceptés ? Être accepté, c'est presque comme être toléré. Mais l'acceptation positive, c'est : tu n'as rien à expliquer, tu fais partie des nôtres. »

Cette distinction – entre « accepté » et « valorisé » – est cruciale.

5.5. Principaux enseignements tirés de ces initiatives

Enseignement	Implication
L'inclusion n'est pas de la tolérance	« Être "accepté", c'est presque comme être "toléré". Être "affirmé", cela signifie qu'on n'a rien à expliquer. »
Les familles choisies ont besoin de soutien	Les institutions doivent reconnaître et soutenir ces réseaux, et non les ignorer.
La formation doit être complète	L'ensemble du personnel — et pas seulement les soignants — a besoin d'une formation.
Les signes visibles de sécurité sont importants	Les autocollants arc-en-ciel, les affiches inclusives et les espaces non genrés transmettent des messages forts.
La co-création est essentielle	Les personnes âgées doivent être impliquées dans la conception des espaces et des services qui leur sont destinés.

Ces exemples montrent que l'inclusion n'est pas un concept abstrait, mais un ensemble de choix concrets : des choix en matière de logement, de formation, de renforcement de la communauté et de mise en avant des bonnes pratiques

6. Les sessions de dialogue intergénérationnel : principales conclusions

La session de dialogue intergénérationnel organisée par Le Girofard à Bordeaux (22 octobre 2025) a réuni 23 participants âgés de 19 à 82 ans et a permis de dégager des enseignements essentiels.

Thèmes clés qui se sont dégagés :

1. L'âgisme et l'exclusion au sein des communautés LGBTQIAP+

- Plusieurs participants ont décrit un « culte de la jeunesse » dans les espaces queer
- Des hommes gays plus âgés ont déclaré se sentir invisibles dans les bars et les boîtes de nuit
- Certains se sont vu dire qu'ils étaient « trop vieux » pour certains événements ou lieux

2. Redéfinir la sexualité à un âge avancé

- Les participants ont défini la sexualité au sens large : tendresse, affection, sensualité, lien émotionnel
- Avec l'âge, l'importance accordée aux rapports sexuels avec pénétration diminue
- L'importance du plaisir solitaire et de la sexualité en solo a été reconnue

3. Profonde méfiance envers les établissements de soins (EHPAD)

- Crainte généralisée de devoir « retourner dans le placard »
- Inquiétudes concernant les environnements hétéronormatifs et cisnormatifs
- Manque de formation du personnel sur les questions LGBTQIAP+

« Mon défi serait d'éviter à tout prix les maisons de retraite. Ce qui s'y passe est vraiment épouvantable. »

4. Fort désir d'alternatives communautaires

- Projets de cohabitation intergénérationnelle
- Résidences pour personnes âgées spécifiques à la communauté LGBTQIAP+
- Réseaux de soins communautaires
- « Vieillir chez soi » avec le soutien de la communauté

« J'aimerais vivre en colocation... Je crois que des projets commencent à voir le jour, des logements partagés pour les personnes âgées. »

5. L'apprentissage intergénérationnel est valorisé — et nécessaire

- Les jeunes participants découvrent les luttes historiques (crise du sida, batailles juridiques)
- Les participants plus âgés découvrent l'évolution de la terminologie et des concepts d'identité
- Fort désir d'échanges intergénérationnels plus réguliers



7. Implications pour la pratique professionnelle

Que signifient toutes ces conclusions pour les éducateurs, les soignants et les institutions ?

En matière de formation et d'éducation :

- Intégrer des modules traitant spécifiquement de l'âgisme au sein de la communauté
- Élaborer des études de cas basées sur des expériences réelles
- Aborder les préoccupations pratiques concernant les établissements de soins et l'accès aux soins de santé
- Utiliser le dialogue intergénérationnel comme méthodologie centrale
- Former le personnel spécifiquement sur le vieillissement des personnes trans et la diversité des corps trans

Pour la pratique institutionnelle :

- Élaborer des protocoles clairs pour les soins intimes qui respectent l'autonomie et la dignité des résidents
- Les signes visibles de sécurité (autocollants arc-en-ciel, affiches inclusives) sont essentiels, et non facultatifs
- La formation du personnel doit être complète et continue
- Les politiques de lutte contre la discrimination doivent être activement mises en œuvre, et non pas simplement affichées
- Les partenariats avec les organisations LGBTQIAP+ apportent une expertise et une crédibilité indispensables

En matière de politiques et de plaidoyer :

- Soutenir le développement d'options de logement adaptées aux personnes LGBTQIAP+
- Financer la recherche sur les besoins spécifiques des personnes âgées LGBTQIAP+
- Rendre obligatoire la formation à la compétence culturelle dans tous les établissements de soins aux personnes âgées financés par des fonds publics
- Reconnaître et soutenir les initiatives menées par les communautés

À l'attention de tous les professionnels susceptibles d'être en contact avec une personne âgée LGBTQ+ :

- N'oubliez pas que vous êtes peut-être la première personne à lui avoir posé la bonne question
- N'oubliez pas que votre réaction face à son corps aura des répercussions sur l'ensemble de son expérience des soins
- N'oubliez pas que la dignité n'est pas un cadeau que vous accordez : c'est un droit que vous devez protéger



- N'oubliez pas qu'il a été confronté à la violence institutionnelle toute sa vie. Votre rôle est de faire en sorte que cette expérience soit différente.



Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels

Réflexes essentiels à développer

Le langage, outil principal de l'inclusion :

- ✓ Remplacez « Avez-vous un mari/une femme ? » par « Y a-t-il une personne importante dans votre vie ? »
- ✓ Demandez : « Quels pronoms souhaitez-vous que j'utilise ? »
- ✓ Utilisez des termes neutres comme « partenaire ».
- ✓ Sur les formulaires, remplacez « M./Mme » par « Prénom », « Nom » et ajoutez une option « Autre ».

À éviter :

- ✗ Le langage condescendant ou les diminutifs infantilisants (« jeune fille », « jeune homme », « ma chère », « mon chéri »).
- ✗ Présumer de l'hétérosexualité (« Quel âge avait votre mari lorsqu'il est décédé ? »).
- ✗ Rire ou faire des remarques « discrètes » sur la relation entre deux personnes âgées.

Créer un environnement accueillant

- Des signes visibles : un petit autocollant arc-en-ciel, une affiche « Tout le monde est le bienvenu ici » sont des messages forts.
- Documentation : afficher les coordonnées d'associations telles que Grey Pride.
- Espaces non genrés : des toilettes accessibles à tous les genres.
- Activités : proposer des événements variés, et pas seulement des activités traditionnellement genrées.

Adapter votre pratique

- Avec une personne trans : respectez le prénom et les pronoms qu'elle a choisis, veillez à la continuité de son traitement hormonal, ne posez pas de questions indiscrettes.
- Avec une personne vivant avec le VIH : ne pas stigmatiser, assurer le suivi médical, connaître les ressources spécialisées.
- Avec une personne issue d'un autre milieu culturel : faites preuve d'humilité culturelle, demandez-lui quels sont ses propres termes et repères.





Résumé et messages clés

- L'inclusion des personnes âgées LGBTQIAP+ n'est pas une option, c'est une obligation éthique et professionnelle visant à garantir l'égalité d'accès aux soins et à la dignité.
- L'histoire compte. L'expérience de la stigmatisation vécue par les personnes âgées LGBTQIAP+ influence leur relation avec les institutions. Ignorer cette histoire revient à reproduire la violence.
- L'âgisme existe également au sein des communautés. Nous devons en être conscients et créer des espaces véritablement intergénérationnels.
- Des modèles alternatifs existent et fonctionnent (logements inclusifs, labels, formations). Ils prouvent qu'une société inclusive pour tous les âges est possible.
- L'action commence par le langage et l'attitude. En tant que professionnel·le, vous avez le pouvoir de créer des espaces sûrs simplement par votre manière d'être et de parler.



Outils pratiques et ressources

Plan de cours – Module 3

Le [plan de cours](#) est un guide structuré qui fournit des instructions aux formateurs ou aux professionnels sur la manière de mettre en œuvre le module 3 en groupe. Il propose une structure pour une formation d'une durée de 2 h 30, accompagnée d'une présentation PowerPoint correspondante, répertorie les acquis d'apprentissage et une liste de contrôle pour la préparation, et décrit trois exercices (voir ci-dessous).

Exercice 1 – Le vocabulaire de l'inclusion

Objectif : Comprendre et s'approprier la terminologie clé LGBTQIAP+ ainsi que son importance dans la pratique professionnelle auprès des personnes âgées (voir les instructions dans le plan de cours).

[Cartes de scénarios](#) – Le vocabulaire de l'inclusion.

Exercice 2 – Analyse d'études de cas

Objectif : analyser des situations concrètes concernant des personnes âgées LGBTI+ et élaborer collectivement une réponse appropriée et centrée sur la personne (voir les instructions dans le plan de cours).

[Fiche d'étude de cas.](#)

[Questions de discussion sur l'étude de cas.](#)

Exercice 3 – Repenser l'établissement

Objectif : Concevoir des actions concrètes visant à rendre une institution plus inclusive pour les personnes âgées LGBTQIAP+, dans trois domaines : la formation, l'environnement physique et les politiques/protocoles (voir les instructions dans le plan de cours).



[Fiches d'établissements](#) – EHPAD / Service de soins à domicile / Hôpital / Résidence-services.

[Fiche de travail](#) « Plan d'action pour les 3 domaines ».

Références

Grey Pride et initiatives françaises

Association Grey Pride. (2023-2024). Guide « Accueillir les seniors LGBTQIAP+ », Label « Bienvenue » – Critères et données d'impact, Ligne d'écoute nationale.

<https://greypride.fr/>

<https://greypride.fr/label-bienvenue/>

France Inter / Radio France. (15 juin 2023). Deux EHPAD parisiens récompensés par le label « Grey Pride » pour leur accueil des seniors LGBT.

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/deux-ehpad-parisiens-recompenses-du-label-grey-pride-pour-leur-accueil-des-seniors-lgbt-1402454>

20 Minutes. (19 juin 2023). Paris : Des EHPAD labellisés LGBT pour accueillir toutes les sexualités.

<https://www.20minutes.fr/paris/4041985-20230620-paris-ehpad-labellises-lgbt-accueillir-toutes-sexualites>

Les Audacieuses & Les Audacieux. (2024). Le projet Maison de la Diversité.

<https://audacieusement.org/le-projet-maison-de-la-diversite/>

Initiatives internationales

Schwulen Beratung Berlin. (2013). Lebensort Vielfalt – Un projet de logement pour les personnes âgées lesbiennes, gays et transgenres.

<https://schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt/>

Tonic Housing. (2024). Tonic @ Bankhouse – La première communauté de retraités LGBT+ du Royaume-Uni. Vies précaires : recherche sur les personnes âgées LGBT+ et le logement.

<https://tonichousing.org.uk/>

<https://tonichousing.org.uk/our-impact/>

Le vieillissement des personnes trans

The Atlantic. (12 août 2015). Le défi d'être transgenre dans une maison de retraite.

<https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/08/transgender-nursing-home-aging/400580/>

Siverskog, A. (2021). Des corps vieillissants qui comptent : âge, genre et incarnation dans les récits de vie des personnes transgenres âgées. *Journal of Aging Studies*, 58, 100951.

<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-aging-studies>

Witten, T. M. (2017). Vieillesse des personnes transgenres et non conformes au genre : une revue de la littérature. *Journal of Aging Studies*, 43, 1-8.

<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-aging-studies>

Bockting, W., Coleman, E., & De Cuypere, G. (2011). Prise en charge des personnes transsexuelles. *New England Journal of Medicine*, 364(26), 2559-2560.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21714669/>

Recherches et données clés

Ezhova, I., Savidge, L., Bonnett, C., Cassidy, J., Okwuokei, A., & Dickinson, T. (2020). Obstacles rencontrés par les personnes âgées souhaitant obtenir des conseils et des traitements en matière de



santé sexuelle : une revue exploratoire. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103566.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32380261/>

Flesia, L., Monaro, M., Jannini, E. A. et Limoncin, E. (2023). « Je suis trop vieux pour ça » : le rôle de l'âgisme et des croyances néfastes sur la sexualité dans la santé sexuelle d'un échantillon de personnes âgées hétérosexuelles et LGB. *Healthcare*, 11(4), 459.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36832993/>

Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2011). Rapport sur le vieillissement et la santé : disparités et résilience chez les personnes âgées lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. Institut pour la santé multigénérationnelle.
<https://stagebeta.scispace.com/papers/resilience-and-disparities-among-lesbian-gay-bisexual-and-46a7zc9ai4>

Institut de médecine (États-Unis). (2011). La santé des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres : jeter les bases d'une meilleure compréhension. National Academies Press.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64800/>

Simpson, P., Horne, M., Brown, L. J. E., Wilson, C. B., Dickinson, T., & Torkington, K. (2018). Les expériences des personnes âgées lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres en maison de retraite : une revue systématique. *Ageing & Society*, 38(11), 2217-2240.
<https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society>

de Vries, B., & Croghan, C. F. (2014). Le vieillissement des personnes LGBT : les apports de la recherche communautaire. *Journal of Homosexuality*, 61(1), 1-20.
<https://www.semanticscholar.org/paper/LGBT-Aging%3A-The-Contributions-of-Community-Based-Vries-Croghan/19ea7944dd8f48449926c0e147d9ebe23512ba83>

Données et rapports français

INSEE. (2023). Enquête Famille et logements – Données sur la composition des ménages.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques>

Les Petits Frères des Pauvres. (2022). Rapport sur l'isolement social des personnes âgées.
<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-publications/rapports>

Glossaires et terminologie

Chase, B., & Ressler, P. (2009). An LGBT/Queer Glossary. *The English Journal*, 98(4), 23–24.
<https://eric.ed.gov/?id=EJ832256>

Zeyen, T. L., Brunnett, R., Lottmann, R., & Kiegelmann, M. (2020). *LSBTIQ und Alter(n) : ein Lehrbuch für Pflege und soziale Arbeit*.* Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht.

Organisation mondiale de la Santé

Organisation mondiale de la Santé. (2021). Rapport mondial sur l'âgisme.
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/ageism/global-report-on-ageism>

Organisation mondiale de la Santé. (2019). Santé et droits sexuels.
<https://www.who.int/health-topics/sexual-health>

MODULE 4

Histoire des normes sociales liées au genre et à la sexualité en Europe

Élaboré par :

Karina Hoßfeld et Thomas Wilde

Association de Basse-Saxe

Initiatives éducatives e.V. (VNB e.V.)



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Présentation générale

L'âge et la sexualité restent étroitement liés à des idées stéréotypées, à des attributions normatives, à l'invisibilité et aux tabous. C'est ce que montrent également les résultats obtenus à ce jour dans le cadre du projet « Never gets old » (2024-2026), qui mène des enquêtes sur les attitudes vis-à-vis de la sexualité et de l'âge dans cinq pays européens. Les personnes âgées sont souvent considérées comme asexuées, c'est-à-dire dépourvues de tout besoin sexuel, ou comme ayant un rôle essentiellement fonctionnel au sein des structures et des rôles familiaux (grands-parents). Ce phénomène s'observe aussi bien dans les discours quotidiens que dans les médias et les structures institutionnelles, telles que les établissements de soins gériatriques, que nous avons inclus dans notre projet.

Cependant, les normes sociales relatives au « genre et à la sexualité » ne constituent pas une structure statique, mais le résultat de processus de négociation historiques. En Europe, elles ont été façonnées au fil des millénaires par la religion, le droit, la médecine, l'économie et le pouvoir politique – et ont été remises en question à maintes reprises. Nos conceptions du genre, de l'âge et de la sexualité se sont ainsi développées au fil de l'histoire et façonnent l'image que les personnes âgées et les plus jeunes ont d'elles-mêmes, les attentes familiales ainsi que les pratiques des professionnels des soins, de l'accompagnement et de la formation des adultes.

Les entretiens et les discussions de groupe menés dans le cadre du deuxième volet du projet montrent que le thème de la sexualité chez les personnes âgées reste un tabou très fort dans des contextes très variés : au sein des familles, dans les institutions, et en particulier dans les maisons de retraite, ainsi qu'entre les générations. Au cours des discussions, l'expérience majoritairement partagée était que la sexualité chez les personnes âgées surprend les plus jeunes. Voici comment une formatrice en soins infirmiers décrit cela à partir de son quotidien :

« Je constate des limites dans la mesure où les étudiants me montrent parfois à quel point, pour eux, la sexualité chez les personnes âgées est un sujet tabou, [...] à partir de 40 ans, c'est fini. J'y réfléchis sans cesse et cela suscite une grande stupéfaction. »

Les réactions aux photos qu'elle montre en cours illustrent également des idées stéréotypées intériorisées :

« Et les réactions aux photos que je montre, sur lesquelles on voit des personnes de plus de 60 ans s'étreindre, sont les suivantes : "Ouah, je n'ose même pas regarder, est-ce que ça doit forcément être comme ça ?" Ou alors, quand on se tient la main (...) "Oh, c'est mignon". »

Il est établi depuis longtemps, grâce à des recherches et des études, que la sexualité n'est pas l'apanage de la jeunesse et que la sexualité chez les personnes âgées n'est pas un phénomène marginal, mais fait partie intégrante de la construction de l'identité tout au long de la vie. Notre



perception de la sexualité est influencée par des normes, des récits (structures narratives culturelles) et des images médiatiques. Ceux-ci se répercutent ensuite sur la mise en œuvre concrète des soins, de l'accompagnement et du travail éducatif.

L'objectif de ce module est de montrer que les normes sociales relatives au genre et à la sexualité ont évolué à maintes reprises au cours de notre histoire, et que ces normes, telles qu'elles sont en vigueur à chaque époque, façonnent nos interactions sociales les uns avec les autres et influencent l'image que nous avons de nous-mêmes. En remettant en question de manière critique les mécanismes d'adoption des valeurs, des normes et des rôles, on ouvre la voie à la reconnaissance des stéréotypes, à la remise en cause des tabous et à la promotion d'un mode de vie autodéterminé pour les personnes âgées.

Ce module vise à aider les professionnels à mener une réflexion sur leurs propres a priori, à définir leur champ d'action de manière sûre et à aborder en toute conscience les attentes normatives. Les participants se voient proposer des méthodes et des espaces leur permettant d'identifier les normes sociales, d'examiner leurs propres attitudes et de réagir de manière réfléchie aux questions spécifiques liées à l'âge et à la sexualité.

L'objectif de cette thèse est donc de mettre en évidence les mécanismes historiques, culturels et médiatiques qui façonnent les normes sociales relatives à l'âge et à la sexualité, et d'en déduire des approches méthodologiques pour un travail pédagogique axé sur la pratique.

Acquis d'apprentissage du module 4

Public cible	Acquisition de connaissances
Les participants apprennent :	Les normes ont évolué au fil de l'histoire - Ce qui est considéré comme « normal » aujourd'hui était autrefois différent – et continuera d'évoluer. Les convictions personnelles sont façonnées par la société - Les irritations et le malaise ont des causes culturelles et ne sont pas des déficits individuels. La sexualité chez les personnes âgées n'est pas un cas particulier - mais fait partie du développement de l'identité tout au long de la vie.
Avantages pour les formateurs d'adultes	Les formateurs d'adultes en tirent profit car ils : - sont capables d'animer les groupes avec plus de sensibilité, - prennent conscience de leurs propres normes implicites, - créent des espaces d'apprentissage sans gêne, - comprennent mieux les conflits entre générations.
Avantages pour les travailleurs qualifiés	Les professionnels (soins infirmiers, travail social, accompagnement psychologique) en tirent profit car ils : - gèrent de manière plus professionnelle la proximité, l'intimité et les limites, - prennent au sérieux les besoins des personnes âgées, - portent un regard critique sur les règles institutionnelles, - agissent de manière plus éthique.



Comprendre le sujet

1. Cadre théorique de référence : normes sociales, identité et âge

Les normes sociales sont des règles et des conventions fondamentales qui structurent le comportement des individus au sein d'une société. Elles définissent ce qui est considéré comme approprié, attendu ou déviant, et ont à la fois un effet régulateur et orientateur (cf. Dimbath, 2025). Les normes relatives au genre, à la sexualité et à l'âge revêtent une importance particulière, car ces domaines sont étroitement liés aux questions de moralité et aux tabous. Elles influencent ainsi fortement la compréhension et l'acceptation individuelles des orientations et identités sexuelles qui s'écartent de la norme. En sciences sociales, les termes « genre » et « sexualité » ne sont pas compris exclusivement comme des données biologiques, mais comme des constructions sociales qui émergent dans des contextes historiques, culturels et institutionnels (Feldmann et al., 2025). Par exemple, le terme « *genre* » désigne les rôles, les attentes et les attributions socialement construits qui sont liés aux corps et aux identités. Au sens des sciences sociales, *la vieillesse* n'est pas non plus considérée uniquement comme un processus biologique, mais aussi comme une phase de vie socialement structurée, associée à certains modèles de rôle, droits et devoirs dans le contexte social concerné. La perception de la sexualité est également *soumise* à des processus de changement social et est façonnée par les normes, le langage, les savoirs et les institutions. Certaines formes de sexualité sont légitimées, d'autres sont marginalisées ou considérées comme taboues. Les normes sociales ne sont pas seulement répressives, mais aussi productives (cf. Dimbath 2025), dans la mesure où elles créent, en premier lieu, certaines identités et certains modes de vie. Par exemple, une « identité gay » est étroitement liée à la persécution historique des hommes homosexuels et au « mouvement gay » qui en a découlé.

Un bref cadre théorique est utile pour comprendre la sexualité chez les personnes âgées. Dans les débats de société, la sexualité des personnes âgées est souvent peu prise en compte, voire totalement ignorée. On part souvent du principe que les besoins sexuels disparaissent eux aussi avec l'âge. Or, cette idée n'est pas naturelle, mais résulte de normes sociales qui se sont développées au fil de l'histoire. L'examen de cette perspective constitue la base de l'analyse historique qui suit.

2. Évolution historique des normes sociales relatives à l'âge et à la sexualité

Les conceptions sociales actuelles de la sexualité chez les personnes âgées ne peuvent être comprises qu'à la lumière des évolutions historiques. Voici un aperçu historique présentant certains changements normatifs majeurs en matière de sexualité, de genre et d'âge.

2.1 Sociétés prémodernes : moralité, religion et ordre social

Dans les sociétés prémodernes, la sexualité était fortement ancrée dans les systèmes religieux et moraux. Elle était avant tout considérée comme un moyen de reproduction. Bien que le genre, à cette époque, fût appréhendé en termes binaires – masculin et féminin –, la sexualité était définie moins par l'identité que par le rôle social. Ce n'était pas le genre du partenaire qui était déterminant, mais la position dans la structure du pouvoir : actif contre passif, libre contre non libre ou asservi. Les relations entre hommes adultes et garçons adolescents (pédérastie) étaient socialement acceptées tant qu'elles respectaient certaines normes.

Quant à la vieillesse, elle était souvent associée au retrait, à la sagesse ou à la dévotion spirituelle. L'activité sexuelle au-delà des fins reproductives, en particulier chez les personnes âgées, était jugée plutôt inappropriée ou moralement discutable. Ces idées normatives avaient un impact non seulement au niveau individuel, mais aussi structurel : tout écart pouvait entraîner des sanctions



sociales. La sexualité chez les personnes âgées n'était pas tant invisible que moralement disqualifiée. Il faut toutefois noter qu'il y avait très peu de personnes âgées ou très âgées. La plupart des gens mouraient à un âge qui correspondrait aujourd'hui à celui des « Bestagers ».

Avec l'expansion du christianisme au Moyen Âge (du IXe au XVe siècle environ), la conception du genre et de la sexualité en Europe a radicalement changé. La sexualité a été de plus en plus moralisée et associée au péché. Les relations sexuelles légitimes étaient limitées au mariage et destinées à la procréation. La luxure était considérée comme un e dangereuse ou était perçue comme un péché. Dans la pensée patriarcale, la femme était vue comme la « séductrice » de l'homme, à moins qu'elle ne fût considérée comme une « vierge » pure de tout péché – c'est-à-dire de toute sexualité. Cette dichotomie se retrouve encore aujourd'hui dans la conception chrétienne de la « Vierge Marie », qui devient en même temps mère – mais sans les rapports sexuels associés au péché.

2.2 Début de l'époque moderne : discipline et science

Entre le XVIe et le XVIIIe siècle, le contrôle exercé par l'État et l'Église sur le corps et la sexualité s'est intensifié, et la vie conjugale a été soumise à des réglementations plus strictes. Au sein de l'Église catholique, le célibat des prêtres a été instauré. Parallèlement, la médecine a commencé à mener des recherches systématiques sur le genre. Au cours de cette période (vers 1800), le « modèle à deux genres » s'est imposé de plus en plus en Europe, supplantant ainsi l'idée selon laquelle les femmes étaient des « hommes incomplets ». On postulait désormais que les femmes et les hommes étaient des opposés fondamentaux, fondés sur des bases biologiques. Des rôles sociaux (par exemple, femme au foyer, soutien de famille) en ont alors été déduits, qui étaient désormais considérés comme « naturels ».

La sexualité était de plus en plus perçue comme un acte individuel qui devait être surveillé, classé et normalisé. Les écarts n'étaient plus considérés comme de simples péchés, mais étaient de plus en plus souvent classés comme des maladies, voire des crimes. Ces idées allaient si loin que même la masturbation était considérée comme dangereuse pour la santé. Ce mythe a perduré jusqu'au XXe siècle et persiste encore aujourd'hui dans certaines sociétés et certains milieux.

2.3 La modernité : normalisation médicale et scientifique

À partir du XVIIIe siècle, avec la modernité et l'émergence des modes de pensée scientifiques, la conception de la sexualité décrite ci-dessus s'est imposée. La classification biologique a conduit à la consolidation de l'idée de deux sexes clairement distincts, dotés de caractéristiques « naturelles ». La sexualité était de plus en plus considérée sous un angle médical et biologique. Parallèlement, l'idée de *phases de vie* clairement distinguables, chacune ayant des fonctions spécifiques, s'est également ancrée dans la conception des rôles biologiques. L'âge était désormais souvent considéré comme une phase de déficit, caractérisée par un déclin physique et une perte de fonctions. La sexualité chez les personnes âgées n'était plus principalement condamnée sur le plan moral, mais pathologisée comme n'étant plus « adaptée à l'âge » ou considérée comme un problème médical, car perçue comme inappropriée pour les personnes âgées. Une sexualité « saine » et appropriée n'était de plus en plus accordée qu'aux jeunes, en lien avec la possibilité de procréer.

Cette perspective a contribué à ancrer l'idée selon laquelle la sexualité est liée à la jeunesse, à la santé et à la productivité. Parallèlement à cette évolution, les premiers mouvements sociaux ont vu le jour, tels que les débuts du mouvement féministe, qui remettaient en cause ces attributions.

2.4 Le XIXe siècle : bourgeoisie, pathologisation et identité

Le XIXe siècle a apporté de profonds changements. La société bourgeoise a élevé la famille nucléaire au rang d'idéal moral, et la fidélité sexuelle au sein du mariage s'est imposée encore plus fermement comme la norme. Les rôles de genre étaient strictement séparés : l'homme avait sa place dans la



sphère publique et dans le monde du travail rémunéré, tandis que la femme était cantonnée au foyer, où sa tâche principale était la maternité (cf. Beck-Gernsheim 1980). Cependant, ce modèle n'était viable que pour les femmes de la classe moyenne. Les travailleuses devaient s'occuper du foyer et de leurs enfants tout en exerçant une activité rémunérée.

Parallèlement, la sexologie moderne a fait son apparition. Des termes tels que « homosexualité » ont été inventés – initialement en tant que diagnostic médical. C'était la première fois que le désir entre personnes du même sexe était considéré comme une identité stable, mais surtout comme une déviation ou une dégénérescence.

Cette nouvelle catégorisation a eu des conséquences ambivalentes : elle a permis et favorisé la visibilité et l'autodéfinition, mais a également conduit à une stigmatisation car elle était associée à une « maladie ».

Les personnes concernées, quant à elles, ont tenté d'échapper à cette stigmatisation par des tentatives de traitement infructueuses, qui leur étaient prescrites par certains psychiatres. Cependant, si l'homosexualité était reconnue comme une caractéristique in e et immuable d'une personne, cela offrait également la possibilité d'entreprendre une action politique contre la criminalisation des actes entre personnes du même sexe. Même selon l'avis juridique de l'époque, seules les personnes responsables de leurs actes pouvaient être punies. Karl-Heinrich Ulrichs fut le premier à tenter d'exiger l'abolition de la responsabilité pénale en invoquant cet argument lors du Congrès des juristes allemands de 1867. Il échoua toutefois. Cela est surprenant car les actes homosexuels étaient déjà exemptés de sanction dans certains États allemands avant la fondation de l'Empire allemand en 1871. Dans le nouveau code pénal du Reich allemand, cependant, l'article 143 du Code pénal prussien fut repris sous le numéro 175, ce qui faisait de la « fornication contre nature » entre hommes un délit punissable.

2.5 XXe siècle : ruptures, violence et libération

Le XXe siècle a été marqué par des contrastes extrêmes. En Allemagne, l'industrialisation, l'urbanisation et la Première Guerre mondiale ont entraîné la désintégration des modèles traditionnels. La guerre, en particulier, a contraint les femmes à prendre en charge les tâches des hommes partis au front. Après la fin de la guerre, de nombreuses femmes ne voulaient pas reprendre leur « ancien rôle ». Elles ont été aidées en cela par le fait qu'avec la fin de l'Empire allemand, les femmes ont également obtenu le droit de vote. À Berlin en particulier, une sous-culture gay et lesbienne très marquée s'est développée au sein d'une société plus libérale, ce qui était unique au monde. Le régime national-socialiste a mis fin à cette évolution dans la manière d'aborder l'homosexualité et a de nouveau renforcé des normes de genre et des modèles de rôle rigides. Afin de faciliter les poursuites contre les hommes homosexuels, l'article 175 fut durci en 1935 de telle sorte que même des regards suggestifs pouvaient donner lieu à des poursuites. Une distinction était faite entre les hommes qui avaient simplement été séduits et les homosexuels manifestes. Les actes entre personnes du même sexe n'étaient plus interprétés comme faisant partie de la personnalité, mais à nouveau comme un comportement répréhensible. Cependant, il ne s'agissait plus d'idées morales, mais de l'accusation selon laquelle les hommes homosexuels refuseraient de se reproduire. Les femmes, en revanche, étaient perçues comme des êtres purement « passifs », comme sous l'Empire allemand. En conséquence, l'article 175 ne leur a pas été étendu en 1935. Néanmoins, les femmes lesbiennes étaient persécutées lorsqu'elles s'affichaient ouvertement. Une mise en accusation pour atteinte aux bonnes mœurs devenait alors possible.



Figure 1. Image créée dans Canva (2026)

Si l'on considère les pays de l'UE concernés par notre projet, le **mouvement chypriote de défense des droits des homosexuels (AKOK)** a vu le jour un peu plus tard qu'en Allemagne. À l'initiative du célèbre militant Alecos Modinos, en collaboration avec seize hommes gays et une femme lesbienne, il a été officiellement fondé en décembre 1987. Sa création a eu lieu à une époque où les relations entre hommes étaient également punissables à Chypre et où l'homosexualité n'était pratiquement jamais abordée en public. En tant que premier groupe de défense organisé pour les personnes LGBT sur l'île, l'AKOK s'est principalement engagé en faveur de la dépénalisation de l'homosexualité masculine.

Dans les années 1980, le Portugal a rejoint un nombre croissant de pays européens qui redoublaient d'efforts pour reconnaître et protéger les droits sexuels. Bien que la dépénalisation n'ait pas immédiatement mis fin à la stigmatisation et à la discrimination existantes, elle a constitué une avancée structurelle fondamentale vers la reconnaissance des droits et de la dignité des personnes LGBTIQ+. Cette réforme a aligné le pays sur d'autres États européens qui avaient déjà dépénalisé l'homosexualité et a jeté les bases de nouvelles mesures en matière d'égalité juridique.

En France, l'égalité juridique totale a été achevée en août 1982 avec la dépénalisation des actes homosexuels. Ce changement législatif signifiait que les relations entre adultes consentants de même sexe n'étaient plus traitées différemment des relations hétérosexuelles au regard du droit pénal. Cela a renforcé un principe juridique important d'égalité. Dans le même temps, l'acceptation sociale restait limitée, et de nombreuses personnes LGBTIQ+ continuaient de faire face à des préjugés et à la discrimination dans leur vie quotidienne. Néanmoins, cette réforme a constitué une étape centrale vers la normalisation juridique et a servi de référence importante pour les évolutions ultérieures en matière d'égalité des genres en Europe.

En Roumanie, en 2001, dans le cadre du processus d'adhésion à l'UE, le gouvernement a mis fin aux poursuites pénales et à la discrimination juridique à l'encontre des personnes LGBTQ par le biais d'un décret d'urgence. Cette réforme était étroitement liée aux exigences de l'intégration européenne, mais allait au-delà d'une simple adaptation formelle. L'abrogation de cet article a constitué un tournant symbolique majeur, car elle a, pour la première fois, mis davantage l'accent sur le droit à la vie privée et à la dignité des citoyens homosexuels. Même si cette mesure s'inscrivait

initialement principalement dans le cadre des critères d'adhésion à l'UE, elle a marqué une avancée fondamentale vers l'égalité juridique.

Après la fin de la Seconde Guerre mondiale, les poursuites à l'encontre des hommes homosexuels en République fédérale d'Allemagne se sont d'abord poursuivies sans changement et les hommes condamnés en vertu de l'article 175 sous le régime national-socialiste sont restés en prison. En conséquence, la plupart des condamnations prononcées en vertu de l'article 175 remontent aux années 1950. Cela a été rendu possible, entre autres, par un arrêt de la Cour constitutionnelle fédérale (BVG) de 1957, qui n'a pas qualifié l'article 175 de loi national-socialiste. De plus, la Cour a estimé que la différence de traitement entre les hommes et les femmes prévue par l'article 175 ne violait pas le principe d'égalité inscrit dans la Loi fondamentale, au motif que la sexualité des hommes et celle des femmes seraient fondamentalement différentes.

La révolution sexuelle des années 1960 et 1970 a ensuite remis en question le mariage, l'hétéronormativité et les ordres de genre patriarcaux. Les mouvements féministes se sont battus pour les droits reproductifs, l'autodétermination sexuelle et l'égalité.

Les mouvements lesbiens, gays, puis trans* et inter* ont revendiqué une reconnaissance sociale. Le genre et la sexualité ont été de plus en plus considérés comme des constructions sociales, et non plus simplement comme des faits biologiques. Ces dernières années, le terme « queer » est devenu le terme générique désignant les personnes non « hétéronormatives », ce qui inclut donc également celles dont le désir sexuel ne se limite pas à un seul genre ou qui ne se sentent ni hommes ni femmes.

2.6 Aujourd'hui : pluralisation et conflits

L'Europe d'aujourd'hui se caractérise par une plus grande égalité et une diversité des modes de vie. Par exemple, **en 2016, le droit à l'adoption pour les couples mariés de même sexe** a été inscrit dans la loi au Portugal. Auparavant, la situation juridique était beaucoup plus restrictive : bien que les couples de même sexe – qu'ils soient mariés ou liés par un partenariat enregistré – puissent adopter dans certains cas, généralement seul l'un des partenaires pouvait assumer la parentalité légale. Cela créait souvent une inégalité juridique au sein de la famille, car l'un des parents n'était pas pleinement reconnu et les enfants ne bénéficiaient que d'une protection juridique limitée de la part de leurs deux figures parentales. La réforme de 2016 a éliminé ces différences et a permis à la fois l'adoption conjointe et ce qu'on appelle l'adoption des enfants du conjoint. Cet amendement a permis d'aligner davantage le droit portugais de la famille sur les normes internationales en matière de droits de l'homme, tout en tenant compte de la réalité vécue par de nombreuses familles LGBTIQ+.

Le droit à l'adoption conjointe pour les couples mariés de même sexe en **Allemagne a été instauré avec l'entrée en vigueur du « mariage pour tous » le 1er octobre 2017**. Depuis cette date, les couples de même sexe peuvent se marier et adopter des enfants ensemble, ce qui les place sur un pied d'égalité avec les couples mariés hétérosexuels.

En 2018, le président portugais de l'époque, Marcelo Rebelo de Sousa, a annoncé la loi sur l'autodétermination du genre. Celle-ci instaure le droit de changer son nom officiel et son genre à l'âge de 16 ans, moyennant un accompagnement adapté, réduisant ainsi les obstacles bureaucratiques et discriminatoires.

En mai 2020, Chypre a instauré une interdiction totale des « thérapies de conversion ». Cette mesure interdit toutes les pratiques psychologiques, médicales, religieuses ou autres visant à modifier ou à réprimer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne. Les infractions sont passibles d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à cinq ans ainsi que d'amendes.

Cette initiative législative a bénéficié d'un soutien important de la part de l'organisation Accept–LGBT Cyprus et s'inscrit dans la lignée des recommandations de l'Union européenne.

Cette réglementation s'inscrit dans la continuité d'évolutions antérieures telles que la dépénalisation des actes homosexuels et l'instauration du partenariat civil enregistré. En qualifiant ces pratiques de forme de violence domestique, la loi offre également aux personnes concernées des moyens juridiques de réclamer protection et justice par le biais de dispositifs de signalement et de procédures judiciaires. Malgré certaines réticences sociales persistantes, Chypre est ainsi considérée comme un pionnier dans la région en matière de protection juridique des personnes LGBTQ+.

En Allemagne, la loi sur la protection contre les traitements de conversion est entrée en vigueur le **24 juin 2020**, et la **France interdira**, à compter de janvier **2022**, les **thérapies de conversion** et les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne.

Les mariages entre personnes du même sexe, la reconnaissance juridique des personnes trans* en Allemagne depuis 2024 et les débats sur les genres non binaires témoignent d'un changement profond des normes sociales.

Dans le même temps, ces évolutions ne font pas l'unanimité et ne sont pas acceptées par tous ; les conceptions pluralistes du genre et de la sexualité sont remises en cause par des mouvements religieux, conservateurs et nationalistes. Il apparaît clairement que les normes ne sont jamais figées, mais qu'elles sont l'expression de luttes permanentes pour le pouvoir et l'interprétation.

3. Facteurs influençant les représentations de la vieillesse

3.1 Récits culturels sur le vieillissement et la « convenance »

Les récits culturels remplissent diverses fonctions : ils servent à transmettre des informations, à communiquer, à créer du lien social, à transmettre des connaissances ou simplement à divertir (cf. Matuszkiewicz 2017). Ces récits culturels, également appelés « narratifs », structurent les idées sociales. Ils véhiculent des attentes implicites et définissent ce qui est considéré comme « normal » ou « déviant ».

En ce qui concerne la vieillesse, il existe dans notre société occidentale des récits qui associent le vieillissement au retrait, au repos et à la diminution des besoins. Le désir de participer activement à des événements, en particulier ceux destinés aux jeunes générations, peut alors susciter de l'étonnement. Par exemple, une participante au groupe de discussion en Allemagne décrit comment elle perçoit une barrière sociale liée à l'âge et aux possibilités de participation, malgré l'assouplissement des images stéréotypées de la vieillesse :

« Ce que je constate, c'est que la soixantaine est un véritable mur. J'ai l'impression que si l'on souhaite participer à quelque chose, il ne faut pas avoir plus de 60 ans. J'entends cela de plus en plus souvent. »

Dans ces récits, la sexualité est souvent en contradiction avec les attentes liées à un vieillissement « convenable ». Les personnes âgées sont principalement représentées dans des rôles tels que ceux de grands-parents, de personnes dépendantes ou de sages conseillers, tandis que leur physicalité et leur sexualité sont mises en sourdine. Cela crée l'image d'une phase de vie asexuée.

Ces récits ont un impact à plusieurs niveaux : ils influencent l'image que les personnes âgées ont d'elles-mêmes, façonnent les attentes familiales et structurent les conditions-cadres institutionnelles.

La sexualité chez les personnes âgées n'est pas ouvertement rejetée, mais souvent tacitement exclue. Ce silence renforce l'insécurité et l'autocensure.

La construction de ce qui est « convenable » fonctionne ainsi comme un régulateur social. Elle ne détermine pas tant ce qui est interdit que ce dont on ne parle pas. En ce sens, les récits culturels constituent un lien central entre les normes issues de l'histoire et les pratiques actuelles – et donc une clé pour comprendre le tabou persistant qui entoure la sexualité chez les personnes âgées.

3.2 Représentations médiatiques de l'âge et de la sexualité : visibilité, stéréotypes et invisibilité

Les médias jouent un rôle central dans la transmission et la consolidation des normes sociales. Ils font office d'espaces de résonance culturelle dans lesquels les idées sociales sur le corps, le genre, la sexualité et l'âge sont reproduites, condensées, voire remises en question. En ce qui concerne la sexualité chez les personnes âgées, il existe un écart frappant entre la réalité quotidienne et la représentation médiatique.

Les personnes âgées apparaissent relativement rarement en tant que sujets sexuels, tant dans les médias traditionnels que dans les médias numériques. Lorsque la sexualité chez les personnes âgées est abordée, c'est souvent sous des formes de représentation spécifiques : comme une déviation humoristique, comme un problème médical ou psychologique, ou comme un événement moralement dérangeant. Ces représentations contribuent à la reproduction d'images stéréotypées dans lesquelles les désirs sexuels des personnes âgées sont soit ridiculisés, soit problématisés, soit complètement niés.

L'invisibilité est une caractéristique centrale des représentations médiatiques, ce qu'a également décrit et critiqué un participant au groupe de discussion originaire d'Allemagne :

« Cela vaut en particulier pour la sexualité : elle est pratiquement invisible. Bien que nous vivions dans une société imprégnée d'images et de signaux sexualisés, ceux-ci ne concernent presque jamais les personnes âgées. On parle toujours des jeunes – parce que les personnes âgées partent du principe qu'il ne se passe plus rien. »

L'absence généralisée de représentations réalistes et diversifiées de la sexualité chez les personnes âgées donne l'impression qu'il s'agit d'un phénomène marginal ou d'un sujet sans importance sociale. Cette invisibilité a un effet normatif : ce qui n'est pas montré ne semble pas être voulu. En conséquence, la sexualité est implicitement associée à la jeunesse, à l'attrait physique et aux performances physiques.

Dans le même temps, cependant, les médias contribuent également à la codification d'images corporelles normatives. Les corps vieillissants sont souvent présentés comme déficients, malades ou nécessitant des soins, ce qui signifie qu'ils restent exclus des discours dominants sur la sexualité. Cette logique de représentation influence non seulement les attitudes sociales, mais aussi les contextes professionnels, par exemple dans les soins infirmiers, l'accompagnement psychologique ou la formation des adultes, où les images médiatiques peuvent être reprises sans réflexion.

L'effet des stéréotypes médiatiques ne se limite pas aux perceptions individuelles. Ils façonnent les attentes familiales, les routines institutionnelles et les discours politiques. La sexualité chez les personnes âgées n'est pas explicitement interdite, mais elle est structurellement marginalisée. Les



médias contribuent ainsi de manière significative au maintien de normes sociales qui présentent le vieillissement et la sexualité comme contradictoires.

Un examen critique des représentations médiatiques constitue donc un élément central du travail éducatif de réflexion sur les normes. Il permet de déconstruire les images dominantes, de rendre visible l'invisibilité et d'ouvrir la voie à des récits alternatifs qui reconnaissent la sexualité chez les personnes âgées comme une partie naturelle de la vie humaine.

3.3 Tabous, silence et pratiques institutionnelles

La sexualité chez les personnes âgées est un **sujet doublement tabou** dans de nombreuses sociétés. Elle se heurte à des normes sociales qui associent généralement la sexualité à la jeunesse, à l'attrait physique et à la performance, d'une part, et à des idées liées à l'âge telles que la retraite, la sagesse ou la convenance morale, d'autre part. Il en résulte souvent un silence – tant au sein des familles que dans les contextes institutionnels. Ce silence ne conduit pas à la neutralité, mais à l'incertitude, au malaise et à la marginalisation structurelle.

Dans le contexte familial, le tabou s'exprime souvent par des signaux subtils : les désirs, les besoins d'intimité ou les expériences sexuelles des personnes âgées ne sont pas abordés ou sont tacitement dévalorisés. Les professionnels des soins infirmiers, du conseil ou du travail social perçoivent souvent cette spirale du silence comme un défi. Ils doivent trouver un équilibre entre la réserve professionnelle, la responsabilité éthique et le besoin des personnes concernées de voir la réalité de leur vie reconnue. Le manque d'éducation et de formation sur ce sujet accroît l'incertitude et les inhibitions.

Sur le plan institutionnel, les tabous sont renforcés par les structures et les règles. Les institutions telles que les maisons de retraite ou les centres de conseil ne disposent souvent pas de directives claires pour aborder la sexualité chez les personnes âgées. Il manque des espaces, des ressources ou des lignes directrices pour l'intégration de cette thématique dans les services éducatifs ou de soins. Cela peut entraîner une stagnation, une autocensure normative, voire des réactions inappropriées face aux besoins des personnes âgées.

L'analyse de ces schémas tabous montre que le silence n'est pas le fruit du hasard, mais qu'il est pérennisé par **des mécanismes sociaux, historiques et institutionnels**. Les modules d'éducation et de formation peuvent jouer ici un rôle clé : en réfléchissant à leurs propres attitudes, en déconstruisant les discours dominants et en discutant d'études de cas, les participants sont en mesure d'aborder consciemment les tabous. Ils apprennent à mettre des mots sur leurs incertitudes, à remettre en question de manière critique les attentes normatives et à développer des stratégies orientées vers l'action qui répondent aux besoins des personnes âgées.

Aborder les tabous n'est donc pas seulement une tâche théorique, mais revêt une pertinence pratique immédiate : cela permet aux formateurs d'adultes et aux professionnels de créer des espaces d'apprentissage et de travail dans lesquels la sexualité chez les personnes âgées peut être rendue visible, respectée et abordée de manière professionnelle.



Lignes directrices à l'intention des formateurs et des professionnels

Ci-après sont formulées quelques lignes directrices destinées à aider les professionnels et les participants à aborder le thème de l'âge et de la sexualité de manière réfléchie, sensible et professionnelle, tant lors de séminaires que au sein de leurs propres organisations.



Recommandations en matière de communication

Une approche respectueuse du sujet commence par le langage. La communication doit donc être valorisante et ouverte, c'est-à-dire

- L'attitude se caractérise par le postulat de base suivant : la sexualité chez les personnes âgées est possible.
- Les questions ouvertes, qui permettent un large éventail de réponses, sont privilégiées dans le dialogue. Celles-ci doivent être neutres sur le plan des valeurs.
- Il convient d'éviter les questions suggestives.
- Les pauses, les hésitations et le silence peuvent être autorisés et acceptés.
- La manière dont une personne se définit doit être respectée et ne doit pas être remise en question.

Principes clés :

1. Décrire plutôt qu'évaluer

- Distinguer les observations des interprétations.
- Éviter les étiquettes (par exemple « inapproprié ») ; rester au contraire précis et aussi neutre que possible → « *J'ai remarqué que...* ».

2. Utilisez des messages à la première personne

- Exprimez clairement vos propres perceptions, sentiments et besoins.
- Pas de généralisations ni de récriminations.
« *Je suis agacé(e) car j'aurais compris notre approche différemment* » au lieu de « *Tu ne fais pas comme ça* ».

3. Ouverture d'esprit face aux différents points de vue

- Acceptez qu'il n'y ait pas un seul point de vue valable.
- Demandez plutôt que de faire des insinuations. « *Comment as-tu vécu cette situation ?* »

4. Pas de normes implicites ni de « messages masculins »

- Évitez les affirmations telles que :
 - « C'est comme ça que ça doit être ».
 - « Tu devrais... ».
- À la place : exprimez vos propres valeurs sans les ériger en absolu.

5. Respectez l'autonomie

- Des propositions plutôt que des consignes : « *Serait-ce utile si nous cherchions une autre solution ?* ».

6. Reconnaissance des sentiments – sans jugement

- Acceptez les sentiments, même si vous ne les partagez pas.
« *Ça a l'air frustrant pour toi* » (et non : « *Il n'y a aucune raison à cela* »).

7. Utilisez un langage inclusif et précis

- Pas de généralisations sur des groupes ou des personnes.
- Faites preuve de sensibilité vis-à-vis des rapports de force et des rôles (par exemple, enseignant – élève, soignant – résident, dirigeant – employé).

8. Objectif : comprendre, et non corriger

- Considérer la communication comme un processus de clarification mutuel.
- Il ne s'agit pas de « corriger », mais de se concentrer sur la relation et la compréhension.

À faire et à ne pas faire

À faire	À ne pas faire
Réfléchir activement à ses propres a priori	Ignorer ou banaliser la sexualité chez les personnes âgées
Reconnaître la diversité des projets de vie	Faire de l'humour aux dépens des personnes âgées
Adopter consciemment un langage inclusif	Faire des déclarations normatives (« À cet âge-là, c'est... »)
Exprimer ouvertement ses incertitudes (« C'est un sujet sensible... »)	Aborder des sujets intimes sans consentement
Recourir à la formation continue	Généraliser les attributions culturelles ou religieuses

Risques et stratégies d'évitement

Un risque majeur susceptible d'entraver un travail éducatif réfléchi et inclusif réside dans la reproduction inconsciente de stéréotypes liés à l'âge et à la sexualité. Sans le vouloir, par exemple dans le cadre d'un travail éducatif, on peut présenter des représentations simplistes ou faire des remarques humoristiques qui, en fin de compte, font passer la sexualité chez les personnes âgées pour une déviation. Si l'on y ajoute des attitudes et des propos moralisateurs (« mais on ne devrait pas faire ça à cet âge-là »), l'autonomie et l'autodétermination des personnes âgées s'en trouvent restreintes, voire ignorées.

La médicalisation des besoins sexuels des personnes âgées pose également problème : la sexualité chez les personnes âgées est principalement considérée sous un angle médical et perçue comme un problème fonctionnel, tandis que les significations et les besoins subjectifs, les expériences relationnelles et les contextes sociaux sont ignorés.

Pour éviter ces risques, une réflexion continue de la part des professionnels est essentielle. L'examen conscient de ses propres normes, incertitudes et empreintes culturelles contribue à reconnaître les attributions non réfléchies. Les formats d'échanges entre collègues, les discussions de cas et l'utilisation de supports multiperspectifs qui rendent la diversité visible ont un effet favorable. La distinction entre les valeurs personnelles et le rôle professionnel permet d'agir avec sensibilité et respect, même dans des situations d'ambivalence normative. Ainsi, le travail pédagogique et pratique

peut contribuer à éviter la consolidation des stéréotypes et à promouvoir une approche ouverte et digne de la sexualité chez les personnes âgées.





Résumé et messages clés

L'histoire des normes sociales relatives au genre et à la sexualité en Europe est une histoire de contrôle et de libération, d'invisibilité et de visibilité. Elle montre clairement que ce qui nous semble « naturel » s'est toujours construit historiquement – et est donc susceptible de changer. L'évolution historique ne révèle donc pas une libéralisation linéaire, mais une ambivalence entre l'ouverture et la persistance d'exclusions normatives. Cette ambivalence façonne les récits culturels actuels sur le vieillissement et la sexualité.

Messages clés

- **Les normes actuelles ne sont ni évidentes en soi ni immuables, mais le résultat d'évolutions sociales.**
- **Les concepts sont donc susceptibles d'évoluer.**
Conseil pratique : remettez sans cesse en question vos propres a priori et normes.
- **Les récits culturels façonnent nos perceptions et nos actions :** les récits sur le « vieillissement approprié » ou la « sexualité naturelle » influencent nos attitudes.
Conseil pratique : dans le cadre d'un travail pédagogique, ces récits peuvent être mis en évidence, remis en question, et des perspectives alternatives peuvent être proposées.
- **Ambivalences dans la perception et le changement :** les progrès en matière de visibilité de la sexualité chez les personnes âgées coexistent avec des exclusions persistantes.
Conseil pratique : reconnaissez les contradictions et abordez-les de manière méthodique et réfléchie – par exemple lors de discussions, d'études de cas ou de travaux de groupe.
- **La réflexion professionnelle est essentielle :** les ambivalences et les tabous exigent des professionnels qu'ils mènent une réflexion active sur leurs propres valeurs, leurs incertitudes et leurs a priori.
Conseil pratique : recourir à la supervision, aux échanges entre collègues et à la formation continue pour adopter une attitude critique vis-à-vis des normes.



Outils pratiques

Grâce à une mise en œuvre méthodologique inclusive et adaptée du module, les participants doivent être en mesure d'atteindre des objectifs d'apprentissage à différents niveaux.

Objectifs d'apprentissage du module de formation

À l'issue du module, les participants devraient avoir atteint les objectifs suivants :

Objectifs théoriques

- Ils sont capables de replacer les normes sociales relatives aux rôles de genre, à la sexualité et à l'âge dans leur évolution historique.
- Ils connaissent les principaux récits historiques et actuels sur le vieillissement et la sexualité,
- Ils comprennent les mécanismes qui sous-tendent les liens entre les tabous sociaux et la sexualité.



Objectifs de réflexion

- Ils sont capables de mener une réflexion sur leurs propres attitudes et leurs propres insécurités.
- Ils connaissent leurs propres valeurs et savent distinguer les normes sociales de leurs jugements de valeur personnels.

Compétences opérationnelles

- Ils connaissent les critères d'une communication bienveillante et sans préjugés et savent les mettre en pratique.
- Ils savent remettre en question avec tact les attributions stéréotypées et s'adresser aux personnes de manière valorisante, au lieu de les éviter ou d'esquiver les conversations sur la sexualité.

Plan de cours – Module 4

Le plan de cours est un guide structuré pour la mise en œuvre du module dans le cadre d'un travail pédagogique. Il offre aux formateurs ou aux experts un cadre structuré pour une formation d'une durée d'environ 2 h 30. Il comprend une présentation PowerPoint ainsi qu'une liste de contrôle pour la préparation, et décrit les acquis d'apprentissage attendus ainsi que trois exercices (voir ci-dessous).

Plan de cours – Module 4 : [L'histoire des normes sociétales relatives au genre et à la sexualité en Europe](#)

Présentation du module 4

Exercice 1 – « Baromètre des opinions : la sexualité chez les personnes âgées »

Objectifs :

- Sensibilisation des participants au thème du séminaire.
- Réaliser un premier état des lieux de la situation actuelle et jeter les bases de la discussion.
- Favoriser l'ouverture d'esprit des participants lors des discussions en plénière.

Matériel :

Trois feuilles préparées ou cartes d'animation, chacune comportant une affirmation : 1. « Cela ne s'applique pas du tout à moi », 2. « C'est parfois le cas pour moi », 3. « Oui, je suis tout à fait d'accord avec cela ».

Exercice 2 – « Images de l'âge et de la sexualité »

Objectifs :

Les participants

- reconnaissent que leurs idées sont façonnées par des images sociales
- distinguent les associations personnelles de la visibilité sociale
- comprennent que les normes varient au fil de l'histoire
- réfléchissent à la manière dont l'invisibilité et les stéréotypes apparaissent
- élaborent des premières pistes pour remettre en question leurs propres images.

Ressources : supports de présentation, tableau à feuilles mobiles, tableau d'affichage.

Exercice 3 – Réflexion personnelle : la sexualité chez les personnes âgées – normes, valeurs et tabous

Objectifs :

- Une analyse approfondie de ses propres a priori
- Comprendre comment se forment les attitudes vis-à-vis des normes sociales
- Réflexion sur les normes sociales et remue-méninges pour éviter les stéréotypes

Ressources :

Fiches de travail préparées contenant les questions guides pour le travail individuel, puis la discussion en petits groupes et en plénière.

Références

Ariès, P. (1988). Histoire de la vie privée. Francfort-sur-le-Main : Fischer.

Beck-Gernsheim, E. (1980) : La vie coupée en deux : le monde des hommes, le travail ; le monde des femmes, la famille. Francfort-sur-le-Main

Berger, P. L., & Luckmann, T. (2016). La construction sociale de la réalité. Francfort-sur-le-Main.

Butler, J. (1991). Le malaise des sexes. Francfort-sur-le-Main.

Dimbath, O. (2025) : Norme sociale. Dans : <https://www.socialnet.de/lexikon/Soziale-Norm>

Fealy, G., McNamara, M., Treacy, M. P., & Lyons, I. (2012). Construire le vieillissement et les identités liées à l'âge : une étude de cas du discours dans la presse. *Ageing & Society*, 32(1), 85–102.

Feldmann, M., Wazinski, K., Wanka, A. (2025) : Perspectives intersectionnelles sur l'âge (et le vieillissement) et le genre dans le travail social

Foucault, M. (1999). La volonté de savoir. Sexualité et vérité 1.

Goffman, E. (1977). Stigma. Sur les techniques d'adaptation face à une identité brisée. Francfort-sur-le-Main

Honneth, A. (2010). Le « je » dans le « nous ». Berlin

Matuszkiewicz, K. (2017) : « Qui crée l'histoire ? Médias et récits personnels dans les jeux vidéo ». Dans : Maren Conrad, Theresa Schmidtke et Martin Stobbe (dir.) : Contextes numériques. Littérature et jeux vidéo dans la société contemporaine. Numéro spécial n° 2 de Textpraxis. Revue numérique de philologie (2.2017). URL : <http://www.uni-muenster.de/Textpraxis/kai-matuszkiewicz-wer-erzeugt-die-geschichte>, DOI : [http://](http://dx.doi.org/10.17879/61269492200)

dx.doi.org/10.17879/61269492200.

Plummer, K. (1995). Telling Sexual Stories. Londres : Routledge.

Somers, M. R. (1994). La constitution narrative de l'identité. *Theory and Society*, 23(5), 605–649.

Woodward, K. (2006). Aging and Its Discontents. Bloomington : Indiana University Press.

MODULE 5

La sexualité au troisième âge et les indicateurs de santé

Élaboré par :

Ioana Teacoe

Société roumaine Alzheimer



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Présentation

Ce module explore la sexualité chez les personnes âgées en tant qu'aspect multidimensionnel de la santé, du bien-être et de la dignité humaine. Au-delà des stéréotypes qui associent le vieillissement à une perte d'intimité ou de désir, le module présente le bien-être sexuel comme une composante à part entière d'un vieillissement en bonne santé, influencé par des facteurs biologiques, psychologiques, relationnels et sociaux. L'objectif est d'aider les éducateurs, les professionnels de santé et autres intervenants à comprendre comment l'expression sexuelle et les besoins intimes peuvent évoluer à un âge avancé tout en restant significatifs et pertinents pour la qualité de vie.

Le module commence par présenter les changements médicaux et physiologiques liés au vieillissement, tant chez les hommes que chez les femmes, en mettant l'accent sur la variabilité plutôt que sur le déclin comme caractéristique déterminante de la sexualité chez les personnes âgées. Il examine ensuite comment les maladies chroniques et les traitements médicamenteux peuvent influencer le fonctionnement sexuel à travers les symptômes physiques, les effets des traitements et le fardeau global sur la santé. Partant de ces bases, le module met en avant l'importance de la santé mentale, de l'image corporelle et du bien-être relationnel, en reconnaissant que la sécurité affective, la compagnie et la perception de soi façonnent souvent l'expérience sexuelle tout autant que les facteurs physiologiques.

D'autres sections abordent les risques liés à la santé sexuelle et les stratégies de protection, notamment la présence souvent sous-estimée d'infections sexuellement transmissibles chez les personnes âgées et l'importance de la prévention, de l'éducation et du dialogue clinique régulier. Le module se termine en mettant l'accent sur une communication éthique et centrée sur la personne dans les contextes de soins de santé, en proposant des conseils pratiques pour engager des conversations respectueuses sur la sexualité et répondre aux besoins exprimés. Ensemble, ces éléments constituent un cadre global qui intègre les connaissances, la conscience éthique et les compétences pratiques en communication afin de favoriser le bien-être sexuel chez les personnes âgées.

Ce module s'appuie également sur les enseignements tirés des groupes de discussion et des sessions de dialogue intergénérationnel organisés dans le cadre du projet, au cours desquels des personnes âgées ont partagé leurs réflexions personnelles sur l'intimité, la solitude, le lien affectif et la signification de la sexualité chez les personnes âgées. Ces discussions ont mis en évidence que la sexualité est souvent appréhendée par les personnes âgées non seulement en termes physiologiques, mais aussi comme une expérience plus large d'affection, de communication, de dignité et d'appartenance relationnelle. Les participants ont également souligné l'impact de la solitude, de l'isolement social et de l'évolution des conditions de vie sur le bien-être, renforçant ainsi l'importance d'aborder la sexualité dans un cadre global et centré sur la personne. L'intégration de ces expériences vécues aux connaissances médicales et psychosociales renforce la pertinence du module et garantit que les conseils professionnels restent ancrés dans les besoins réels et les témoignages des personnes âgées impliquées dans le projet.





Concepts clés et définitions

Changements médicaux et physiologiques

Le vieillissement s'accompagne de changements progressifs sur les plans endocrinien, vasculaire, neurologique et musculo-squelettique qui peuvent influencer le désir sexuel, l'excitation, le confort et la réponse sexuelle. Ces processus varient considérablement d'un individu à l'autre et n'empêchent pas inévitablement d'entretenir des relations intimes satisfaisantes ou épanouissantes.

Maladies chroniques et effets des médicaments

Les maladies chroniques courantes chez les personnes âgées — telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'arthrite ou le cancer — et leurs traitements peuvent affecter le fonctionnement sexuel par le biais de la fatigue, de la douleur, de troubles vasculaires ou neurologiques, de changements hormonaux ou d'effets secondaires des médicaments. Il est essentiel, pour des soins centrés sur la personne, d'identifier les facteurs modifiables, y compris les influences pharmacologiques.

Polypharmacie

La polypharmacie désigne la prise simultanée de plusieurs médicaments, fréquente chez les personnes âgées. Elle peut influencer le fonctionnement sexuel par le biais d'effets secondaires affectant la libido, l'excitation, la lubrification, la fonction érectile ou l'énergie et l'humeur en général.

Santé mentale, image corporelle et bien-être relationnel

Le bien-être émotionnel, la perception de soi et la qualité des relations influencent fortement l'expression sexuelle à un âge avancé. La dépression, l'anxiété, la solitude ou le deuil peuvent réduire le désir et l'intimité, tandis que la compagnie, la sécurité émotionnelle et une image corporelle positive peuvent favoriser le maintien d'une relation et la satisfaction.

Risques et protection en matière de santé sexuelle

Les personnes âgées restent exposées aux infections sexuellement transmissibles et à d'autres problèmes de santé sexuelle, en particulier lorsque la prévention, le dépistage et l'éducation sont limités. Les approches de protection comprennent le dialogue régulier, les pratiques sexuelles sans risque, l'accès à l'information et l'intégration de la santé sexuelle dans les soins de santé généraux.

de communication **centrée sur** la personne La communication centrée sur la personne reconnaît la sexualité comme un aspect légitime de la dignité, de l'autonomie et de l'identité tout au long de la vie. Elle implique un dialogue respectueux et inclusif, une prise de décision partagée, une attention portée aux besoins émotionnels et relationnels, ainsi qu'une adaptation aux contextes culturels et sociaux individuels.

Cycle de réponse sexuelle

Le cycle de la réponse sexuelle désigne la séquence de processus physiologiques et psychologiques associés à l'excitation et à la satisfaction sexuelles, généralement décrite comme le désir, l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution.





Comprendre le sujet

Changements médicaux et physiologiques liés à la sexualité chez les personnes âgées

À mesure que les personnes vieillissent, elles subissent des changements au niveau de leurs fonctions mentales, émotionnelles, physiques, biologiques et sociales. D'un point de vue biologique, les changements liés au vieillissement surviennent chez tout organisme multicellulaire ayant atteint la maturité reproductive ; ils affectent tous les membres d'une espèce et partagent une base moléculaire commune d' e (Hayflick, 2007). Cependant, le processus de vieillissement présente une variabilité individuelle considérable, en particulier entre les femmes et les hommes. Les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes, mais peuvent présenter une plus grande fragilité à un âge avancé, tandis que les hommes sont souvent confrontés à l'apparition plus précoce de facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques susceptibles d'influencer le fonctionnement sexuel. Ces distinctions soulignent l'importance d'adopter des approches personnalisées et tenant compte des spécificités de chaque sexe en matière de santé sexuelle chez les personnes âgées. Dans le contexte de la sexualité, les changements physiologiques liés à l'âge peuvent influencer l'expression sexuelle, mais ils n'empêchent pas la possibilité d'entretenir des relations intimes épanouissantes et satisfaisantes.

La compréhension de ces processus de vieillissement plus généraux constitue une base essentielle pour examiner les changements physiologiques spécifiques susceptibles d'influencer le fonctionnement sexuel à un âge avancé.

« Après 60–65 ans, les personnes ne perdent pas la joie de vivre ; c'est plutôt la manière dont elles accèdent aux joies de la vie qui change. »

(Participant à un groupe de discussion, Roumanie)

Chez les hommes, le processus de vieillissement s'accompagne de modifications progressives des systèmes endocrinien, vasculaire et neurologique qui déterminent la réponse sexuelle. Les taux de testostérone circulante diminuent généralement de manière progressive avec l'âge, et ce changement hormonal peut contribuer à une baisse du désir sexuel chez certaines personnes. Il est important de noter que les changements du désir sexuel ne sont pas uniformes, et que de nombreux hommes âgés ne connaissent pas de baisse prévisible de leur libido malgré les changements hormonaux liés à l'âge. Les modifications vasculaires, notamment la diminution de la complaisance artérielle et de la fonction endothéliale, peuvent ralentir l'apparition de l'érection et réduire sa rigidité, ce qui nécessite souvent une stimulation physique plus importante pour l'excitation. Bien que le nombre de spermatozoïdes ne varie souvent que très peu avec l'âge, la proportion de spermatozoïdes fonctionnellement viables et les chances de conception peuvent diminuer. Les altérations neurologiques peuvent atténuer le retour sensoriel, et la période réfractaire post-orgasme s'allonge généralement, ce qui peut



modifier le schéma de la réponse sexuelle. De plus, le sentiment d'urgence généralement associé à la phase de plateau peut s'atténuer avec l'âge (Meston, 1997 ; Steffens & Zdanys, 2022).

Chez la femme, la ménopause représente le changement physiologique le plus important affectant le fonctionnement sexuel. La baisse des œstrogènes et d'autres stéroïdes sexuels contribue à des modifications des tissus génitaux, notamment un amincissement et une élasticité réduite de l'épithélium vaginal, ainsi qu'une diminution de la lubrification naturelle. Ces changements peuvent entraîner une sécheresse vaginale, une gêne ou une dyspareunie lors des rapports sexuels. Le vieillissement peut également s'accompagner d'un raccourcissement et d'un rétrécissement du canal vaginal, ainsi que d'une diminution de l'irrigation sanguine de la région pelvienne. Le vieillissement modifie également le flux sanguin génital et les réponses d'excitation, qui peuvent être plus lentes ou moins intenses, et le nombre ou l'intensité des contractions musculaires pendant l'orgasme peuvent diminuer (Meston, 1997 ; Steffens & Zdanys, 2022).

Les recherches sur la physiologie sexuelle et le bien-être sexuel chez les adultes transgenres et de genre divers (TGD) âgés restent limitées, et une grande partie des recommandations cliniques existantes repose encore sur des études menées auprès de cohortes plus jeunes. Par conséquent, l'interaction à long terme entre les processus de vieillissement et les interventions médicales d'affirmation de genre n'est pas encore pleinement comprise (Institute of Medicine, 2011 ; Iwamoto et al., 2023). Les données disponibles indiquent une variabilité individuelle importante en matière de fonctionnement sexuel tout au long de la vie. Des facteurs tels que le traitement hormonal de confirmation de genre à long terme, les antécédents chirurgicaux et les effets physiologiques du vieillissement peuvent interagir de manière complexe pour influencer le désir sexuel, l'excitation, le confort lors des rapports intimes et le bien-être sexuel global (Ceolin et al., 2024).

Par exemple, des études indiquent qu'environ 25 à 75 % des personnes transféminines peuvent présenter une forme de dysfonctionnement sexuel après une vaginoplastie, tandis qu'environ 54 % des personnes transmasculines font état de préoccupations liées au fonctionnement sexuel à la suite d'interventions telles qu'une hystérectomie ou une phalloplastie. Des symptômes liés au plancher pelvien ont également été décrits, notamment l'incontinence urinaire (signalée chez jusqu'à 15 % des personnes transféminines et jusqu'à 50 % des personnes transmasculines dans certaines études), ainsi que des symptômes urinaires irritatifs et une gêne pouvant affecter l'activité sexuelle (Dominoni et al., 2024). Cependant, la littérature disponible reste limitée et hétérogène, de nombreuses études s'appuyant sur de petits échantillons et des périodes de suivi relativement courtes. Par conséquent, les résultats à long terme ne sont pas encore pleinement compris.

En ce qui concerne le traitement hormonal d'affirmation de genre, l'apparition et l'intensité des effets sur la fonction sexuelle varient considérablement d'un individu à l'autre, et les données disponibles restent limitées pour de nombreux résultats à long terme. Par exemple, l'œstrogène associé à un traitement antiandrogénique chez les personnes transféminines est couramment associé à une baisse de la libido, à une diminution des érections spontanées et à une atrophie testiculaire progressive, des changements pouvant survenir dès les premiers mois de traitement. À l'inverse, le traitement à la testostérone chez les personnes transmasculines entraîne souvent une augmentation du désir sexuel, un grossissement du clitoris et l'arrêt des règles, tandis que l'atrophie vaginale peut parfois contribuer à une gêne lors des rapports sexuels (Hembree et al., 2017).

Au-delà des processus physiologiques et des changements endocriniens spécifiques au sexe, le bien-être sexuel à un âge avancé est également influencé par les maladies chroniques, la prise de médicaments et l'état de santé général, qui sont abordés dans la section suivante.

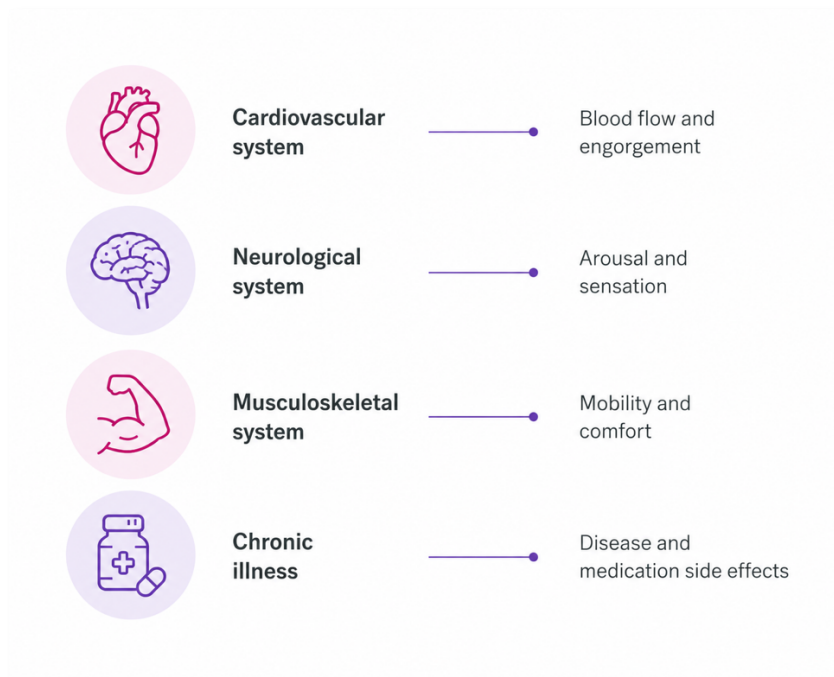


Figure 1. Infographie générée par IA

Maladies chroniques, médicaments et fonctionnement sexuel

Les données issues d'une revue narrative indiquent que les maladies chroniques peuvent influencer le fonctionnement sexuel chez les personnes âgées par le biais de mécanismes physiologiques distincts et du fardeau des symptômes (Merghati-Khoei et al., 2016).

- Les maladies cardiovasculaires peuvent altérer la circulation sanguine au niveau des organes génitaux et réduire l'excitation ou la capacité érectile.
- Le diabète est souvent associé à une neuropathie, à des lésions vasculaires et à des changements hormonaux pouvant affecter le désir, l'érection ou la lubrification.
- Les troubles respiratoires chroniques peuvent limiter l'endurance physique et accroître la fatigue pendant les rapports intimes.
- Les maladies musculo-squelettiques telles que l'arthrite peuvent provoquer des douleurs, une raideur et une mobilité réduite qui empêchent d'adopter des positions sexuelles confortables.
- Le cancer et ses traitements peuvent également altérer l'image corporelle, l'équilibre hormonal et les niveaux d'énergie, contribuant ainsi à des changements dans l'intérêt ou la réactivité sexuels.

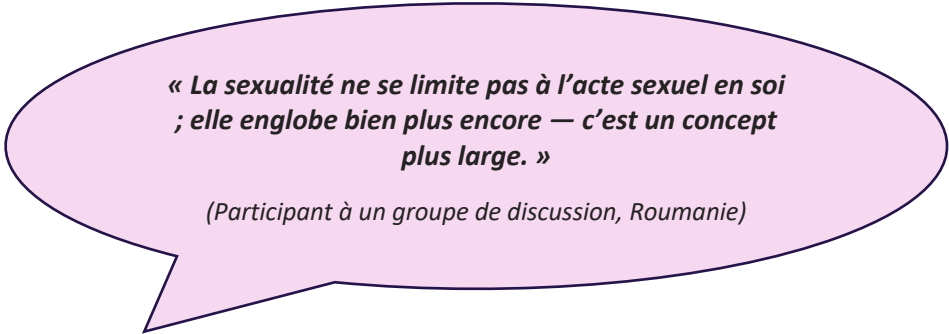
Ensemble, ces exemples illustrent comment l'impact fonctionnel des maladies chroniques sur la sexualité reflète souvent l'interaction entre les mécanismes pathologiques, les effets des traitements et l'état physique général de la personne à un âge avancé.

La prise de médicaments constitue un facteur supplémentaire, et souvent sous-estimé, de dysfonctionnement sexuel chez les personnes âgées. De nombreux traitements pharmacologiques prescrits pour des affections chroniques — tels que les antihypertenseurs, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les sédatifs et certaines thérapies hormonales — peuvent influencer la libido, l'excitation, la lubrification, la fonction érectile ou la réponse orgasmique.

Dans la pratique clinique, les changements sexuels sont parfois attribués uniquement au vieillissement ou à la progression de la maladie, alors qu'ils peuvent en réalité être liés à des effets médicamenteux modifiables. Un bilan médicamenteux minutieux et une discussion ouverte avec les professionnels de santé peuvent donc jouer un rôle important dans l'identification des facteurs réversibles contribuant aux difficultés sexuelles. Ces considérations soulignent l'importance de prendre systématiquement en compte la santé sexuelle dans la prise en charge des maladies chroniques et les soins aux personnes âgées.

Santé mentale et bien-être relationnel

Le bien-être sexuel chez les personnes âgées est étroitement lié à la santé mentale, au vécu émotionnel et à la qualité des relations interpersonnelles. Les recherches en santé mentale gériatrique indiquent que la dépression, l'anxiété, la solitude et les expériences de perte ou de deuil sont associées à une baisse du désir sexuel, à une diminution de la motivation à l'intimité et à un retrait de la proximité relationnelle chez les personnes âgées (DeLamater, 2012). À l'inverse, la sécurité émotionnelle, la compagnie et le sentiment d'appartenance peuvent favoriser le maintien d'un intérêt pour l'affection et la relation intime, même en présence de changements liés à la santé physique.



« La sexualité ne se limite pas à l'acte sexuel en soi ; elle englobe bien plus encore — c'est un concept plus large. »

(Participant à un groupe de discussion, Roumanie)

Le vieillissement s'accompagne également de transformations de l'image corporelle qui peuvent influencer la manière dont les personnes âgées perçoivent leur attractivité, leur désirabilité et leur droit à l'intimité. Les changements corporels visibles, les limitations liées à la maladie et les croyances âgistes intériorisées peuvent amener certaines personnes à considérer la sexualité comme inappropriée ou inaccessible à un âge avancé. Des données suggèrent que ces perceptions de soi peuvent façonner l'expression sexuelle aussi fortement que les changements physiologiques eux-mêmes, ce qui souligne l'importance de prendre en compte le bien-être émotionnel et l'image de soi au même titre que la santé physique (DeLamater & Koepsel, 2015).

Les contextes relationnels jouent un rôle central dans la construction de l'expérience sexuelle chez les personnes âgées. Les relations de couple de longue durée peuvent évoluer à mesure que les rôles changent en raison de la prise en charge d'un proche, d'une maladie ou de l'évolution des capacités fonctionnelles, tandis que les personnes sans partenaire peuvent souffrir de solitude ou voir leurs possibilités d'intimité réduites. L'intimité à un âge avancé est donc souvent redéfinie pour inclure l'affection, le contact physique, la proximité émotionnelle et la compagnie plutôt que les seuls rapports sexuels, les relations de soutien agissant comme des facteurs protecteurs tant pour la santé mentale que pour le bien-être général chez les personnes âgées (Fileborn et al., 2017).



« À un certain stade de la vie, la solitude peut devenir un facteur de décompensation psychologique. »

(Participant à un groupe de discussion, Roumanie)

Outre les facteurs psychologiques et relationnels individuels, des contextes sociaux plus larges peuvent également influencer le bien-être sexuel chez les personnes âgées. Des déterminants psychosociaux tels que le stress lié à l'appartenance à une minorité, les expériences de discrimination, l'accès à des communautés solidaires et la reconnaissance des relations peuvent façonner les résultats en matière de santé sexuelle chez les personnes âgées, en particulier celles appartenant à des minorités sexuelles ou de genre. Ces expériences peuvent affecter à la fois les possibilités d'intimité et la volonté de rechercher un soutien pour des préoccupations liées à la santé sexuelle (Iwamoto et al., 2023).

Dans leur ensemble, la santé mentale, l'image corporelle et le bien-être relationnel constituent des dimensions essentielles de la sexualité chez les personnes âgées. Favoriser le bien-être sexuel nécessite donc de prêter attention non seulement aux fonctions physiologiques, mais aussi à la résilience émotionnelle, à la perception de soi et aux environnements relationnels dans lesquels les personnes âgées vivent et tissent des liens.

Risques pour la santé sexuelle et protection chez les personnes âgées

Si l'activité et l'intérêt sexuels se poursuivent souvent jusqu'à un âge avancé chez de nombreuses personnes âgées, il existe des risques spécifiques pour la santé sexuelle qui méritent une attention particulière dans les contextes cliniques et éducatifs. L'une des principales préoccupations est le fardeau sous-estimé des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les personnes âgées. Les données épidémiologiques montrent que les IST telles que la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis ont augmenté chez les adultes âgés de 50 ans et plus ces dernières années, en partie parce que ce groupe d'âge est souvent exclu des programmes conventionnels d'éducation à la santé sexuelle, de dépistage et de prévention. Les personnes âgées peuvent également sous-estimer leur risque d'infection et utiliser les moyens de protection de manière moins systématique, ayant atteint l'âge adulte avant la généralisation de l'éducation sur le VIH et de la promotion du préservatif (Kumar, 2025).

Les changements physiologiques liés au vieillissement — notamment l'amincissement des muqueuses, la diminution de la lubrification génitale et l'altération des réponses immunitaires — peuvent accroître la vulnérabilité aux infections et aux complications en cas d'exposition (Kumar, 2025). De plus, les maladies chroniques dont la prévalence augmente avec l'âge, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, peuvent altérer la cicatrisation des tissus et la fonction immunitaire, exacerbant parfois les conséquences d'une infection ou d'une blessure. Ces facteurs soulignent l'importance d'une évaluation systématique de la santé sexuelle, de conseils en matière de réduction des risques et d'un dépistage des IST adapté à l'âge chez les personnes âgées.

Il est important de noter qu'il existe des stratégies de protection susceptibles d'améliorer la santé et la sécurité sexuelles à un âge avancé. Les cadres de promotion de la santé soulignent la nécessité d'une éducation complète en matière de santé sexuelle incluant les personnes âgées, de discussions régulières entre les professionnels de santé et les patients au sujet de l'activité sexuelle et des préoccupations qui y sont liées, ainsi que de la promotion de pratiques sexuelles plus sûres, telles que l'utilisation du préservatif pour la prévention des IST (Stowell et al., 2023 ; Penhollow et al., 2024). Les

professionnels de santé peuvent également jouer un rôle clé en normalisant ces conversations, en proposant des informations adaptées sur la réduction des risques et en facilitant l'accès au dépistage, aux vaccins et aux traitements, le cas échéant.

Dans l'ensemble, la compréhension et la prise en charge des risques liés à la santé sexuelle chez les personnes âgées — notamment la vulnérabilité aux IST, les problèmes de réponse et les influences psychosociales — favorisent une approche holistique et centrée sur la personne en matière de bien-être sexuel. L'intégration de la promotion de la santé sexuelle dans les soins de routine contribue à préserver la dignité, l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées.

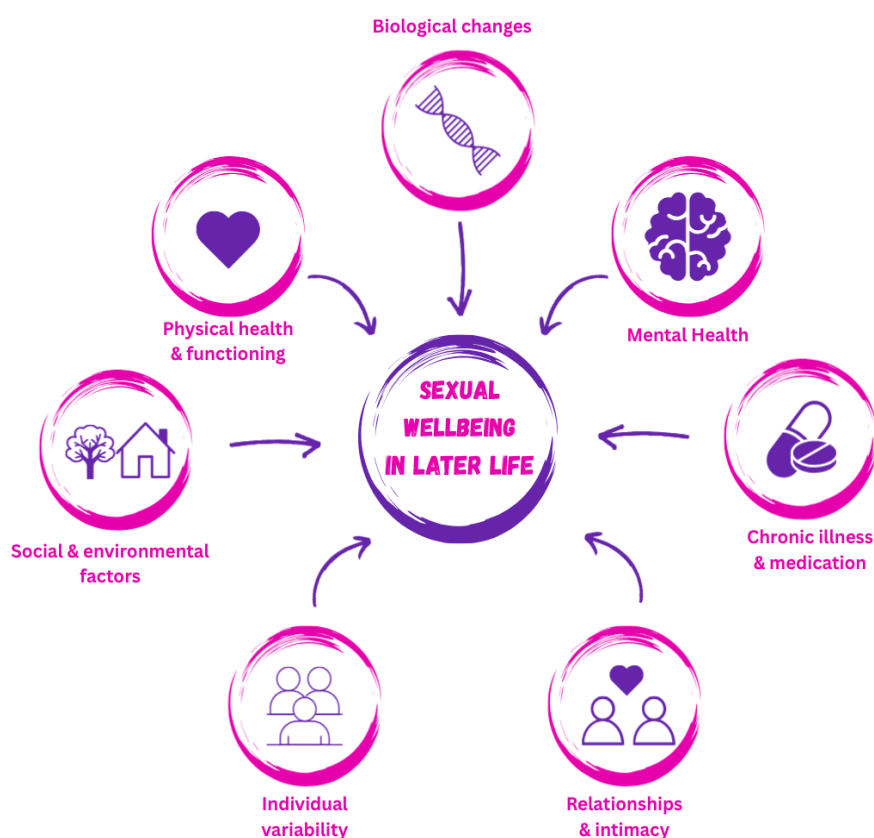


Figure 2. Image créée dans Canva (2026)

Communication dans les établissements de santé et approche centrée sur la personne

Une communication ouverte, respectueuse et centrée sur la personne est essentielle pour favoriser le bien-être sexuel chez les personnes âgées. Malgré l'importance reconnue de la sexualité pour la qualité de vie, les discussions sur l'intimité et les préoccupations d'ordre sexuel sont souvent absentes des consultations de routine avec les personnes âgées. Les recherches indiquent que tant les professionnels de santé que les patients peuvent éviter ces conversations en raison d'un sentiment de malaise, d'idées reçues sur l'asexualité liée au vieillissement, de contraintes de temps ou d'incertitudes quant aux limites de la relation professionnelle, ce qui se traduit par des besoins non satisfaits et une détresse sous-estimée (Fileborn et al., 2017 ; Gott & Hinchliff, 2003).

Le Rapport mondial sur le vieillissement et la santé de l'Organisation mondiale de la santé souligne la nécessité pour les systèmes de santé et d'aide sociale d'adopter des approches centrées sur la personne, respectant les valeurs, les préférences, les capacités fonctionnelles et les contextes de vie des personnes âgées (Organisation mondiale de la santé, 2015). Bien que ces principes soient formulés en référence à la santé et au bien-être en général plutôt qu'à la sexualité en particulier, la santé sexuelle constitue une dimension à part entière de la qualité de vie et relève donc du champ d'application de soins holistiques et centrés sur la personne. Dans cette perspective, aborder la sexualité chez les personnes âgées n'est pas un aspect facultatif ou marginal de la pratique, mais fait partie intégrante du soutien à la dignité, à l'autonomie et à une participation significative à la vie quotidienne. Dans ce contexte, les soins centrés sur la personne impliquent de reconnaître l'individualité de chaque personne âgée, de s'engager dans une prise de décision partagée, de répondre aux besoins émotionnels et relationnels ainsi qu'aux besoins physiques, et d'adapter la communication et le soutien au contexte culturel, aux préférences et au parcours de vie de la personne. Une telle approche permet aux professionnels de santé et aux travailleurs sociaux d'intégrer le bien-être sexuel dans une prise en charge globale, de manière respectueuse, éthique et inclusive.

La communication sur la sexualité chez les personnes âgées doit également tenir compte de la diversité des expériences vécues par ces dernières, y compris les différences liées au genre, à l'orientation sexuelle, à la situation relationnelle, au handicap, aux changements cognitifs et au cadre de vie. Il a été démontré que les pratiques de communication inclusives — telles qu'éviter les présupposés hétéronormatifs, poser des questions ouvertes et valider les expériences émotionnelles — améliorent la confiance, l'engagement et la satisfaction globale vis-à-vis des soins (Hinchliff & Gott, 2011 ; Fileborn et al., 2017).

Principes pour engager des conversations sur la sexualité dans le cadre des soins de santé (d'après Dukes, 2025)

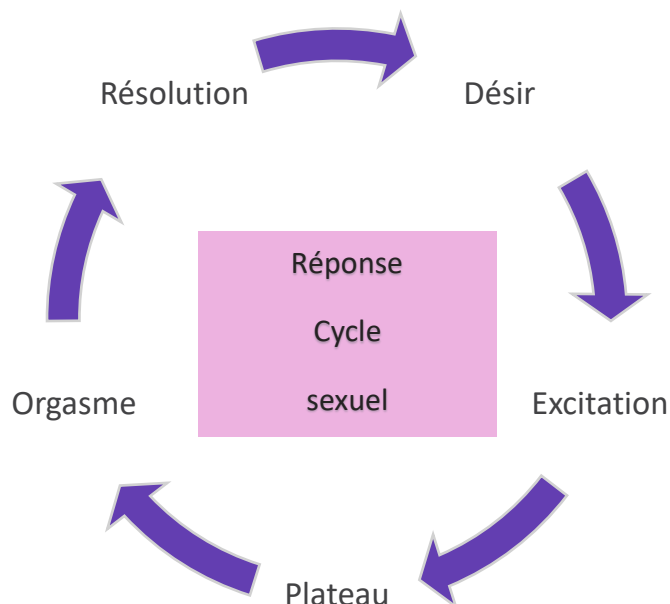
Principe	Signification pratique dans une conversation clinique	Exemples de questions ou d'expressions
Normaliser le sujet	Présenter la santé sexuelle comme un aspect courant et légitime du bien-être général, afin de contribuer à réduire la stigmatisation ou la gêne.	« Je pose des questions sur la santé sexuelle à tous mes patients, car c'est un aspect important du bien-être général. »
Veiller au confort et au consentement	Créez un espace sûr et sans jugement, et donnez explicitement au patient la possibilité de refuser de répondre à certaines questions ou de passer certaines questions.	« Cette conversation est confidentielle et sans jugement. Vous pouvez sauter n'importe quelle question ou vous arrêter à tout moment. »
Utilisez un langage ouvert et inclusif	Évitez les suppositions concernant l'orientation sexuelle, les partenaires ou l'identité, et encouragez le partage en utilisant une formulation neutre et ouverte.	« Y a-t-il quelque chose concernant votre sexualité ou vos relations intimes dont vous aimeriez parler ? »
Commencez par une approche globale	Abordez la sexualité dans le contexte plus large de la santé et de la qualité de vie avant de poser des questions spécifiques.	« Parfois, des changements de santé ou la prise de médicaments peuvent avoir une incidence sur l'intimité ou le bien-être sexuel. Cela vous a-t-il concerné ? »

Reconnaissez que la sexualité fait partie intégrante de l'identité	Reconnaissez que la sexualité est une dimension significative et légitime de la vie d'une personne, quel que soit son âge.	« La sexualité et l'intimité restent des aspects importants de la vie pour de nombreuses personnes à mesure qu'elles vieillissent. »
Posez des questions directes, mais avec tact	Une fois le climat de confiance établi, aborde des préoccupations spécifiques telles que le désir, le plaisir, la douleur ou les changements relationnels.	« Avez-vous remarqué des changements au niveau du désir, du confort ou du plaisir pour lesquels vous aimeriez bénéficier d'un accompagnement ? »

Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels

Utiliser le cycle de réponse sexuelle comme cadre de conversation

Pour de nombreux professionnels, entamer des conversations sur la sexualité avec des personnes âgées peut sembler gênant ou intrusif. Cependant, éviter le sujet peut empêcher de reconnaître et de répondre à des besoins importants. Une manière utile d'aborder le bien-être sexuel de manière respectueuse et structurée consiste à utiliser le cycle de réponse sexuelle comme guide conceptuel pour le dialogue, plutôt que comme un modèle clinique rigide. Présentée avec tact, cette perspective peut favoriser une évaluation holistique tout en préservant la dignité, l'intimité et la sécurité émotionnelle. Les professionnels peuvent garder à l'esprit les étapes du cycle de réponse sexuelle comme guide pratique lorsqu'ils abordent le bien-être sexuel, en examinant chaque étape tour à tour ainsi que les facteurs susceptibles de l'influencer, afin d'éviter de passer à côté d'informations importantes concernant l'expérience de la personne.



À un âge avancé, les phases traditionnellement décrites dans le cycle de la réponse sexuelle — telles que le désir, l'excitation, la satisfaction et la résolution émotionnelle — peuvent évoluer en termes d'intensité, de durée ou de signification, mais elles ne disparaissent pas pour autant. Les difficultés

rencontrées dans l'un ou l'autre de ces domaines peuvent refléter des problèmes de santé physique sous-jacents, les effets de médicaments, une détresse psychologique, des difficultés relationnelles ou un isolement social. Explorer ces dimensions à travers des questions douces et ouvertes permet aux professionnels de comprendre l'expérience de la personne sans présumer d'un dysfonctionnement ni imposer d'attentes normatives.

Les professionnels peuvent commencer par se concentrer sur l'intérêt et la proximité émotionnelle, par exemple en demandant si la personne ressent toujours un désir d'intimité, d'affection ou de compagnie. Les questions peuvent ensuite porter sur le confort physique et les changements corporels, notamment pour savoir si la douleur, la fatigue, la sécheresse ou les troubles de l'érection influencent les expériences intimes. Une discussion sur la satisfaction et la signification émotionnelle peut suivre, afin d'explorer si la personne se sent épanouie, connectée ou comprise au sein de ses relations. Enfin, une réflexion sur ce que représente l'intimité à cette étape de la vie peut révéler des valeurs importantes liées à l'identité, à la dignité et à la qualité de vie.

Pour faciliter la compréhension pratique, le tableau ci-dessous présente comment les différentes phases du cycle de réponse sexuelle peuvent être influencées par des facteurs médicaux, psychologiques et relationnels courants chez les personnes âgées.

Phase de la réponse sexuelle	Principaux facteurs d'influence chez les personnes âgées	Exemples de questions
Désire	Baisse hormonale (œstrogènes, testostérone), dépression ou solitude, qualité de la relation, maladie chronique ou fatigue, croyances âgistes intériorisées concernant la sexualité.	« Quelle importance revêtent pour vous, actuellement, l'intimité physique ou les marques d'affection dans votre vie ? » « Avez-vous remarqué des changements dans votre intérêt pour l'activité sexuelle ou la proximité au fil du temps ? » « Le stress, la fatigue ou certains problèmes de santé peuvent parfois affecter le désir sexuel. Avez-vous été concerné(e) par ce genre de situation ? » « Avez-vous l'impression que la proximité émotionnelle avec votre partenaire influence votre intérêt pour l'intimité ? »
Excitation	Problèmes vasculaires ou neurologiques, sécheresse vaginale ou troubles de l'érection, effets des médicaments, douleurs ou mobilité	« Certaines femmes souffrent de sécheresse vaginale ou d'inconfort pendant les rapports intimes après la



	réduite, anxiété ou préoccupations liées à l'image corporelle.	ménopause. Avez-vous remarqué ce phénomène ou souhaiteriez-vous obtenir des informations à ce sujet ? » « Certaines personnes constatent que les érections mettent plus de temps à se produire ou sont moins fermes qu'auparavant. Si c'est votre cas, nous pouvons discuter des causes possibles et des solutions. » « Avez-vous remarqué des changements au niveau de la lubrification, de l' 'érection ou du confort physique pendant les rapports intimes ? » « Si les rapports intimes sont devenus inconfortables, nous pouvons discuter des moyens de réduire la douleur et d'améliorer votre confort. »
Plateau	Baisse de l'endurance physique, limitations cardiovasculaires, fatigue ou comorbidités, tensions relationnelles et manque d'intimité dans les environnements de soins.	« Avez-vous parfois du mal à maintenir votre excitation pendant les rapports intimes ? » « Certaines personnes remarquent qu'elles ont besoin de plus de temps ou de stimulation pour rester à l'aise pendant les rapports intimes. Est-ce que cela vous est déjà arrivé ? » « La fatigue, des problèmes de santé ou des facteurs environnementaux affectent-ils votre capacité à profiter de vos moments d'intimité ? » « Y a-t-il des situations où le manque d'intimité ou les conditions de vie rendent les moments d'intimité plus difficiles ? »



Orgasme	Diabète, troubles neurologiques ou de la prostate, changements hormonaux, effets secondaires de médicaments, inhibition psychologique ou lien affectif affaibli.	« Avez-vous remarqué des changements dans la facilité avec laquelle vous atteignez l'orgasme ou dans l'intensité du plaisir sexuel ? » « Certaines pathologies ou certains médicaments peuvent avoir une incidence sur l'orgasme. Souhaiteriez-vous discuter pour savoir si cela pourrait être votre cas ? » « Êtes-vous satisfait(e) du niveau de plaisir que vous ressentez lors de vos rapports intimes ? » « Rencontrez-vous des difficultés lors de vos rapports sexuels pour lesquelles vous aimeriez bénéficier d'un accompagnement ? »
Résolution	Bien-être émotionnel, vie de couple ou deuil, changements cognitifs affectant l'intimité, et possibilités de contacts affectueux et respectueux de la dignité au quotidien.	« Après des moments d'intimité, vous sentez-vous généralement détendu(e) et émotionnellement satisfait(e) ? » « La perte d'un partenaire ou des changements dans votre vie de couple ont-ils affecté votre expérience de l'intimité ? » « Avez-vous l'occasion d'avoir des contacts affectueux, comme des câlins ou des moments de proximité ? » « Votre environnement actuel favorise-t-il ou limite-t-il l'intimité d'une manière ou d'une autre ? »

Quand envisager une orientation vers un médecin ou un spécialiste

Il convient d'envisager l'orientation vers un professionnel de santé ou de la santé mentale lorsque les problèmes sexuels sont persistants, source de détresse, douloureux ou associés à des changements significatifs de la santé physique, cognitive ou émotionnelle. Cela peut inclure des effets secondaires présumés de médicaments, une dépression ou une anxiété non traitée, des douleurs chroniques, des troubles hormonaux ou urogénitaux, des troubles de l'érection ou l'apparition de troubles cognitifs affectant le consentement ou le comportement. Une orientation en temps opportun favorise une évaluation complète, un traitement adapté et la protection du bien-être, de l'autonomie et de la sécurité chez les personnes âgées.

Problèmes courants liés à la santé sexuelle exprimés par les personnes âgées

Préoccupations typiquement exprimées	Réponse professionnelle possible
« Je n'éprouve plus le même désir qu'avant. Est-ce normal ? »	Reconnaître que les changements dans le désir sexuel sont courants chez les personnes âgées. Explorer les facteurs pouvant y contribuer, tels que l'humeur, la fatigue, la prise de médicaments ou la dynamique du couple. Si la situation est source de détresse ou persistante, suggérer d'en discuter avec un professionnel de santé qui pourra évaluer les causes hormonales, psychologiques ou médicales.
« Mon partenaire et moi n'avons plus de rapports sexuels. »	Expliquez qu'il est normal que l'intimité évolue avec l'âge et qu'elle peut prendre d'autres formes que les rapports sexuels. Encouragez une communication ouverte entre les partenaires et cherchez à déterminer si ce changement reflète une préférence, un souci de confort ou d'éventuels problèmes de santé.
Peur d'être jugé(e) pour son désir d'intimité dans un établissement de soins	Rassurez la personne en lui expliquant que l'intimité et l'affection restent des aspects légitimes du bien-être à un âge avancé. Discutez des droits à la vie privée et à la dignité dans les établissements de soins et explorez les aménagements pratiques possibles qui favorisent les relations personnelles.
Sécheresse vaginale ou douleurs pendant les rapports sexuels	Expliquez que la sécheresse vaginale après la ménopause est courante. Encouragez la personne à consulter un gynécologue ou un médecin généraliste qui pourra évaluer les causes possibles et discuter des traitements appropriés, tels que les lubrifiants, les crèmes hydratantes ou les traitements hormonaux.
Problèmes d'érection	Reconnaissez que les changements au niveau de l'érection sont fréquents avec l'âge, mais qu'ils peuvent également être liés à la santé cardiovasculaire, au diabète ou aux effets des

	médicaments. Encouragez la personne à consulter un médecin ou un urologue pour un bilan et une prise en charge adaptés.
Préoccupations liées à l'image corporelle et au vieillissement	Validez les réactions émotionnelles face aux changements corporels et discutez de la manière dont l'intimité et l'attraction peuvent évoluer à un âge avancé. Si ces préoccupations affectent de manière significative le bien-être ou les relations, suggérez d'en parler avec un professionnel de la santé mentale ou un psychologue.
Honte ou gêne liée à la masturbation	Considérez l'auto-stimulation comme une forme courante et saine d'expression sexuelle à tout âge. Rassurez la personne en lui expliquant qu'il s'agit d'une question privée et que cela ne constitue pas un problème, sauf si cela lui cause de la détresse.
Médicaments réduisant l'excitation ou l'orgasme	Reconnaissez que certains médicaments peuvent influencer le fonctionnement sexuel. Encouragez la personne à en discuter avec son médecin traitant, car des ajustements ou des alternatives sont parfois possibles.



Résumé et messages clés

« La vieillesse n'est pas une limitation des droits. »

(Participant à un groupe de discussion, Roumanie)

La sexualité chez les personnes âgées n'est ni inexistante ni uniforme ; il s'agit d'une dimension dynamique et profondément personnelle de l'expérience humaine, façonnée par la santé, les relations, l'identité et le contexte social. Il est essentiel que les professionnels travaillant auprès des personnes âgées comprennent cette complexité, car le bien-être sexuel contribue directement à la qualité de vie, à la résilience émotionnelle et à la dignité des personnes vieillissantes.

Le vieillissement biologique entraîne des changements physiologiques susceptibles d'influencer le désir, l'excitation ou le confort, mais ces changements n'éliminent pas pour autant la possibilité d'une intimité épanouissante. Au contraire, la sexualité à un âge avancé reflète une grande variabilité individuelle et une capacité d'adaptation importante. Les maladies chroniques, les effets des traitements médicamenteux et l'état de santé général peuvent également influencer le



fonctionnement sexuel, ce qui souligne l'importance d'une évaluation globale et d'une attention particulière portée aux facteurs potentiellement réversibles.

Les dimensions psychologiques et relationnelles de la sexualité revêtent une importance tout aussi grande. La santé mentale, l'image corporelle, la compagnie et la sécurité affective déterminent souvent si l'intimité reste accessible et épanouissante. Reconnaître les diverses expressions de la proximité — notamment l'affection, le contact physique et le lien affectif — favorise une compréhension plus inclusive du bien-être sexuel chez les personnes âgées.

Les risques liés à la santé sexuelle, notamment la vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles et les besoins éducatifs non satisfaits, montrent que la sexualité reste une préoccupation clinique et de santé publique pertinente à un âge avancé. L'éducation préventive, le dépistage systématique et un dialogue ouvert constituent donc des éléments essentiels d'une prise en charge globale.

Au cœur d'une pratique efficace se trouve une communication éthique et centrée sur la personne. Les professionnels jouent un rôle crucial pour normaliser les conversations sur la sexualité, créer des environnements sûrs et respectueux, et répondre avec sensibilité aux besoins exprimés. L'intégration du bien-être sexuel dans les soins de santé et l'accompagnement social de routine renforce l'autonomie, protège la dignité et favorise un vieillissement sain et holistique.

En fin de compte, soutenir la sexualité chez les personnes âgées nécessite de dépasser les stéréotypes pour adopter une approche bienveillante, fondée sur des données probantes et centrée sur la personne, qui reconnaît l'intimité comme une capacité humaine présente tout au long de la vie.

Outils pratiques

Ce module s'appuie sur des ressources pratiques incluses dans la boîte à outils AgeWise, conçues pour aider les formateurs et les professionnels à traduire les connaissances théoriques sur la sexualité chez les personnes âgées en activités d'apprentissage réflexives et appliquées.

Plan de cours – Module 2

Présente la structure, le calendrier, les objectifs d'apprentissage et les conseils d'animation pour dispenser ce module dans un contexte de formation.

Exercice 1

Application du cycle de réponse sexuelle – [Fiche de travail basée sur des cas concrets](#) – facilite l'analyse de situations réalistes liées à la vieillesse et encourage une interprétation centrée sur la personne des préoccupations d'ordre sexuel.

Exercice 2

[Outil de réflexion sur le bien-être sexuel global](#) – guide la réflexion sur les dimensions biologiques, psychologiques, relationnelles et sociales de la sexualité chez les personnes âgées.

Exercice 3

Communication et cycle de réponse sexuelle – [Activité de jeu de rôle](#) – permet aux participants de s'entraîner à répondre à des préoccupations sexuelles sensibles et d'explorer le bien-être sexuel à travers un dialogue structuré et centré sur la personne, en utilisant le cycle de réponse sexuelle.

Présentation PowerPoint

Permet une présentation claire, accessible et adaptable du contenu du module.

Comment utiliser ces outils

- pour planifier et structurer les sessions de formation ;
- pour stimuler la discussion et la réflexion critique ;
- pour appliquer les connaissances théoriques à des situations concrètes ;
- pour renforcer une pratique professionnelle éthique, inclusive et centrée sur la personne.

Ensemble, ces ressources facilitent la mise en œuvre pratique du module dans les milieux éducatifs, de santé et communautaires.



Références

Ceolin, C., Papa, M. V., Scala, A., Sergi, G., & Garolla, A. (2024). Vieillir dans le genre souhaité : revue systématique des maladies liées au vieillissement chez les personnes transgenres. *Journal of Endocrinological Investigation*, 47(8), 1851–1862. <https://doi.org/10.1007/s40618-024-02353-y>

DeLamater, J. (2012). L'expression sexuelle chez les personnes âgées : revue et synthèse. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 125–141. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>

DeLamater, J., & Koepsel, E. (2014). Relations et expression sexuelle chez les personnes âgées : une perspective biopsychosociale. *Sexual & Relationship Therapy*, 30(1), 37–59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>

Dominoni, M., Scatigno, A. L., Pasquali, M. F., Bergante, C., Gariboldi, F., & Gardella, B. (2024). Dysfonctionnements du plancher pelvien et dysfonctionnements sexuels après une chirurgie génitale de confirmation de genre : revue systématique et méta-analyse. *The Journal of Sexual Medicine*, 22(1), 184–195. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae146>

Dukes C. Parler de S-E-X dans les établissements de santé : adoptons une approche clinique. *Dela J Public Health*. 31 juillet 2025 ; 11(2) : 46-49. doi : 10.32481/djph.2025.07.12. PMID : 40786709 ; PMCID : PMC12333857.

Fileborn, B., Lyons, A., Hinchliff, S., Brown, G., Heywood, W., Dow, B., Malta, S., & Minichiello, V. (2017). Améliorer la vie sexuelle des Australiens âgés : perspectives issues d'une étude qualitative. *Australasian journal on ageing*, 36(4), E36–E42. <https://doi.org/10.1111/ajag.12405>

Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). Quelle est l'importance de la sexualité à un âge avancé ? Le point de vue des personnes âgées. *Social science & medicine* (1982), 56(8), 1617–1628. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00180-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00180-6)

Hayflick, L. (2007). Le vieillissement biologique n'est plus un problème non résolu. *Annales de l'Académie des sciences de New York*, 1100(1), 1–13. <https://doi.org/10.1196/annals.1395.001>

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Traitement endocrinien des personnes présentant une dysphorie de genre ou une incongruité de genre : recommandations de pratique clinique de l'Endocrine Society*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

Hinchliff, S., & Gott, M. (2011). Recours à une aide médicale pour des problèmes sexuels à l'âge mûr et à un âge avancé : une revue de la littérature. *Journal of sex research*, 48(2-3), 106–117. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.548610>

Comité de l'Institut de médecine (États-Unis) sur les questions de santé, les lacunes et les opportunités de recherche concernant les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. La santé des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres : jeter les bases d'une meilleure compréhension. Washington (DC) : National Academies Press (États-Unis) ; 2011. 6, L'âge adulte avancé. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64800/>

Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Kaoutzanis, C., Davies, R. D., Moreau, K. L., & Rothman, M. S. (2023). Traitement hormonal de confirmation de genre, santé mentale et considérations chirurgicales chez

les adultes transgenres et de genre divers vieillissants. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 14, 20420188231166494. <https://doi.org/10.1177/20420188231166494>

Kumar B, Kaushal I, Narayanan B, Narang T. Infections sexuellement transmissibles chez les personnes âgées : une préoccupation croissante dans les soins gériatriques. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. Janvier-juin 2025 ; 46(1) : 16-21. doi : 10.4103/ijstd.ijstd_108_24. Publication électronique du 9 juin 2025. PMID : 40546355 ; PMCID : PMC12180883.

Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M., & Rezasoltani, P. (2016). Sexualité et personnes âgées atteintes de maladies chroniques : une revue de la littérature existante. *Journal of Research in Medical Sciences*, 21(1), 136. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196618>

Meston C. M. (1997). Vieillesse et sexualité. *The Western journal of medicine*, 167(4), 285–290.

Penhollow T. M. (2024). La sexualité chez les personnes âgées : stratégies globales pour les cliniciens et les soins centrés sur le patient. *American journal of lifestyle medicine*, 19(3), 392–402. <https://doi.org/10.1177/15598276241293100>

Steffens, D. C., & Zdanys, K. F. (2022). « Textbook of Geriatric Psychiatry », publié par l’American Psychiatric Association. Dans la collection « *American Psychiatric Association Publishing eBooks* ». <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615375196>

Stowell, M., Hall, A., Warwick, S., Richmond, C., Eastaugh, C. H., Hanratty, B., McDermott, J., Craig, D., & Spiers, G. F. (2023). Promouvoir la santé sexuelle chez les personnes âgées : résultats de deux revues rapides. *Maturitas*, 177, 107795. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107795>

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Éditions de l’OMS.





**Co-funded by
the European Union**

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

MODULE 6

Les « autres-ismes » dans le travail auprès des personnes âgées et très âgées

*Élaboré par :
Karina Hoßfeld et Thomas Wilde
Association de Basse-Saxe
Initiatives éducatives e.V.*



Présentation de l'autres-isme

Le terme « otherism », souvent désigné par « othering », dérive des termes anglais « other » ou « otherness », qui se traduisent par « différent » ou « autre ». L'otherism décrit un processus dans lequel des individus ou des groupes (« nous ») sont distingués d'autres individus ou groupes (« les autres »). Dans ce processus social, les personnes ou les groupes sont ainsi construits comme « différents ». Ce faisant, le groupe « non-soi » est toujours classé comme « différent » et « étranger » car il s'écarte de la « norme », ce qui sert de justification à l'exclusion (voir [/https://diversity-arts-culture.Berlin/Dictionary/othering](https://diversity-arts-culture.Berlin/Dictionary/othering)).

Il est important de reconnaître que les personnes âgées sont souvent victimes de discrimination explicitement en raison de leur âge ou sont qualifiées d'incompétentes ou d'incapables (Butler, 1969 ; OMS, 2021). Ce module, intitulé « Autres-ismes », élargit le champ d'analyse au-delà des formes de discrimination liées spécifiquement à l'âge pour examiner d'autres formes de discrimination (« autres-ismes ») susceptibles de toucher les personnes âgées. En effet, celles-ci sont souvent victimes de multiples formes de stéréotypes — en raison de leur âge, de leurs limitations de santé, de la démence, de leurs origines ou de leur statut social, ou encore d'une identité ou d'un parcours de vie non hétéronormatifs.

La sexualité et l'identité à un âge avancé sont particulièrement affectées par ces processus d'« altérisation ». Les personnes âgées qui expriment des besoins sexuels ou souhaitent entretenir des relations intimes s'écartent de la norme sociale de la « sexualité juvénile » et sont donc souvent perçues comme inappropriées ou problématiques. Cette perception conduit fréquemment à la pathologisation ou à la moralisation de leur comportement, en particulier dans les structures de soins institutionnelles.

La discrimination peut devenir particulièrement aiguë chez les personnes âgées en raison de l'augmentation de leur dépendance : elles comptent davantage sur un accompagnement professionnel, sur des structures institutionnelles (soins infirmiers, aide à la personne, logement) et sur des réglementations formalisées. Dans ce contexte, ce n'est pas seulement l'« accompagnement » qui est organisé, mais aussi la normalité : celles et ceux qui sont perçus comme « ne s'intégrant pas » se voient accorder moins d'espace (au sens propre comme au sens figuré), moins de crédibilité et moins de marge de manœuvre. Cela est particulièrement pertinent dans des contextes où la sexualité et l'intimité sont déjà des tabous sociaux : les normes ne fonctionnent alors pas comme une interdiction explicite, mais comme une « non-intentionnalité » (Gagnon & Simon, 1973 ; Goffman, 1963).

Un exemple tiré de la vie quotidienne

Dans un établissement hospitalier, les employés discutent dans la salle du personnel en disant : « Les résidents ont encore fait des siennes aujourd'hui. » Qu'est-ce que cela signifie ? Ils font référence à plusieurs personnes différentes ayant des besoins spécifiques. Ce terme collectif crée une distance et masque les causes précises de l'agitation ou du mécontentement. C'est là que commence l'altérisation : un premier pas, vraisemblablement inconscient, a été franchi vers une opposition entre « nous, les soignants » et « ces résidents difficiles », qui sont considérés comme un groupe homogène.

Questions de réflexion pour votre propre travail

- *Dans quelles situations est-ce que j'utilise les termes « nous » et « eux » dans ce contexte (par exemple, « les usagers », « les soignants », « ceux qui reçoivent des soins ») ?*



- *Comment ce langage influence-t-il nos attitudes et nos actions ?*
- *Comment pourrions-nous décrire la même situation d'une manière plus personnalisée et plus respectueuse ?*

Il apparaît clairement qu'au cœur de l'« altérisation » se trouve la division entre « nous » et « eux ». Cette distinction s'opère souvent inconsciemment, par exemple lorsque les professionnels prennent leurs distances par rapport aux personnes ayant besoin de soins ou à celles dont ils ont la charge, ou lorsque des décisions sont prises exclusivement au sein de l'équipe sans impliquer les personnes concernées. D'un point de vue psychologique, cela sert souvent de moyen d'orientation personnelle et de protection contre la surcharge émotionnelle. Et cela simplifie souvent le travail lorsque tout le monde est traité de manière égale. Malheureusement, l'inverse est également vrai : plus les besoins individuels sont pris en compte, plus les attentes des personnes prises en charge quant à la satisfaction de ces besoins sont élevées. Or, cela n'est souvent tout simplement pas possible compte tenu des horaires de travail et des contraintes budgétaires.

D'un point de vue sociologique, cette distinction radicale entre « nous » et « eux » présente donc l'« avantage » de stabiliser la répartition des rôles et les structures de pouvoir au sein des établissements de soins. Dans ce système, le « pouvoir » des soignants réside dans le fait de fournir aux bénéficiaires les services de soins définis comme « standard » et d'être « autorisés » à faire abstraction des souhaits individuels. Cela soulage les soignants tant sur le plan psychologique qu'en termes de charge de travail. L'institution les libère de l'« obligation » de répondre aux besoins individuels.

Il est néanmoins utile, tant pour les individus que pour les institutions, de réfléchir à la manière dont nous pouvons soutenir et éviter l'autrisme. Cet article examine les aspects théoriques clés de l'autrisme, en particulier dans les établissements résidentiels de soins de longue durée pour personnes âgées. Bien que la sexualité et l'identité restent des composantes centrales de la vie humaine tout au long du cycle de vie, ces sujets sont souvent considérés comme tabous chez les personnes âgées. De plus, d'un point de vue académique et professionnel, les considérations intersectionnelles — c'est-à-dire les dimensions de discrimination qui se recoupent — ne doivent pas être négligées. Le sexisme, le capacitisme, l'homophobie, la transphobie et l'exclusion sociale (par exemple, la pauvreté, la solitude, des réseaux sociaux limités, l'exclusion numérique) restent d'actualité et ont un impact considérable.

Résultats d'apprentissage du module 4 « »

Ce module s'adresse principalement aux formateurs d'adultes, aux infirmiers professionnels, aux enseignants des programmes de formation en soins infirmiers, ainsi qu'aux établissements de soins hospitaliers et ambulatoires. Cependant, d'autres professionnels de santé, ainsi que les aidants familiaux qui souhaitent aborder les processus de stigmatisation et mener une réflexion critique sur leurs propres attitudes et a priori, y trouveront également des informations précieuses :

- des pistes pour reconnaître les « -ismes » comme des pratiques structurelles (et non simplement comme des attitudes individuelles),
- une compréhension plus approfondie de l'intersectionnalité et des raisons pour lesquelles le vieillissement donne lieu à des réalités de vie très différentes,
- des lignes directrices concrètes pour une communication inclusive, la gestion de la vie privée et les considérations éthiques (autonomie/protection/consentement),
- des idées et des sources d'inspiration sur la manière dont les équipes et les organisations peuvent mettre en œuvre des normes anti-discrimination sans exposer ni humilier les personnes concernées.



Concepts clés et définitions

Identité et orientation

L'identité décrit la manière dont les personnes se perçoivent et se comprennent elles-mêmes en fonction de leur parcours de vie et à travers une interaction constante avec leur environnement social. Parmi les facteurs importants qui contribuent à la formation de l'identité d'une personne figurent, par exemple, le genre, l'âge et le milieu social ; l'origine ethnique, la nationalité et les affiliations à des groupes ; la profession et le statut social ; ainsi que les caractéristiques et compétences personnelles (Encyclopédie de psychologie de Dorsch).

- Orientation sexuelle : schémas d'attirance amoureuse et/ou sexuelle.
- Identité de genre : perception interne qu'une personne a de son genre.
- Cis : l'identité de genre correspond au sexe attribué à la naissance.
- Trans : l'identité diffère du sexe attribué à la naissance.

Autodétermination

L'autodétermination signifie que chaque personne a le droit de décider par elle-même comment elle souhaite vivre. Cette liberté de déterminer sa propre vie est un droit humain en Europe qui est également protégé par notre Constitution (Schneider et al. 2026).

Âgisme

Discrimination ou désavantage fondé sur l'âge ; dans le contexte de la sexualité, cela prend souvent la forme d'**une déssexualisation** (« n'en a pas besoin »), d'une moralisation (« inapproprié »), ou est lié à la performance sexuelle ou à la jeunesse (Butler, 1969).

Sexisme

Discrimination fondée sur le genre ; chez les personnes âgées, elle est souvent liée aux normes corporelles, aux inégalités économiques et aux attentes liées au genre concernant la « décence », la prise en charge et les rôles au sein du couple (Calasanti & Slevin, 2001 ; Sontag, 1972).

Capacitisme

La normalisation de la performance et de l'autonomie comme norme ; cela conduit à **la déssexualisation**, à l'infantilisation, à la surprotection ou à des doutes généralisés quant à la capacité d'une personne à donner son consentement (Campbell, 2009 ; Goodley, 2014).

Homophobie / Transphobie

Discrimination, invisibilisation ou désavantage fondés sur l'orientation sexuelle et/ou l'identité de genre ; souvent manifestes dans les pratiques institutionnelles hétéronormatives (formulaires, présupposés, non-reconnaissance des partenariats) ou dans l'utilisation d'un genre inapproprié (Warner, 1991 ; Herek, 2000).

Exclusion sociale

Manque de ressources et exclusion de la participation (pauvreté, isolement, barrières numériques, précarité du logement). Les ressources (espaces, mobilité, réseaux, accès à un accompagnement) sont souvent cruciales pour l'autodétermination sexuelle (Levitas et al., 2007).



Stigmatisation

Une étiquette sociale pouvant entraîner de la honte, le silence, le repli sur soi ou un accès réduit aux soins (Goffman, 1963 ; Link & Phelan, 2001).

Intersectionnalité

Les inégalités ne fonctionnent pas isolément les unes des autres ; elles sont au contraire entremêlées, ce qui amplifie leur impact : âge × genre × handicap × classe sociale × santé × migration × homosexualité, etc. Cela donne lieu à des situations de vie individuelles distinctes, et non à de simples « problèmes multiples » qui s'additionnent (Crenshaw, 1989 ; Collins & Bilge, 2016).

Consentement

Le consentement est volontaire, éclairé, révocable et dépend du contexte. Dans les relations de dépendance (soins/accompagnement), les déséquilibres de pouvoir et les mesures de protection doivent être activement pris en compte, et l' doit faire l'objet d'une réflexion permanente. En cas de déclin cognitif, les évaluations individuelles doivent primer sur les interdictions générales.

Capacité mentale

Le consentement éclairé exige qu'une personne comprenne les informations, pèse le pour et le contre et donne son consentement de manière volontaire. Chez les personnes âgées, en particulier celles présentant des troubles cognitifs, la capacité de prise de décision peut varier. Dans de tels cas, une évaluation situationnelle et relationnelle est nécessaire (Beauchamp & Childress, 2019).

Tokenisme

Le tokenisme désigne une forme d'inclusion symbolique dans laquelle les membres de groupes marginalisés sont visiblement inclus mais restent fortement sous-représentés en nombre, ce qui les expose à une visibilité accrue, à des stéréotypes, à l'attribution de rôles et à une pression particulière pour être à la hauteur.

Limites professionnelles

Les limites professionnelles servent à protéger à la fois les personnes prises en charge et les professionnels. Elles définissent quelles formes de proximité, de soutien et de communication sont éthiquement acceptables et lesquelles constituent des violations des limites.

Sexualité / Intimité / désir sexuel

La sexualité englobe bien plus que les simples pratiques sexuelles : elle implique la physicalité, la proximité, la tendresse, le désir, l'identité, l'image de soi, la dynamique relationnelle et les limites. Elle est toujours vécue et façonnée de manière individuelle. Par exemple, l'intimité peut être sexualisée ou non. Dans tous les cas, la sexualité conserve toute son importance tout au long de la vie. D'un point de vue théorique, cela peut notamment s'expliquer par la théorie des scénarios sexuels : la sexualité s'apprend culturellement, s'inscrit dans un cadre social et dépend de la situation — elle n'est pas simplement biologique (Gagnon & Simon, 1973).





Comprendre le sujet

1. Cadre théorique

1.1 La sexualité chez les personnes âgées

La sexualité chez les personnes âgées va bien au-delà de la sexualité physique. Elle englobe l'intimité, la proximité, l'identité, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les liens affectifs. Des recherches montrent que les expériences sexuelles contribuent à la qualité de vie, même à un âge avancé (OMS, 2015).

Néanmoins, le vieillissement est souvent vécu comme une dévalorisation sexuelle continue, accompagnée d'inquiétudes concernant son propre pouvoir de séduction, le déclin des performances sexuelles et diverses maladies et affections. Les femmes, en particulier, sont influencées par le double standard de la société en matière de vieillissement (voir Ingrisch 2022), ce qui signifie qu'elles sont perçues comme peu attirantes, vieilles et asexuées plus tôt que les hommes. Les normes sociales et les images véhiculées conduisent alors les personnes vieillissantes à se décrire comme asexuées, même si elles ne se sentent pas ainsi.

De plus, la sexualité est souvent réduite au coït conventionnel. La diversité des besoins et des aspects de la sexualité est ignorée. Sont également ignorées les possibilités limitées, voire inexistantes, d'échanger de la tendresse, de l'attention affectueuse, du contact physique et une communication intime ; en particulier dans les établissements tels que les hôpitaux, les maisons de retraite et les établissements de soins. Cela conduit à des interprétations erronées des comportements sexuels des personnes âgées et malades, ainsi qu'à un manque de tolérance à leur égard. Les personnes âgées perçoivent parfois leurs besoins sexuels comme honteux et inappropriés (voir Schultz-Zehden, B. 2013).

1.2 Les « -ismes » gagnent en importance avec l'âge

La discrimination ne commence pas à un âge avancé, mais ses effets peuvent s'accumuler et s'institutionnaliser à mesure que les personnes vieillissent. Deux mécanismes revêtent une importance particulière à cet égard :

1. L'accumulation au cours de la vie : Les inégalités persistent au fil des années et des décennies (telles que des revenus plus faibles, un accès plus limité aux soins de santé, des interruptions dans le parcours professionnel et des retraites moins élevées) et deviennent plus manifestes à un âge avancé (Dannefer, 2003 ; Levitas et al., 2007).

2. Dépendance institutionnelle : À mesure que les systèmes de soutien se développent, les règles, les routines et les cadres d'interprétation des institutions deviennent le « pivot » central de l'inclusion et de l'exclusion (Goffman, 1961 ; Foucault, 1976).

1.3 Cadre institutionnel et sexualité chez les personnes âgées

Dans le contexte de la sexualité et de l'intimité, un troisième facteur entre en jeu : **la sexualité chez les personnes âgées** est souvent un tabou culturel ; par conséquent, les normes sociales exercent une influence particulièrement forte par le silence, l'évitement du sujet et les limites implicites de ce qui est considéré comme approprié (Goffman, 1963 ; Gagnon & Simon, 1973).



En ce qui concerne la manière dont la sexualité est abordée dans les établissements, un schéma récurrent de « non-prise en charge » est ressorti des entretiens de groupe menés dans le cadre du projet. Un participant aux entretiens a déclaré :

« On ne parle même pas de sexualité là-bas [...] c'est un monde à part. On les traite comme des petits enfants qui ne sont pas assez grands pour prendre leurs propres décisions. Même les enfants de maternelle ont plus de liberté. »

Entretien de groupe à Göttingen, mars 2025

Dans les établissements, la sexualité n'est souvent pas explicitement interdite, mais elle est considérée comme « hors de propos » — comme quelque chose dont on « renonce » symboliquement dès son entrée dans l'établissement.

« Et on laisse sa sexualité à la porte. ... Que ce soit à la crèche, dans une maison de retraite ou dans un établissement médicalisé — peu importe —, on laisse sa sexualité à la porte. On n'en a plus. En aucun cas. On n'a pas non plus de sentiments, ni d'émotions. »

Participant à l'entretien d'experts de 2025

Ces déclarations ne décrivent pas seulement un tabou individuel, mais un ordre institutionnel de la normalité dans lequel l'autonomie et l'âge adulte sont dévalorisés — un point de convergence typique où l'âgisme et le capacitisme s'entremêlent (Campbell, 2009 ; Goodley, 2014).

Cette synthèse est au cœur de la théorie des « autres-ismes », car elle démontre que l'exclusion ne résulte pas seulement de préjugés individuels, mais aussi de routines institutionnelles et d'attributions de statut (Goffman, 1961 ; Campbell, 2009).

1.4 Les « autres-ismes » : mécanismes de structuration de la sexualité et de l'intimité

1.4.1 L'invisibilité

L'« invisibilisation » signifie que les besoins ne sont ni identifiés, ni documentés, ni pris en compte. En conséquence, ce qui n'est « pas pris en compte » devient rapidement « inexistant » (Link & Phelan, 2001 ; Goffman, 1963). Cela affecte particulièrement les groupes marginalisés, car ils sont déjà plus souvent confrontés à la stigmatisation, et le fait de révéler son identité (par exemple, en tant que personne queer ou trans) peut comporter des risques (Spade, 2015).

L'invisibilité des parcours de vie des personnes queer

De nombreuses personnes homosexuelles plus âgées se souviennent encore d'une époque où l'homosexualité était un délit pénal et où les homosexuels étaient méprisés par bon nombre de leurs contemporains. De même, les personnes transgenres se heurtaient autrefois à un manque de

compréhension. Ces expériences façonnent leur sentiment de confiance, leurs sentiments de honte et la manière dont elles abordent la divulgation de leur propre parcours de vie.

Exemple concret

Les enquêtes biographiques posent systématiquement des questions sur un « mari » ou une « femme ». Ceux qui sont restés célibataires ont ainsi l'impression qu'il manque « quelque chose » à leur vie. Les hommes gays âgés, par exemple, n'ont pas pu épouser leur partenaire de vie s'ils sont décédés avant que le mariage ne soit ouvert à tous en 2017. Un autre homme est venu ici en tant que travailleur immigré et ne souhaitait pas contracter un mariage arrangé avec une femme de son pays d'origine. Cependant, les préjugés l'ont empêché de rencontrer une femme ici. Il est donc célibataire contre son gré.

Questions de réflexion

- *Dans quelle mesure nos formulaires et nos consultations tiennent-ils compte de la diversité des genres et des relations ?*
- *Indiquons-nous activement que les différents choix de vie sont respectés ?*

Mais même pour ceux qui n'appartiennent pas à des groupes marginalisés, le lien entre santé et sexualité est souvent négligé lors des entretiens sur les antécédents médicaux. Comme le décrit l'un des experts interrogés :

« Les médecins généralistes, lorsqu'ils revoient des patients âgés de 60 à 70 ans... ne pensent même pas à demander : "Comment se passe votre vie sexuelle ?" ... Parce qu'on part du principe que, eh bien, il n'y a plus rien à ce niveau-là. »

Point clé : le silence ou la dissimulation ne sont pas synonymes de neutralité. Ils renforcent la norme selon laquelle « vieillesse rime avec absence de sexualité » et font peser la charge de la preuve sur les personnes concernées, les obligeant à « prouver » d'abord leurs besoins ou à s'exprimer « courageusement » (Goffman, 1963 ; Link & Phelan, 2001).

1.4.2 Déssexualisation et infantilisation (âgisme × capacitisme)

La déssexualisation va au-delà de la simple « absence de relations sexuelles » : il s'agit d'un jugement de valeur, selon lequel la personne n'est plus considérée comme un sujet légitime de désir, d'intimité et d'autodétermination. Le capacitisme renforce ce jugement lorsque le besoin de soins ou d'assistance est assimilé à un manque de capacité juridique (Campbell, 2009 ; Goodley, 2014).

Les deux citations tirées des entretiens avec des experts mentionnés ci-dessus reflètent cette réalité à travers les affirmations suivantes : « On laisse sa sexualité à la porte » et « Ils sont traités comme de petits enfants incapables ».

Point clé : cela illustre comment la prise en charge peut basculer vers l'incapacité. Il s'agit moins d'une question de « faute individuelle » que d'un risque structurel qui survient lorsque la protection est systématiquement privilégiée au détriment de l'autonomie (Beauchamp & Childress, 2019).

1.4.3 Régulation morale (« bien-pensance ») par la défense, la honte et la banalisation

La régulation morale se manifeste souvent par les réactions les plus infimes (regards, plaisanteries, détournement du regard, banalisation) et engendre de la honte (Goffman, 1963). La sexualité chez les personnes âgées se heurte ainsi aux scripts culturels selon lesquels la sexualité est associée à la jeunesse, à l'attrait physique et à la performance sexuelle (Gagnon & Simon, 1973).

L'une de nos expertes décrit la réaction des étudiants lorsqu'elle leur montre des photos de personnes âgées échangeant des marques d'affection lors d'un cours dans une école d'infirmiers gériatriques :

« Waouh, c'est mignon ! »

Participant à l'entretien d'expert de 2025

ou

« Beurk, je ne peux même pas regarder ça... Est-ce qu'ils sont vraiment obligés de faire ça ? »

Participant à l'entretien avec des experts de 2025

Point clé : la banalisation (« mignon ») nie le caractère sérieux de l'intimité et la relègue dans un registre enfantin. La réaction défensive (« est-ce vraiment nécessaire ? ») la qualifie d'inacceptable. Dans les deux cas, l'exclusion se produit sans interdiction explicite.

1.4.4 Pathologisation / Médicalisation

Lorsque la sexualité se manifeste chez les personnes âgées, elle est souvent considérée comme un « problème » : un dysfonctionnement, un symptôme ou un risque. Cela s'inscrit dans une logique moderne de normalisation et de classification médicale (Foucault, 1976 ; Link & Phelan, 2001). Comme le décrit l'un de nos experts :

« Les infections sexuellement transmissibles chez les personnes âgées [...] [sont en hausse]. Mais dans certains cas, cela passe totalement inaperçu car, par exemple, les médecins généralistes ne pensent même pas à interroger leurs patients âgés de 60 à 70 ans sur leur vie sexuelle. [Ils partent du principe] [...] qu'il ne se passe plus rien de ce côté-là. »

Participant à l'entretien avec des experts de 2025

Point clé : une double logique s'installe : 1. la sexualité est considérée comme « inexistante » → pas de place pour la discussion ; 2. lorsqu'elle devient visible → elle est principalement présentée comme un risque ou une déviance. Cela empêche souvent d'adopter une perspective axée sur la qualité de vie.



1.4.5 Une surréglementation motivée par l'incertitude (« par mesure de sécurité »)

En l'absence de lignes directrices, les établissements réagissent souvent par des règles générales. Ces règles affectent de manière disproportionnée les personnes marginalisées, car celles-ci disposent souvent de réseaux sociaux plus restreints, sont exposées à des risques accrus de stigmatisation et de mise au jour, et ont moins de moyens de défendre leurs propres intérêts (Spade, 2015 ; Link & Phelan, 2001).

« Ainsi, dans les maisons de retraite [...], [l'activité sexuelle] n'a tout simplement pas lieu. »

Participant à l'entretien d'experts de 2025

Point clé : si une question n'est officiellement « pas à l'ordre du jour », il n'existe aucun recours professionnel pour y remédier en cas de conflit. Dans de tels cas, des normes informelles (morale, honte, etc.) entrent en jeu — et c'est précisément là que les « -ismes » se perpétuent.

2. Mythes vs réalités

Mythe n° 1 : « Traiter tout le monde de la même manière = être juste. »

Réalité : l'égalité de traitement peut reproduire des barrières. La justice consiste à concevoir des conditions de telle sorte que les différentes situations de vie bénéficient d'un accès réel (Crenshaw, 1989 ; Collins & Bilge, 2016).

Mythe n° 2 : « La sexualité chez les personnes âgées est rare, ce n'est donc pas un problème. »

Réalité : Souvent, ce n'est pas la rareté qui pose problème, mais l'invisibilité, la honte et le manque de moyens (Goffman, 1963).

Mythe n° 3 : « Le handicap, les besoins en soins et la sexualité ne font pas bon ménage. »

Réalité : Il s'agit là d'un modèle de normalité capacitiste. La logique d'assistance, l'intimité, la protection et l'autodétermination sont déterminantes (Campbell, 2009 ; Goodley, 2014).

Mythe n° 4 : « Les questions liées à la communauté queer concernent uniquement les jeunes. »

Réalité : Les personnes LGBTQI+ vieillissent — souvent avec un passé marqué par la stigmatisation et des besoins spécifiques en matière de sécurité (Herek, 2000 ; Stryker, 2008).

Mythe n° 5 : « Ne pas aborder le sujet, c'est protéger. »

Réalité : le silence n'est pas neutre ; il renforce la stigmatisation (Goffman, 1963 ; Link & Phelan, 2001).

3. Perspective intersectionnelle : lorsque les catégories se recoupent

L'« altérisation » a un effet particulièrement fort lorsque plusieurs caractéristiques convergent. Les personnes âgées ne sont pas seulement âgées : elles peuvent également avoir un passé de migration, appartenir à une minorité religieuse, être queer, vivre avec un handicap ou être socialement défavorisées. Ces chevauchements (intersections) augmentent le risque d'être ignoré, incompris ou traité de manière stéréotypée.



Par exemple, une résidente lesbienne célibataire d'origine turque aura vécu l'exclusion différemment d'une femme d'origine allemande mariée à sa partenaire. Cette dernière s'intégrera probablement mieux aux routines de l'établissement, car le fait d'être mariée est de toute façon une information demandée à tout le monde. Cependant, les soins ne peuvent pas se contenter de s'adapter à ce qui convient à la majorité. Cela est d'autant plus vrai dans une société de plus en plus diversifiée, où une solution unique valable pour tous deviendra de plus en plus rare. Si la société a désormais évolué au point où, avec l'ouverture du mariage, les personnes ayant une orientation homosexuelle sont elles aussi « vues », alors les soins doivent s'adapter en conséquence. Un homme gay ayant été victime de discrimination ne doit plus se retrouver dans une situation où il se sent obligé de cacher son identité dans une maison de retraite par crainte d'être à nouveau rejeté. Un résident issu de l'immigration peut réagir avec sensibilité aux bruits forts ou aux situations de contrôle — sans que cela soit immédiatement reconnu comme une réaction conditionnée par son parcours personnel.

La réflexion intersectionnelle consiste à ne pas réduire les personnes à une seule catégorie, mais à reconnaître la complexité de leurs expériences vécues et, en particulier, à admettre que lorsque ces catégories se recoupent, les difficultés auxquelles elles sont confrontées peuvent se renforcer mutuellement.

- **Personnes âgées LGBTQI+ : groupes de soutien face aux normes liées à l'âge**

Les groupes de discussion révèlent un sentiment d'ambivalence : la communauté peut être un espace sûr, mais en même temps, de « nouvelles normes » existent.

« ... dans la scène queer... ce n'est pas l'âge qui compte. »

Participant au groupe de discussion 2025, Göttingen

Dans le même temps, on constate :

« En boîte, on ne passe que des "titres pour les jeunes" – je ne m'y sens pas du tout à ma place. »

Et :

« En tant que retraitée lesbienne, je suis "à l'écart" à double titre. »

Participante à la discussion de groupe 2025, Göttingen

Point clé : l'intersectionnalité n'est pas ici un concept abstrait, mais décrit des dynamiques concrètes de reconnaissance et de participation (Crenshaw, 1989) : l'âge × l'identité queer modifie la manière dont la visibilité et l'appartenance sont négociées.



- **Empreinte biographique : l'histoire de la discrimination continue d'avoir des répercussions**

« J'ai encore été confrontée à l'article 175 [...] qui a encore des répercussions aujourd'hui »

Participants à la discussion de groupe 2025, Göttingen

Cela met en évidence des risques et des stratégies de protection ancrés dans le parcours de vie de chacun (Herek, 2000) : l'ouverture ou le silence ne relèvent pas du « caractère », mais résultent souvent d'une évaluation rationnelle des risques.

- **Le sexisme chez les personnes âgées : double standard et reproduction en tant que cadre normatif**

Les représentations sexistes de la vieillesse se manifestent, entre autres, à travers les normes corporelles et le « double standard du vieillissement » (Sontag, 1972 ; Calasanti & Slevin, 2001).

« Je pourrais donc imaginer que les hommes ont un peu plus confiance en eux, tandis que les femmes continuent d'intérioriser cette question, à savoir celle d'avoir des enfants [...] quand cela est achevé à un moment donné, pour ainsi dire, alors c'est déjà un certain changement ou une transition vers une telle phase de la vie, tandis que l'homme pourrait théoriquement encore devenir père jusqu'à un âge avancé, s'il le souhaitait. »

Participant à l'entretien individuel 2025, Göttingen

- **Exclusion sociale : « Tu n'as pas ta place ici »**

« Le fait que je n'aie pas à être à cette rave maintenant, à 58 ans [...] Tu n'as vraiment pas ta place ici. »

Participant à la discussion de groupe 2025, Göttingen

L'exclusion sociale touche donc également les espaces où s'épanouissent le flirt, les relations, la visibilité et le sentiment d'appartenance.



à l'intention des éducateurs et des professionnels

Les éducateurs et les professionnels ont une responsabilité particulière. Grâce à la formation continue, les professionnels peuvent gagner en assurance dans leurs actions et renforcer leur attitude professionnelle.



Les aspects fondamentaux du travail dans un contexte d'« autruisation » sont les suivants :

- La réflexion sur ses propres valeurs, normes et insécurités face à la sexualité chez les personnes âgées.
- La connaissance et la transmission des principes juridiques et éthiques.
- Favoriser une culture d'équipe ouverte où les situations difficiles peuvent être abordées.
- La protection active de la vie privée, de l'intimité et de l'autodétermination.
- L'intégration d'un travail biographique pour une meilleure évaluation des besoins individuels.

Principes fondamentaux pour lutter contre l'altérisation

Créer des espaces sûrs et respectueux

Un élément central consiste à mettre en place des espaces dans lesquels la sexualité et l'identité peuvent être abordées ouvertement. Cela nécessite une attitude bienveillante, un langage sensible à la discrimination et une confrontation active avec ses propres préjugés. Un tel espace est particulièrement crucial pour les personnes âgées LGBTQIA+, car elles ont souvent subi des expériences de discrimination tout au long de leur vie (Fredriksen-Goldsen et al., 2017).

Pratiques de communication inclusives

Une communication inclusive consiste à adapter le langage et le comportement de manière à ce que chacun se sente pris en compte et respecté. Cela implique notamment d'éviter les présupposés hétéronormatifs (« Votre femme vient-elle vous rendre visite ? »), d'utiliser un langage non genré et de pratiquer l'écoute active lors des conversations. Les professionnels ne doivent pas éviter les conversations sur la sexualité, mais les accompagner avec sensibilité et professionnalisme.

Vie privée et confidentialité

La vie privée est un droit humain fondamental et revêt une importance particulière dans les contextes de soins. Dans les établissements de soins de longue durée, elle est souvent limitée par les chambres à plusieurs lits, les processus organisationnels ou le manque de personnel. L'intimité et les possibilités de se retirer doivent être activement protégées, en particulier dans ce contexte, par exemple grâce à des chambres verrouillables, des règles de visite claires et des espaces de conversation confidentiels.

Consentement éclairé en cas d'altération de la capacité de discernement

La question de la capacité à donner son consentement chez les personnes atteintes de démence ou d'autres troubles cognitifs constitue un sujet particulièrement sensible. Les approches éthiques actuelles soutiennent que le consentement ne doit pas être considéré exclusivement comme un état statique, mais comme un processus dynamique. Les souhaits, les signaux non verbaux et les déclarations biographiques antérieures doivent être pris en compte dans l'évaluation (Dewing, 2007).

Relations professionnelles et responsabilité éthique

Les employés sont souvent tiraillés entre le soutien et la distance professionnelle. Il est essentiel de reconnaître que le besoin de proximité et d'intimité est légitime et nécessaire, sans pour autant

exploiter les relations de dépendance ni franchir les limites. Une supervision régulière et des discussions éthiques sur des cas concrets peuvent apporter un soutien précieux à cet égard.

Exemples de défis rencontrés dans la pratique

Besoins religieux, culturels et queer dans la vie quotidienne

L'« altérisation » survient également lorsque les processus institutionnels partent tacitement d'une « biographie-norme » : hétérosexuelle, germanophone, socialisée dans la tradition chrétienne.

Exemple concret

Une partenaire de même sexe est qualifiée d'« amie » dans la vie quotidienne et n'est pas prise au sérieux en tant que partenaire de vie. Elle est moins naturellement impliquée dans l'organisation des visites que les épouses des hommes.

Ou encore : les rituels religieux, les habitudes alimentaires ou les limites liées à la pudeur en matière d'hygiène personnelle sont considérés comme des « demandes particulières » plutôt que comme faisant partie de la dignité personnelle.

Questions de réflexion

- *Quels modes de vie sont implicitement considérés comme « normaux » dans notre pays ?*
- *Qui doit s'adapter à nos procédures – et dans quels domaines pourrions-nous faire preuve de plus de souplesse ?*
- *Comment faire la distinction entre les limites organisationnelles et la simple habitude ?*

Entretiens et formulaires d'admission

Ces présupposés hétéronormatifs (« mari/femme ») transparaissent également dans les entretiens et formulaires d'admission des institutions et rendent les relations invisibles (Warner, 1991 ; Spade, 2015).

Intimité

Sans vie privée, l'intimité est pratiquement impossible – en particulier dans les espaces partagés (Goffman, 1961).

« Donc, la chambre ou quelque chose comme ça, c'est l'espace privé, l'intimité, etc., de sorte que cela soit simplement accepté et respecté différemment en ce qui concerne l'expression de la sexualité. »

Participant à l'entretien individuel 2025, Göttingen

Pratiques culturelles

La banalisation, l'attitude défensive et l'humour contribuent à établir des normes (Goffman, 1963).

Conflits familiaux

Normes familiales contre autodétermination de la personne (Beauchamp & Childress, 2019).

Incertitude en l'absence de lignes directrices

Lorsque la sexualité « n’a pas lieu », des restrictions ponctuelles apparaissent souvent en cas de conflit (Spade, 2015).

« La [vie sexuelle] n'existe pas vraiment. »

Participant à l'entretien individuel 2025, Göttingen

Recommandations de communication

Décrire plutôt qu’évaluer : « J’ai remarqué que... » plutôt que « C’est inapproprié ».

Poser des questions ouvertes et sans jugement : « Qu’est-ce qui est important pour vous en matière d’intimité, de vie privée ou de relations ? »

Ne pas présumer : ne pas émettre d’hypothèses sur l’orientation sexuelle, le genre, la situation amoureuse ou le « modèle familial » (Warner, 1991).

Langage et attributions culturelles

Exemple concret

Une résidente portant un foulard refuse certains aliments. L’équipe déclare : « Elle ne peut pas manger ça. » En réalité, il ne s’agit pas d’une interdiction religieuse, mais d’une aversion personnelle. Cette attribution culturelle hâtive remplace le questionnement individuel.

Autre exemple : un homme âgé parle très peu de sa vie privée. Le personnel soupçonne un manque d’intérêt pour les contacts sociaux. En réalité, il cache son identité transgenre depuis des décennies et a l’habitude de faire preuve de prudence, car il ne souhaite pas toujours expliquer la transsexualité à tout le monde.

Questions de réflexion

- *Quand interprétons-nous prématurément un comportement d’un point de vue culturel ou religieux ?*
- *Quelles questions pourrions-nous poser au lieu de faire des suppositions ?*
- *Dans quelle mesure parlons-nous ouvertement des différents modes de vie afin que les résidents homosexuels puissent eux aussi se sentir en sécurité ?*

Migration, langue et pouvoir

La langue est un facteur central de l’« autrisme ». Si les personnes âgées ne parlent pas allemand ou ne le parlent que de manière limitée, elles sont plus rapidement classées comme « désorientées » ou « peu coopératives ».

Exemple concret

Un résident ayant une connaissance limitée de l’allemand ne réagit pas aux consignes de soins. Ce comportement est consigné comme un trouble cognitif. En réalité, il ne comprend pas la

situation sur le plan linguistique. Une conversation dans sa langue maternelle montre qu'il est parfaitement orienté.

Ou encore : les proches sont automatiquement sollicités comme interprètes, même pour des sujets sensibles. Il en résulte une perte d'autonomie et d'intimité, tandis que l'on fait appel à des proches dont la tâche est en réalité d'interpréter.

Questions de réflexion

- Dans quels cas confondons-nous les barrières linguistiques avec des troubles cognitifs ?
- Quelles options de médiation linguistique professionnelle connaissons-nous et utilisons-nous ?
- Comment pouvons-nous renforcer la communication non verbale et les soins adaptés à la culture sans réduire les personnes à leur « culture » ?

Corrigez brièvement les erreurs et les erreurs de genre, assumez vos responsabilités, ne dramatisez pas.

Modération respectueuse des tabous

Ne « forcez » pas les espaces de discussion, mais ouvrez-les en toute sécurité

L'un des experts a déclaré lors d'une interview :

**« Avec le tact nécessaire. Ne vous contentez pas d'inviter les gens en leur disant :
"Parlons de sexe." »**

À faire et à ne pas faire

À faire	À éviter
Considérer la sexualité et les relations comme faisant partie intégrante de la qualité de vie, et pas uniquement en cas de conflit	Interpréter le silence comme de la neutralité (Link & Phelan, 2001).
Favoriser activement l'intimité (règles de courtoisie, lieux de retraite, possibilités de visite) (Goffman, 1961).	Imposer des interdictions générales par manque de certitude (« par mesure de précaution ») au lieu d'évaluer chaque cas individuellement (Beauchamp & Childress, 2019).
Réflexion intersectionnelle : identifier les obstacles en matière de reconnaissance, d'accès et de sécurité (Crenshaw, 1989).	Créer des risques de dévoilement (questions posées devant des tiers, documentation sans consentement)
Standardisation de la réflexion d'équipe : règles d'arrêt vs humour humiliant (Goffman, 1963).	Reproduction d'une prise en charge infantilissante.

Facteurs de risque et stratégies d'évitement

Régulation morale

Réactions de professionnels qui ne sont pas neutres, mais qui jugent la sexualité chez les personnes âgées ou les personnes queer – par exemple en la qualifiant de « désagréable », « répugnante » ou, à l'inverse, en la banalisant de manière puérile.

Exemples :

- Une infirmière déclare : « À cet âge-là, ce n'est plus nécessaire... ».
- Rires moqueurs ou regards dédaigneux face à l'intimité entre personnes du même sexe.
- Dépréciation : « Oh, ces deux-là sont aussi mignons que des ados ».

Stratégie : il est ici conseillé de formuler une **règle d'équipe** : « décrire plutôt que juger », ou de recourir à la supervision ou de mettre en place **un accompagnement collégial des cas**.

Logique de protection discriminatoire envers les personnes en situation de handicap

La sexualité des personnes âgées est restreinte, voire empêchée, sous prétexte de « protection » ; notamment en cas de troubles cognitifs et souvent sans qu'un véritable test d'autodétermination ait lieu. Le problème ici est que l'autodétermination est restreinte au profit d'une idée exagérée de protection.

Exemples :

- Une relation est empêchée parce qu'une personne est atteinte de démence (« Elle n'est pas en mesure de prendre cette décision »).
- Les proches ou le personnel interdisent les visites d'un partenaire « pour sa protection ».
- L'intimité est généralement considérée comme « dangereuse ».

Stratégie : Dans ce cas, il est conseillé de mettre en place **une gestion transparente du consentement, des procédures structurées et des lignes directrices d'action pour garantir la protection** des adultes vulnérables (enfants, adolescents) contre toute forme de violence, d'abus, d'exploitation ou de négligence (parcours de protection), **une bonne documentation** et **un examen systématique de chaque cas individuel** (Beauchamp & Childress, 2019).

Geste symbolique

« Inclusion » symbolique, sans véritable changement structurel. Le problème survient lorsque cela se produit sans mesures inclusives supplémentaires ni attitude appropriée. Le tokenisme devient alors une pseudo-inclusion et les véritables problèmes persistent

Exemples :

- Bien intentionné : le drapeau arc-en-ciel à l'entrée – mais le personnel n'est pas formé.



- La charte d'engagement mentionne la « diversité » – mais les plaintes des personnes LGBTQI+ sont ignorées.
- Il y a une « personne de contact queer » – mais elle n'a aucun pouvoir de décision.

Stratégie : examen autocritique au sein de l'organisation

- Langage (utilisons-nous des formulations inclusives ?)
- Locaux (par exemple, disposons-nous d'espaces sûrs où se réfugier ?)
- Règles (sont-elles sensibles à la discrimination ?)
- Voies de recours (à qui s'adressent-elles, et dans quelle mesure sont-elles accessibles et efficaces ?)

Culturalisation

Un comportement ou des besoins sont attribués à la hâte à la « culture » au lieu de prendre en compte le point de vue individuel. Cela réduit les personnes à des stéréotypes, ce qui renforce l'altérisation.

Exemples :

- « C'est tabou dans ta culture, n'est-ce pas ? »
- Supposer qu'une personne réprime sa sexualité en raison de ses origines.
- Attributions généralisatrices aux « familles religieuses ».

Stratégie :

- Poser des questions individuelles au lieu de faire des suppositions ou de tirer des conclusions sans réflexion.
- S'orienter vers des approches intersectionnelles (par exemple, Patricia Hill Collins et Sirma Bilge).

Exemples concrets d'actions inclusives

Formulaires/anamnèse : utilisation de termes neutres dans les formulaires (« partenaire », « personne de référence »), facultatif : pronoms/formule de politesse.

Confidentialité par défaut : respecter l'espace/la salle privée, options « Ne pas déranger », convenir de règles claires concernant la mise en attente des appels.

Culture d'équipe : mettre en place une routine de réflexion (« Qu'est-ce qui nous interpelle ? Quelle norme s'exprime ici ? »), plutôt que de recourir à la plaisanterie ou à la défense (Goffman, 1963).

Système de santé : les antécédents sexuels comme moyen d'autonomisation et de prévention.

« C'est que le médecin de famille pose parfois la question de cette manière. »

Participant à l'entretien individuel 2025, Göttingen

Mise en œuvre d'approches tenant compte des spécificités culturelles

Questions centrées sur la personne

L'accent est mis sur le point de vue de la personne, et non sur des normes ou des a priori.

Exemples :

- « Quelle importance revêt pour vous la proximité ou la relation en ce moment ? »
- « À quoi pouvons-nous ou devons-nous prêter attention ici pour que vous vous sentiez à l'aise ? »
- « Comment aimeriez-vous qu'on s'adresse à vous ? »

Réfléchir à la dimension de la sécurité

Tenir compte du fait que le fait de révéler son identité peut comporter des risques (rejet, stigmatisation, sanctions).

Exemples :

- Une personne ne souhaite pas révéler ouvertement son orientation sexuelle car ses proches y sont hostiles.
- Crainte de discrimination de la part de ses colocataires.
- Crainte que le personnel soignant ne soit alors traité différemment.

Stratégie :

- Garantir la confidentialité
- Proposer des solutions (par exemple, une aide discrète)
- Gérer les informations avec tact
- Référence à la théorie de la stigmatisation (par exemple, Bruce G. Link et Jo C. Phelan)

Orientation éthique

Les actions quotidiennes et les décisions qui s'y rapportent ne reposent pas uniquement sur des règles institutionnelles ou sur ses propres normes, mais s'appuient également sur des principes éthiques tels que **l'autonomie, la bienveillance, la justice et le principe de non-malfaisance** ; dans chaque cas, ces principes sont adaptés au monde de vie individuel de la personne (cf. Beauchamp & Childress, 2019). L'orientation éthique garantit ainsi que les soins adaptés à la culture ne se contentent pas d'être « polis », mais qu'ils sont **systématiquement responsables sur le plan moral, centrés sur la personne** et mis en œuvre **de manière équitable**. Elle constitue le trait d'union entre la théorie (les principes éthiques) et la pratique (la gestion quotidienne de la diversité).



Résumé et messages clés

En résumé, ce chapitre montre clairement que la sexualité et l'identité sont également des aspects essentiels de la dignité humaine et de la qualité de vie chez les personnes âgées. Parallèlement, les témoignages recueillis lors des entretiens avec des experts et les discussions menées dans le cadre du projet « Never gets old » montrent que la sexualité chez les personnes âgées est souvent perçue comme « non prise en compte » dans les contextes institutionnels. La discrimination s'opère souvent par le biais de l'invisibilité, de la mise hors d'état d'agir, de la régulation morale, de la pathologisation et de la surréglementation (Goffman, 1963 ; Link & Phelan, 2001). L'« autrisme » se complexifie lorsque l'âge interagit avec des expériences de migration, de racisme, des modes de vie queer ou des barrières linguistiques. Une attitude professionnelle dans le travail auprès des personnes âgées implique donc également une réflexion intersectionnelle : ne pas tirer de conclusions hâtives, mais rester curieux, poser des questions biographiques et ni dramatiser ni ignorer les différences. Une pratique infirmière sensible à la diversité et critique vis-à-vis des rapports de pouvoir renforce la dignité, la sécurité et le sentiment d'appartenance – en particulier pour les personnes qui ont déjà connu l'exclusion au cours de leur vie.

Dans le cadre du travail auprès des personnes âgées, aborder l'« autrisme » implique donc un changement de perspective : s'éloigner des attributions axées sur les déficits pour s'orienter vers une pratique sensible aux rapports de pouvoir, centrée sur la biographie et consciente de la diversité. Le fondement scientifique aide à comprendre les situations quotidiennes non pas comme des cas isolés, mais comme s'inscrivant dans des dynamiques sociales plus larges – et ainsi à agir de manière plus professionnelle, réfléchie et juste.

Une pratique inclusive consiste à créer les conditions permettant à la diversité de s'exprimer dans la vieillesse. Cela inclut un environnement sûr et respectueux, notamment en matière de communication, de protection de la vie privée et de gestion délicate du consentement éclairé. Ces aspects constituent le fondement d'une pratique éthique. Dans les contextes de soins en particulier, il est nécessaire de remettre en question de manière critique les structures institutionnelles et de renforcer l'autonomie individuelle. Ce module fournit ainsi des pistes importantes pour des soins holistiques et axés sur les droits de l'homme destinés aux personnes âgées.

Messages clés

1. L'« altérisation » est un mécanisme central d'exclusion sociale

- Les personnes âgées, et en particulier les personnes LGBTQI+, voient souvent leur identité, leurs besoins et leurs relations qualifiés de « déviants ».
- L'« autrisme » s'opère subtilement par le langage, les attentes normatives (hétéronormativité, normes liées à l'âge, normes reproductives) et les pratiques structurelles au sein des organisations et des institutions.

2. Les « -ismes » semblent étroitement liés

- Les « -ismes » (sexisme, capacitisme, homophobie/transphobie, exclusion sociale) semblent souvent étroitement liés chez les personnes âgées et influencent la reconnaissance, l'accès aux services et la sécurité individuelle.



3. La discrimination subie tout au long de la vie continue d'avoir des répercussions

- Les expériences biographiques de discrimination, de stigmatisation et de marginalisation influencent le comportement, la confiance et les besoins chez les personnes âgées.
- Les personnes âgées, qui ont autrefois été exclues ou pathologisées, ont besoin d'une prise en charge bienveillante et d'espaces sécurisants.

4. Les présupposés hétéronormatifs et capacitistes renforcent l'altérisation

- Le langage, les rituels et les règles en vigueur dans les établissements de soins présupposent souvent inconsciemment des rôles hétérosexuels, reproductifs et « normaux » liés à l'âge.
- Les intentions protectrices généralisatrices ou les a priori concernant les capacités (par exemple en cas de troubles cognitifs) peuvent porter atteinte à l'autodétermination.

5. Le tokenisme et l'inclusion symbolique ne suffisent pas

- Les drapeaux arc-en-ciel ou les « déclarations de mission en faveur de la diversité » sans véritables mesures structurelles ne suffisent pas à eux seuls et semblent souvent superficiels.
- Une action efficace nécessite généralement des ajustements et des révisions des règles, la mise en place de canaux de plainte inclusifs, des formations et des services de soutien concrets.

6. Des approches respectueuses des différences culturelles et centrées sur la personne atténuent la marginalisation

- Les besoins individuels, les origines culturelles et les significations personnelles sont activement pris en compte.
- L'orientation éthique (autonomie, bien-être, justice, non-mal) est considérée comme une ligne directrice fondamentale pour des décisions transparentes, responsables et respectueuses dans le domaine des soins.
- Les aspects liés à la sécurité (stigmatisation, sanctions institutionnelles, normes familiales) doivent être pris en compte.

7. La réflexion sur ses propres normes et les processus de l'équipe est essentielle

- Les équipes devraient régulièrement partager leurs propres hypothèses, évaluations morales et normes institutionnelles (par exemple, lors de réunions de supervision ou d'éthique).
- « Décrire plutôt qu'évaluer » dans la communication et la documentation permet de réduire les formes subtiles d'altérisation.

Outils pratiques

Cet outil de formation vise à offrir aux participants des occasions d'autoréflexion, à développer leur capacité à agir dans des situations incertaines et sur des thèmes complexes, et à recueillir des idées pour la mise en œuvre de leurs propres offres pédagogiques.

Objectifs d'apprentissage du module de formation « »

1. Sensibilisation et prise de conscience : *rendre visibles les mécanismes « invisibles »*

- Les participants identifient comment l'« altérisation » se manifeste dans les soins quotidiens.
- Ils comprennent l'impact de ce phénomène sur les personnes âgées, en particulier celles issues de la communauté LGBTQI+.
- Ils mènent une réflexion sur leurs propres présupposés (par exemple, l'hétéronormativité, les représentations de la vieillesse).

2. Renforcer les capacités de réflexion : l'autoréflexion professionnelle plutôt que la reproduction inconsciente des normes

- Remettre en question ses propres valeurs, attitudes et préjugés éventuels.
- Reconnaître les ambivalences.
- Mise en place d'une approche valorisante face à l'incertitude au sein de l'équipe.

3. Développer des compétences pratiques pour la vie quotidienne

Être capable d'appliquer des stratégies concrètes, telles que :

- un langage non discriminatoire,
- « Décrire plutôt qu'évaluer »,
- Une conversation centrée sur la personne.

4. Favoriser les compétences en matière de prise de décision éthique

- Application des principes fondamentaux : autonomie, bienveillance, non-malfaisance, justice
- Gestion des dilemmes (par exemple, capacité à donner son consentement, concepts de protection).

5. Renforcer une pratique inclusive et respectueuse des différences culturelles, et la mettre en œuvre au quotidien

- Comprendre les réalités de vie individuelles plutôt que de se fier à des idées reçues stéréotypées.
- Prendre en compte la dimension de la sécurité (stigmatisation, risques de discrimination).
- Favoriser la confiance et créer des espaces sécurisants.



6. Engager un changement structurel

Analyser de manière critique les structures en ce qui concerne :

- Langage et formulaires
- Règles et routines
- Mécanismes de plainte
- Reconnaître et éviter le tokenisme

7. Questions de réflexion pour les équipes

- Quelles expériences de vie différentes peuvent se cacher derrière des réactions apparemment « inhabituelles » ?
- Dans quels cas avons-nous tendance à réduire les personnes à leur origine, leur religion, leur orientation sexuelle ou leur identité de genre ?
- Comment les récits de vie et les questions ouvertes peuvent-ils aider à mieux comprendre le parcours de chacun ?

Groupes cibles de la formation

Principaux groupes cibles

- Infirmiers et infirmières (en hospitalisation et en ambulatoire).
- Aides-soignants / accompagnants.
- Travailleurs sociaux / pédagogues sociaux.
- Formateurs d'adultes.
- Professionnels des thérapies (ergothérapie, kinésithérapie, psychothérapie).

Groupes cibles secondaires

Selon le contexte, les échelons hiérarchiques supérieurs peuvent également tirer profit de cette formation. Dans le cadre des processus de développement organisationnel et des changements structurels, il est judicieux d'impliquer les cadres et les responsables de la gestion de la qualité.

Groupes cibles élargis

Au sens large, les groupes cibles qui jouent souvent indirectement un rôle central au sein des organisations en tirent également profit, car ils sont indispensables et ont généralement davantage de contacts quotidiens avec les résidents, les proches et le personnel médical :

- Les stagiaires dans les métiers des soins infirmiers et du social.
- Le personnel d'entretien et de service.
- Les bénévoles.
- Les proches (facultatif, selon le contexte).

Plan de cours – Module 6

Un guide structuré est utilisé pour planifier et mettre en œuvre ce module dans le cadre d'un travail pédagogique. Il doit être considéré comme une suggestion et offre aux formateurs et aux experts une orientation didactique et méthodologique pour une formation d'une durée d'environ 2,5 heures. Il comprend une présentation PowerPoint ainsi qu'une liste de contrôle pour la préparation, et décrit les acquis d'apprentissage attendus ainsi que trois exercices (voir ci-dessous).

Plan de cours du module 6 – Les « autres-ismes » dans le travail auprès des personnes âgées et très âgées

Présentation du module 6

Exercice 1 – « Reconnaître les lunettes standard »

Objectifs :

- Rendre visibles l'« autreisation » et les présupposés normatifs
- Introduction accessible au sujet

Durée : 35 minutes

Matériel : Fiches de travail préparées à l'avance, en nombre correspondant au nombre de participants, contenant des affirmations « typiques » dans le contexte des soins infirmiers.

Exercice 2 – « Étude de cas »

Objectifs Cas n° 1

- Sensibilisation à la logique protectrice discriminatoire envers les personnes en situation de handicap
- Concilier autonomie et protection
- Appliquer des principes éthiques à des situations concrètes

Objectifs du cas n° 2

- Reconnaître l'exclusion hétéronormative
- Gérer les conflits dans la sphère sociale
- Élaboration de stratégies d'action inclusives

Objectifs Cas n° 3 :

- Éviter les attributions stéréotypées
- Promotion d'une approche individuelle et respectueuse des différences culturelles
- Renforcement des compétences en communication

Objectifs du cas n° 4 :

- Comprendre la différence entre le « tokenisme » et la véritable inclusion
- Analyse des structures institutionnelles
- Élaboration d'approches concrètes pour le changement

Durée : 45 minutes

Ressources : fiches de travail préparées, tableau à feuilles mobiles.

Exercice 3 – Formation des formateurs – « Transposition à votre propre établissement »

Objectifs :

- Les participants élaborent une mini-intervention concrète et réaliste leur permettant d'aborder le thème *de l'altérisation* au sein de leur propre établissement.
- Accent mis sur la mise en œuvre plutôt que sur la théorie

Durée : 60 minutes

Ressources : Fiches de travail préparées contenant les consignes précises et les questions guides pour l'exercice.

Références

Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. et Zurechnungsfähigkeit (2026) : <https://www.akek.de/faq/6-informierte-einwilligung/> (dernière consultation : 05/02/2026).

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8e éd.). Oxford University Press.

Butler, R. N. (1969). L'âgisme : une autre forme de sectarisme. *The Gerontologist*, 9(4, partie 1), 243 et suivantes.

Calasanti, T. M., & Slevin, K. F. (2001). *Genre, inégalités sociales et vieillissement*. AltaMira Press.

Campbell, F. K. (2009). *Les contours de l'ableisme : la construction du handicap et de la capacité physique*. Palgrave Macmillan.

Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). *L'intersectionnalité*. Polity Press.

Crenshaw, K. W. (1989). Démarginaliser l'intersection entre race et sexe : une critique féministe noire de la doctrine antidiscriminatoire, de la théorie féministe et de la politique antiraciste. *University of Chicago Legal Forum*, 1989, p. 139–167.

Dannefer, D. (2003). Avantages/désavantages cumulatifs et parcours de vie : théories de la gérontologie et des sciences sociales. *The Journals of Gerontology : Série B*, 58(6), p. S327–S337.

Dewing, J. (2007). Recherche participative : une méthode pour obtenir le consentement au processus auprès des personnes souffrent de démence. *Dementia*, 6(1), p. 11–25.

Dorsch Lexikon der Psychologie : <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/identitaet> (dernière consultation : 05/02/2026).

Foucault, M. (1976). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Francfort-sur-le-Main : Suhrkamp.

Foucault, M. (1983). *Sexualité et vérité 1 : La volonté de savoir*. Francfort-sur-le-Main : Suhrkamp.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B. et Goldsen, J. (2017). « Cognitive

déficience cognitive, la maladie d'Alzheimer et d'autres démences dans la vie des personnes âgées lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres ainsi que chez leurs aidants. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), p. 545–569.

Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Comportement sexuel : les sources sociales de la sexualité humaine*. Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (1961). *Asylums : Essais sur la situation sociale des malades mentaux et autres internés*. Anchor Books.

Goffman, E. (1963). *Stigmatisation : notes sur la gestion d'une identité compromise*. Prentice-Hall.

Goodley, D. (2014). *Études sur le handicap : théorisation du « disablisme » et de l'« abilisme »*. Routledge.

Herek, G. M. (2000). La psychologie des préjugés sexuels. *Tendances actuelles en psychologie*, 9(1), p. 19-22.

Ingrisch, D. (2022) : « Ça commence dès le plus jeune âge ». Vieillesse et difficultés liées au vieillissement. Dans : mdw- Webmagazin. <https://www.mdw.ac.at/magazin/2022/04/28/es-faengt-schon-an-wenn-wir-ganz-jung-sind/> (dernière consultation : 24/03/2026)

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., & Patsios, D. (2007). *The Multi-de l'exclusion sociale*. Université de Bristol.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualiser la stigmatisation. *Annual Review of Sociology*, vol. 27, p. 363–385.

Schahrzad, Farrokhzad (2019) : *L'autonomisation des jeunes issus d'un milieu migratoire (attribué) entre « othering » et autonomisation personnelle*. Éd. Centre d'information et de documentation pour la lutte contre le racisme e.V. (IDA). Düsseldorf. Lien vers la publication (dernière consultation : 10/11/2025).

Schneider, G. ; Toyka-Seid, C. (2026) : *Le petit lexique politique* d'www.hanisauland.de, Bonn : Centre fédéral pour l'éducation civique. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/das-junge-politik-lexikon/321117/selbstbestimmung/> (dernière consultation : 23/03/2026).

Schultz-Zehden, B. (2013) : *La sexualité chez les personnes âgées*. Dans : Centre fédéral pour l'éducation civique <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/153140/sexualitaet-im-alter/>

Licence CC BY-NC-ND 3.0 DE

Serano, J. (2007). *Whipping Girl : Une femme transsexuelle parle du sexisme et de la féminité prise pour bouc émissaire*. Seal Press.

Sontag, S. (23 septembre 1972). *The Double Standard of Aging*. *The Saturday Review*, p. 29 et suivantes.

Spade, D. (2015). *Normal Life : Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law*. Duke University Press.

Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Seal Press.

Warner, M. (1991). *Introduction : La peur d'une planète queer*. *Social Text*, (29), p. 3–17.

Organisation mondiale de la santé. (2021). *Rapport mondial sur l'âgisme*. Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2015). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Éditions de l'OMS. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content> (dernière consultation : 11/02/2026).

« Repenser le vivre-ensemble » (2022) : Une culture du conflit !?! Suggestions pour gérer l'« othering » et les hostilités. Éd. « Repenser le vivre-ensemble ». Offres pour l'accompagnement des processus communautaires pluriels . Impulsions. Réflexions. Francfort-sur-le-Main. Lien vers la publication (dernière consultation : 10/11/2025).

MODULE 7

*Méthodologies inclusives pour
aborder la sexualité, le genre et la
diversité chez les personnes âgées*

*Élaboré par :
Curt Morgane
Le Girofard*



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Présentation

Pourquoi ce module existe-t-il ?

Savoir quoi faire n'est pas la même chose que savoir comment le faire. De nombreux professionnels travaillant auprès des personnes âgées comprennent, en principe, que la sexualité, le genre et la diversité sont des enjeux importants. Ils ont lu les recommandations, signé les chartes et assisté aux sessions de sensibilisation. Pourtant, lorsqu'ils sont confrontés à une situation concrète – un résident qui souhaite parler de ses besoins intimes, un couple en quête d'intimité, une personne âgée transgenre dont le corps raconte une autre histoire –, ils se retrouvent paralysés. Il leur manque les outils pratiques, les mots justes et la confiance nécessaire pour agir.

Ce module a pour but de combler ce fossé entre l'intention et l'action. Il va au-delà du « pourquoi » de l'inclusion pour se concentrer sur le « comment ». Il fournit aux professionnels des méthodologies concrètes et adaptables pour créer des environnements où chaque personne âgée peut exprimer pleinement son humanité — ses désirs, son identité, son besoin de lien — sans crainte ni honte.

Du silence au dialogue

L'outil le plus puissant dont dispose un professionnel n'est ni une politique ni un protocole : c'est sa capacité à engager la conversation. Mais comment entamer une conversation sur un sujet aussi profondément personnel, aussi tabou sur le plan culturel ? Comment interroger une femme de 85 ans sur sa vie intime sans être indiscret ? Comment faire comprendre à un homme gay qu'il peut évoquer le nom de son partenaire décédé en toute sécurité ? Comment aider une personne atteinte de démence à exprimer son besoin de tendresse ?

Ce ne sont pas là des questions théoriques. Ce sont les défis quotidiens de toute personne travaillant dans les domaines de la gérontologie, du travail social, des soins de santé ou de l'éducation communautaire. Ce module apporte des réponses.

Ce que propose ce module

Ce module est une boîte à outils pratique. Il invite les professionnels à :

- Comprendre les principes fondamentaux : découvrir les éléments essentiels de toute méthodologie inclusive : le respect, la sécurité, le consentement et la sensibilité culturelle.
- Développer leurs compétences en communication : acquérir des techniques pratiques pour adopter un langage inclusif, pratiquer l'écoute active et créer les conditions d'un dialogue en toute sécurité.
- Utiliser des stratégies participatives : aller au-delà des approches descendantes pour co-crée l'apprentissage et les soins avec les personnes âgées elles-mêmes.
- S'adapter à des besoins variés : apprendre à adapter les méthodes aux personnes présentant des capacités cognitives, des états émotionnels et des contextes sociaux différents.
- Gérer les conversations difficiles : gagner en assurance pour aborder des sujets sensibles, du désir au deuil en passant par l'identité.



En fin de compte, ce module affirme que la méthodologie n'est pas un ensemble de techniques rigides, mais une approche flexible, réactive et profondément humaine pour accompagner les personnes dont vous avez la charge.

Objectifs pédagogiques du module 7

À l'issue de ce module, les participants seront capables de :

1. Expliquer pourquoi des méthodologies spécifiques sont nécessaires pour aborder les questions de sexualité, de genre et de diversité avec les personnes âgées, en allant au-delà des bonnes intentions pour passer à une pratique efficace.
2. Appliquer les quatre principes fondamentaux de la méthodologie inclusive — respect, sécurité, consentement et sensibilité culturelle — dans leurs interactions professionnelles.
3. Utiliser des techniques de communication concrètes (questions inclusives, écoute active, signaux non verbaux) pour créer des espaces de dialogue sécurisants.
4. Concevoir et animer des activités participatives et centrées sur l'apprenant qui impliquent les personnes âgées en tant que partenaires actifs dans des conversations sur l'intimité et l'identité.
5. Adapter leur approche pour répondre aux besoins cognitifs, émotionnels et sociaux d'une population diversifiée de personnes âgées, y compris celles atteintes de démence, de déficiences sensorielles ou ayant des antécédents de traumatismes.
6. Aborder avec assurance les conversations difficiles sur des sujets sensibles tels que le désir, la perte, l'identité et le consentement.



Concepts clés et définitions

Méthodologie inclusive

Une approche qui veille activement à ce que tous les participants se sentent pris en compte, écoutés et respectés. Elle s'adapte à la diversité des besoins, remet en question les idées reçues et crée les conditions propices à une pleine participation.

Approche centrée sur l'apprenant

Une méthodologie qui place les besoins, les expériences et les points de vue de l'apprenant au cœur du processus. Le professionnel agit en tant que facilitateur plutôt qu'en tant qu'expert, co-crédant des connaissances et du sens avec les participants.

Stratégie participative

Une approche qui implique activement le groupe cible dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des activités. Elle repose sur le principe « rien sur nous sans nous ».

Sécurité psychologique

La conviction partagée qu'un espace est sûr pour prendre des risques interpersonnels — pour poser des questions, exprimer sa vulnérabilité ou partager des expériences personnelles sans craindre l'embarras ou une sanction.



Écoute active

Technique de communication exigeant de l'auditeur qu'il se concentre pleinement, comprenne, réponde et retienne ce qui est dit. Elle implique à la fois des signaux verbaux et non verbaux d'engagement.

Sensibilité culturelle

La prise de conscience et le respect des différences culturelles en matière de valeurs, de croyances et de pratiques liées à la sexualité, au genre et à l'intimité. Elle exige de l'humilité et une volonté d'apprendre à partir du cadre de référence de l'autre.

Approche tenant compte des traumatismes

Une méthodologie qui reconnaît la prévalence des traumatismes et évite activement la retraumatisation. Elle privilégie la sécurité, la confiance, le libre choix, la collaboration et l'autonomisation.



Comprendre le sujet

1. Pourquoi les méthodologies sont-elles importantes : au-delà des bonnes intentions

Les bonnes intentions ne suffisent pas. En effet, sans méthodologie appropriée, des professionnels bien intentionnés peuvent causer du tort par inadvertance. Cette section explore les raisons pour lesquelles une approche délibérée et structurée est essentielle.

1.1. Le risque de préjudice involontaire

Considérons ces scénarios courants :

- Un soignant bien intentionné, soucieux d'être inclusif, demande à une nouvelle résidente : « Alors, avez-vous un mari ou une femme ? » La résidente, une lesbienne qui a perdu sa compagne il y a des années, se sent ignorée et invisible.
- Un travailleur social, dans l'espoir d'instaurer un dialogue ouvert, commence une séance de groupe en demandant à chacun de partager « son expérience de la sexualité ». Un silence s'installe dans la salle. Les participants se sentent exposés et vulnérables.
- Un animateur organise une « soirée cinéma romantique » pour les couples, isolant sans le vouloir tous les résidents célibataires, veufs ou sans partenaire.

Dans chaque cas, le professionnel avait de bonnes intentions. Mais sans méthodologie — sans réflexion approfondie sur le langage, la sécurité et l'inclusion —, ses actions ont causé du tort. La méthodologie n'est pas une question de bureaucratie ; c'est une question d'intentionnalité. C'est la différence entre espérer être inclusif et l'être réellement.

1.2. Le pouvoir du « programme caché »

Dans tout contexte éducatif ou de soins, il existe un « programme caché » : ces normes, valeurs et présupposés tacites qui se transmettent par les actes, et non par les mots. En matière de sexualité et de genre, ce programme caché est souvent puissant et préjudiciable :



- Le silence enseigne l'insignifiance : lorsque les professionnels n'évoquent jamais l'intimité ou l'identité, ils enseignent aux personnes âgées que ces sujets ne sont pas importants, qu'ils ne sont pas les bienvenus.
- Les présupposés enseignent l'invisibilité : lorsque les formulaires ne proposent que les mentions « M. / Mme », lorsque les questions partent toujours du principe de l'hétérosexualité, lorsque les activités sont strictement genrées, les professionnels enseignent aux personnes LGBTQIAP+ et de genre divers qu'elles n'existent pas.
- La gêne enseigne le danger : lorsqu'un professionnel change de langage corporel, lorsqu'il change rapidement de sujet, lorsqu'il évite le contact visuel, il enseigne que ce sujet est dangereux, honteux.

La méthodologie nous donne les outils pour examiner et transformer le programme caché. Elle nous permet d'être intentionnels quant à ce que nous enseignons à travers nos actions.

1.3. La nécessité de l'adaptabilité

Il n'existe pas de « bonne façon » unique d'aborder la sexualité, le genre et la diversité avec les personnes âgées. Une méthodologie qui fonctionne à merveille avec un groupe de seniors en bonne santé cognitive et socialement engagés peut échouer complètement auprès de personnes atteintes de démence. Une approche qui semble rassurante pour une femme hétérosexuelle cisgenre peut paraître menaçante pour un homme trans ayant subi des violences en milieu institutionnel.

C'est pourquoi ce module met l'accent sur des principes et des stratégies adaptables, et non sur des techniques rigides. Une véritable méthodologie est flexible ; elle s'adapte à la situation de la personne telle qu'elle est, plutôt que de forcer la personne à s'adapter à la méthode.

2. Principes fondamentaux d'une méthodologie inclusive

Toutes les méthodologies efficaces pour aborder des sujets sensibles avec des personnes âgées reposent sur quatre principes interdépendants : le respect, la sécurité, le consentement et la sensibilité culturelle.

2.1. Le respect : fondement de toute interaction

Le respect n'est pas seulement une attitude ; c'est un ensemble de comportements observables. Dans la pratique, le respect signifie :

- Considérer la personne dans sa globalité : reconnaître qu'une personne âgée n'est pas seulement un patient ou un résident, mais un être humain à part entière, avec une histoire, des désirs et une identité.
- Préserver la dignité : cela signifie, par exemple, toujours frapper à la porte et attendre une réponse avant d'entrer dans une chambre privée. Cela signifie aborder les besoins en matière de soins intimes avec discrétion, et non à voix haute dans un espace commun.
- Utiliser les prénoms et les pronoms préférés : c'est un acte fondamental de reconnaissance. Cela nécessite de demander, et non de supposer.
- Éviter l'infantilisation : ne jamais utiliser de termes tels que « ma chérie », « ma chère » ou « jeune fille » avec les personnes âgées. S'adresser à elles en tant qu'adultes à part entière.

- Valoriser l'expérience : reconnaître que les personnes âgées ont mené une vie riche et possèdent une sagesse à partager. Elles sont les expertes de leur propre expérience.

2.2. Sécurité : créer les conditions propices à l'expression de la vulnérabilité

Pour qu'une personne âgée puisse parler d'intimité, d'identité ou de désir, elle doit se sentir en sécurité. La mise en place d'un climat de sécurité psychologique comporte plusieurs aspects :

Sécurité physique :

- Des espaces privés et confidentiels propices à la conversation.
- Des signes visibles d'inclusion (autocollants arc-en-ciel, affiches inclusives) indiquant que « cet endroit est sûr ».
- Des procédures claires pour signaler toute forme de discrimination ou d'abus.

Sécurité émotionnelle :

- Des interactions prévisibles et cohérentes qui renforcent la confiance.
- Pas de jugement, pas de choc, pas de questions inappropriées.
- Le droit de ne pas répondre ou de ne pas participer.
- Des limites claires quant à ce qui sera partagé et avec qui (confidentialité).

Sécurité sociale :

- des accords de groupe qui garantissent le respect et la confidentialité.
- Une animation qui veille à ce que personne ne soit pris pour cible ou ne se sente différent.
- Des activités qui favorisent les liens et le soutien mutuel entre les participants.

2.3. Le consentement : un processus continu et actif

Le consentement n'est pas une simple case à cocher ponctuelle. Dans le cadre de discussions sur des sujets sensibles, le consentement doit être :

- Continu : vérifiez régulièrement : « Est-ce que ça vous va si on continue à parler de ça ? » « Préférez-vous qu'on s'arrête ? »
- Actif : recherchez un engagement enthousiaste, et non une simple acceptation passive. Soyez attentif aux signes de malaise : repli sur soi, agitation, changement de ton.
- Spécifique : le consentement à aborder un sujet n'implique pas le consentement à en aborder un autre.
- Révocable : Précisez clairement que la personne peut retirer son consentement à tout moment, pour n'importe quelle raison, sans conséquence.

Pour les personnes présentant des troubles cognitifs, l'évaluation du consentement nécessite des compétences particulières. Recherchez l'assentiment — un engagement positif exprimé par le langage corporel, le ton de la voix et l'expression. Soyez attentif aux signes de détresse ou de retrait, qui peuvent indiquer un refus même si la personne ne peut l'exprimer verbalement.

2.4. Sensibilité culturelle : aller à la rencontre des personnes là où elles se trouvent

La sensibilité culturelle ne signifie pas tout savoir sur toutes les cultures. Elle implique :

- Faire preuve d'humilité culturelle : considérer chaque personne comme l'expert de son propre cadre culturel. Demander : « Pouvez-vous m'aider à comprendre ce que cela signifie dans votre culture ? »
- Éviter les a priori : ne pas supposer qu'une personne issue d'un milieu particulier adhère à certaines croyances. La diversité est aussi grande au sein des cultures qu'entre elles.
- Reconnaître l'intersectionnalité : comprendre que l'expérience d'une personne est façonnée par l'intersection de multiples identités — âge, genre, sexualité, origine ethnique, religion, handicap.
- Adapter le langage et les concepts : être conscient que des mots tels que « gay », « trans » ou même « partenaire » peuvent ne pas trouver d'écho dans tous les contextes culturels. Utiliser le langage propre à la personne lorsque cela est possible.

3. Approches de communication : instaurer un dialogue sécurisant

La communication est l'outil principal de toute méthodologie inclusive. Cette section propose des techniques concrètes pour instaurer un dialogue sûr, respectueux et productif.

3.1. Le pouvoir du langage

Le langage façonne la réalité. Les mots que nous choisissons peuvent ouvrir des portes ou les fermer. Voici des conseils pratiques pour une communication inclusive :

Au lieu de...	Essayez plutôt...	Pourquoi
« Avez-vous un mari/une femme ? »	« Y a-t-il une personne importante dans votre vie ? » / « Parlez-moi de vos relations. »	Ne présuppose ni l'hétérosexualité ni l'état civil.
« Monsieur/Madame [Prénom] »	Utilisez le prénom (si la personne le préfère) ou demandez : « Comment souhaitez-vous qu'on s'adresse à vous ? »	Respecte l'identité de genre et les préférences personnelles.
« Quand vous étiez jeune... »	« Tout au long de votre vie... »	Évite de donner l'impression que la vie de la personne est « terminée ».
« Vous êtes tellement courageux/jeune d'esprit ! »	« Merci de m'avoir fait part de cela. »	Évite les formules condescendantes.
« Ça a dû être difficile pour votre mari. »	« Comment cela a-t-il affecté vos proches ? »	Ne présume pas du sexe du partenaire.

3.2. L'écoute active : au-delà de la simple compréhension des mots

L'écoute active est une compétence qui s'acquiert. Elle implique :

Des techniques verbales :

- Paraphraser : « Si je comprends bien, tu dis que tu t'es senti blessé(e) quand... »
- Refléter les sentiments : « On dirait que cette expérience a été très douloureuse pour toi. »
- Poser des questions ouvertes : « Peux-tu m'en dire plus à ce sujet ? » plutôt que « Est-ce que cela t'a rendu triste ? »
- Petites phrases d'encouragement : « Mm-hmm », « Je vois », « Raconte-moi davantage »

Techniques non verbales :

- Contact visuel : chaleureux et attentif, sans fixer l'interlocuteur.
- Posture ouverte : bras non croisés, corps tourné vers l'interlocuteur.
- Se pencher légèrement vers l'interlocuteur : cela montre de l'intérêt et de l'engagement.
- Hochements de tête : signalent la compréhension et l'encouragement.
- Silence : laisser à la personne le temps de réfléchir et de s'exprimer sans chercher à combler le silence à tout prix.

3.3. Créer les conditions propices au dialogue

Parfois, le travail le plus important se fait avant même qu'un seul mot ne soit prononcé. Créer les conditions propices au dialogue signifie :

Préparer l'espace :

- Choisissez un endroit privé et confortable.
- Disposez les sièges de manière à faciliter la conversation (chaises placées en angle, et non face à face de part et d'autre d'un bureau).
- Supprimer les obstacles physiques.
- Veillez à ce que l'espace soit chaleureux et accueillant.

Donner le ton :

- Commencez par expliquer clairement l'objectif et les limites de la rencontre.
- Garantisiez la confidentialité : « Ce dont nous discutons ici reste privé. Je ne serais amené(e) à partager ces informations que si... »
- Insistez sur le droit de la personne à choisir ce qu'elle souhaite partager.

Utilisez des repères visuels :

- Affichez des images inclusives (drapeaux arc-en-ciel, couples de toutes origines, personnes de tous âges).



- Mettez à disposition des supports (livres, brochures) qui traduisent une attitude d'ouverture.
- Portez un badge indiquant vos pronoms ou mentionnez-les dans votre présentation.

3.4. L'art de poser des questions

Les questions peuvent encourager le partage ou le freiner. Voici quelques conseils pour poser des questions sur des sujets sensibles :

À faire	À éviter
Questions ouvertes : « Quelle a été votre expérience de... »	Questions suggestives : « Ça a dû être difficile pour toi, n'est-ce pas ? »
Questions qui normalisent la diversité : « Avez-vous déjà eu un partenaire d'un autre genre ? »	Questions qui présupposent une pathologie : « Quand avez-vous réalisé que vous étiez différent(e) ? »
Questions qui proposent un choix : « Aimeriez-vous me parler de vos relations ? »	Questions exigeant des révélations : « Parlez-moi de votre histoire sexuelle. »
Questions qui suivent le fil de la conversation : « Vous avez mentionné votre partenaire tout à l'heure. Aimeriez-vous en parler davantage ? »	Questions intrusives ou indiscrètes : « Et ensuite, que s'est-il passé ? »

4. Stratégies participatives et centrées sur l'apprenant

Les approches traditionnelles de l'éducation et de la prise en charge sont souvent descendantes : le professionnel est l'expert, la personne âgée est le bénéficiaire. Les stratégies participatives et centrées sur l'apprenant renversent ce modèle. Elles reconnaissent l'expertise selon laquelle les personnes âgées sont les expertes de leur propre vie et qu'un apprentissage et un soutien significatifs passent par la collaboration, et non par des prescriptions.

4.1. Le principe « Rien sur nous sans nous »

Ce principe, issu du militantisme en faveur des droits des personnes en situation de handicap, est fondamental pour un travail inclusif auprès des personnes âgées. Il signifie :

- Impliquer les personnes âgées dans la conception : lors de la création d'un nouveau programme, d'une nouvelle activité ou d'une nouvelle politique, associez les personnes âgées dès le début. Demandez-leur ce dont elles ont besoin, ce qu'elles souhaitent, ce qui a fonctionné ou non par le passé.
- Co-crée le contenu : élaborer des supports et des activités avec les personnes âgées, et pas seulement pour elles. Laissez-les définir le programme.
- Partager le pouvoir : reconnaître que l'expertise du professionnel vient compléter, et non supplanter, l'expérience vécue par la personne âgée.

4.2. Méthodes participatives pratiques

Groupes de discussion :

- Petites discussions animées réunissant 6 à 8 participants.
- Utilisés pour explorer les expériences, les besoins et les idées.
- Peuvent se dérouler en une seule séance ou de manière continue.
- Particulièrement utiles pour recueillir des points de vue variés.

Ateliers de co-conception :

- Séances structurées au cours desquelles des professionnels et des personnes âgées travaillent ensemble pour concevoir une solution (un programme, un espace, une ressource).
- Utilisent des techniques créatives (brainstorming, prototypage, jeux de rôle).
- Mettent l'accent sur un partenariat égalitaire et une prise de décision partagée.

Animation par les pairs :

- Former les personnes âgées à animer des discussions ou des activités avec leurs pairs.
- Tire parti de la force de l'expérience partagée.
- Renforce les capacités et la confiance au sein de la communauté.

Groupes consultatifs communautaires :

- Mettre en place un groupe permanent de personnes âgées chargé de conseiller l'organisation sur ses politiques, ses programmes et ses pratiques.
- Veiller à ce que le groupe soit diversifié et représentatif.
- Rémunérer les membres pour leur temps et leur expertise.

4.3. Techniques d'animation centrées sur l'apprenant

Dans tout contexte de groupe, le rôle de l'animateur est de créer les conditions propices à l'apprentissage, et non de transmettre des contenus.

Parmi les techniques clés, on peut citer :

Partir du niveau des participants :

- Commencez par demander aux participants ce qu'ils savent déjà, ce qu'ils souhaitent apprendre et quelles sont leurs préoccupations.
- Adaptez le programme en fonction de leurs réponses.

Recourir à l'apprentissage par l'expérience :

- Concevez des activités autour des expériences personnelles des participants.
- Recourez à des récits, des études de cas et des scénarios tirés de la vie réelle.

- Créez des occasions de réflexion et de partage.

Encourager l'apprentissage entre pairs :

- Organisez les activités de manière à ce que les participants apprennent les uns des autres.
- Recourez à des discussions en petits groupes, à des échanges par deux et à une synthèse en plénière.
- Validez et valorisez les contributions de tous les participants.

Offrir le choix :

- Proposez plusieurs façons de participer (parler, écrire, dessiner, bouger).
- Permettez aux participants de choisir leur niveau d'implication.
- Respectez le droit de ne pas participer.

Faire le point :

- Résumez ce qui a été appris.
- Demandez aux participants ce qu'ils retiendront de cette séance.
- Expliquez comment leurs contributions seront utilisées.

5. Adapter les méthodes à la diversité des besoins

Il n'existe pas de méthodologie unique qui convienne à tout le monde. Les professionnels efficaces adaptent leur approche pour répondre aux besoins spécifiques de chaque individu ou groupe. Cette section fournit des conseils pour adapter les méthodes à différents contextes cognitifs, émotionnels et sociaux.

5.1. Adaptation aux besoins cognitifs

Pour les personnes atteintes de **démence** ou de **troubles cognitifs** :

- Simplifiez le langage : utilisez des phrases courtes et claires. Évitez les concepts abstraits. Soyez concret.
- Utilisez plusieurs supports : associez les mots à des images, des objets, de la musique ou des mouvements.
- Concentrez-vous sur le moment présent : plutôt que de poser des questions sur des expériences passées, concentrez-vous sur les sentiments et les besoins actuels.
- Soyez attentif aux indices non verbaux : le langage corporel, les expressions faciales et le ton de la voix sont souvent plus fiables que les mots.
- Validez les émotions : même si les propos de la personne n'ont pas de sens, ses sentiments sont réels. Reflétez-les et validez-les. Il s'agit d'une approche axée sur la reconnaissance et l'acceptation des sentiments et de la réalité subjective d'une personne atteinte de démence, plutôt que sur la correction d'inexactitudes factuelles ou la confrontation face à la confusion.
- Mettez en place des routines : des structures prévisibles réduisent l'anxiété et créent un sentiment de sécurité.



Pour les personnes présentant **des troubles sensoriels** :

- En cas de perte auditive : placez-vous face à la personne, parlez clairement, réduisez les bruits de fond. Utilisez des supports écrits. Envisagez de faire appel à des interprètes en langue des signes.
- En cas de déficience visuelle : décrivez oralement les supports visuels. Utilisez des objets tactiles. Veillez à un bon éclairage.
- Fournissez les documents dans des formats accessibles : gros caractères, audio, braille, « Easy Read ».

Pour les personnes souffrant **d'aphasie ou de difficultés de communication** :

- Accordez-leur plus de temps : laissez la personne assimiler l'information et répondre sans la presser.
- Utilisez des aides à la communication : images, écriture, gestes, tableaux de communication.
- Posez des questions fermées (oui/non) lorsque cela est approprié : « Souhaitez-vous continuer ? » « Êtes-vous à l'aise ? »
- Vérifiez que vous avez bien compris : « Je crois que vous dites... C'est bien ça ? »

5.2. S'adapter aux besoins émotionnels

Pour les personnes ayant **subi des traumatismes** :

- Adoptez une approche tenant compte des traumatismes : privilégiez la sécurité, la confiance, le choix, la collaboration et l'autonomisation.
- Évitez les sujets susceptibles de déclencher des réactions : gardez à l'esprit que certains sujets (violences sexuelles, examens médicaux, certains types de contacts physiques) peuvent être très traumatisants.
- Donnez le contrôle : insistez sur le fait que la personne peut s'arrêter à tout moment et choisir ce qu'elle souhaite partager.
- Soyez attentif aux signes de détresse : repli sur soi, agitation, dissociation. Soyez prêt à faire une pause ou à vous arrêter.
- Disposez de ressources de soutien : sachez comment orienter la personne vers des services tenant compte des traumatismes si nécessaire.

Pour les personnes en **deuil ou ayant subi une perte** :

- Reconnaissez la perte : « Je comprends que votre partenaire est décédé(e). Cela doit être très difficile. »
- Suivez le rythme de la personne : certaines personnes ont envie de parler, d'autres non. Respectez leur rythme.
- Créez un espace dédié au souvenir : proposez des occasions de rendre hommage à leurs proches si elles le souhaitent.
- Soyez présent : parfois, le soutien le plus efficace consiste simplement à être là, sans rien dire.

Pour les personnes **anxieuses ou timides** :

- Commencez en douceur : instaurez la confiance progressivement. N'insistez pas.
- Proposez des alternatives : certaines personnes préfèrent les conversations en tête-à-tête aux discussions en groupe. D'autres préfèrent écrire plutôt que parler.
- Normalisez le malaise : « C'est tout à fait normal de se sentir un peu mal à l'aise en parlant de ça. »
- Proposez des activités structurées : les jeux, les quiz ou les projets artistiques peuvent être perçus comme plus rassurants qu'une discussion ouverte.

5.3. S'adapter aux contextes sociaux et culturels

Pour les personnes issues de **milieux culturels différents** :

- Renseignez-vous sur les normes culturelles : mais ne faites pas de suppositions, posez des questions.
- Utilisez la langue de la personne dans la mesure du possible : faites appel à des interprètes si nécessaire.
- Tenez compte de la dynamique familiale : dans certaines cultures, la participation de la famille aux décisions est attendue et souhaitée.
- Respectez les valeurs différentes : même si elles diffèrent des vôtres.
- Évitez d'imposer des concepts occidentaux de sexualité et d'identité : utilisez le cadre de référence de la personne.

Pour les personnes **vivant en milieu rural ou isolé** :

- Utilisez la technologie de manière créative : appels vidéo, soutien téléphonique, groupes en ligne.
- S'appuyer sur les réseaux existants : collaborez avec des associations locales, des organisations confessionnelles ou des clubs.
- Faites preuve de patience : l'instauration d'un climat de confiance peut prendre plus de temps dans les communautés très soudées où l'intimité est limitée.

Pour les personnes disposant **d'un soutien social limité** :

- Soyez une présence constante : la fiabilité renforce la confiance.
- Mettez-la en relation avec les ressources communautaires : aidez-la à trouver des groupes, des services ou des activités.
- Reconnaissez le rôle de la « famille choisie » : encouragez les liens avec les amis, les voisins et d'autres soutiens non traditionnels.

6. Aborder les sujets sensibles et les conversations difficiles

Même avec la meilleure préparation qui soit, les conversations sur la sexualité, le genre et l'intimité peuvent s'avérer délicates. Cette section propose des stratégies pour gérer les moments difficiles.



6.1. Lorsqu'une personne vous confie quelque chose d'inattendu

- Restez calme : votre réaction donne le ton. Respirez. Gardez une expression neutre et bienveillante.
- Prenez acte de cette révélation : « Merci de me faire suffisamment confiance pour me confier cela. »
- Reformulez ce qui a été dit : « Donc, ce que vous me dites, c'est que... »
- Demandez-lui ce dont elle a besoin : « Comment puis-je t'aider au mieux en ce moment ? »
« Qu'est-ce qui te ferait du bien ? »
- Ne cherchez pas à en savoir plus : vous n'avez pas besoin de connaître tous les détails. Concentrez-vous sur les besoins de la personne, pas sur votre curiosité.
- Connaissez vos limites : si le problème dépasse votre domaine d'expertise, dites-le et aidez la personne à trouver l'aide appropriée.

6.2. Quand une conversation devient chargée d'émotion

- Faites une pause : « Je vois que cela suscite des émotions fortes. Voulez-vous prendre un moment ? »
- Validez ses émotions : « C'est tout à fait normal que vous ressentiez cela. »
- Proposez des choix : « Souhaitez-vous continuer, ou préférez-vous vous arrêter pour l'instant ? »
- Utilisez des techniques d'ancrage si nécessaire : « Prenons ensemble quelques respirations profondes. » « Pouvez-vous citer trois choses que vous voyez dans cette pièce ? »
- Soyez présent : n'essayez pas de « régler » l'émotion. Contentez-vous d'accompagner la personne.

6.3. Lorsqu'une personne tient des propos inappropriés ou blessants

- Restez calme et professionnel : ne la faites pas honte et ne l'attaquez pas.
- Mettez le comportement en avant, pas la personne : « Ce commentaire sur [le groupe] est blessant. Ici, nous traitons tout le monde avec respect. »
- Profitez-en pour en tirer une leçon : « Peux-tu m'en dire plus sur les raisons qui t'ont poussé à dire cela ? » « Comment penses-tu que cela pourrait être perçu par quelqu'un qui appartient à [groupe] ? »
- Rappelez les accords du groupe : « N'oubliez pas que nous avons convenu d'écouter avec un esprit ouvert. »
- Si le comportement persiste, abordez-le en privé : « J'aimerais te parler d'un incident qui s'est produit tout à l'heure au sein du groupe... »

6.4. Lorsque vous ne connaissez pas la réponse

- Soyez honnête : « C'est une très bonne question. Je ne connais pas la réponse, mais je peux me renseigner pour vous. »

- Proposition de recherche commune : « Ça te dirait qu'on se penche là-dessus ensemble ? »
- Mettez-le en relation avec des ressources : « Je connais une association spécialisée dans ce domaine. Voulez-vous leurs coordonnées ? »
- Assurez le suivi : si vous promettez de trouver des informations, tenez votre promesse.

7. Études de cas : les méthodologies en action

Ces études de cas illustrent comment les principes et les techniques présentés dans ce module peuvent être appliqués dans des situations réelles.

Étude de cas n° 1 : l'atelier d'éducation communautaire

Contexte : Un centre communautaire d'une petite ville souhaite proposer un atelier sur le thème « Intimité et vieillissement » destiné aux seniors de la région. Il n'a jamais organisé ce type d'activité auparavant et ne sait pas trop comment s'y prendre.

Méthodologie en action :

1. Conception participative : avant de concevoir l'atelier, les organisateurs organisent deux groupes de discussion avec des seniors locaux afin de comprendre leurs centres d'intérêt, leurs préoccupations et leurs besoins. Ils apprennent que les participants souhaitent aborder le maintien des liens après un deuil, la gestion de nouvelles relations et la manière de faire face aux réactions de la famille. Ils indiquent clairement qu'ils ne souhaitent PAS une présentation de type « éducation sexuelle ».
2. Co-crédation : un comité de planification composé de quatre seniors et de deux membres du personnel est constitué. Ensemble, ils conçoivent une série d'ateliers en quatre séances. Les seniors proposent des titres qui leur semblent adaptés (« L'amour et les liens à tout âge ») et des activités qui leur donnent un sentiment de sécurité (commencer par des discussions générales avant de passer à des partages personnels).
3. Instauration d'un climat de sécurité : la première séance est entièrement consacrée à l'instauration de la confiance et à l'établissement de règles de groupe. Les participants élaborent ensemble des règles : confidentialité, droit de s'abstenir, absence de jugement, écoute respectueuse. Les animateurs incarnent ces principes tout au long de l'atelier.
4. Animation centrée sur les apprenants : Chaque séance commence par un tour de table et une question : « De quoi souhaitez-vous parler aujourd'hui ? » L'ordre du jour s'adapte aux besoins des participants. Lorsqu'une personne partage une expérience personnelle, l'animateur invite les autres à réfléchir : « Quelqu'un d'autre a-t-il vécu une expérience similaire ? »
5. S'adapter aux besoins : une participante est atteinte d'une démence à un stade précoce. L'animateur prend régulièrement de ses nouvelles, utilise un langage simple et valorise ses contributions. Lorsqu'elle semble perdue, l'animateur la recadre avec douceur ou lui propose de faire une pause.
6. Faire le point : lors de la dernière séance, les participants réfléchissent à ce qu'ils ont appris et à ce qu'ils en retiendront. Plusieurs d'entre eux expriment leur souhait de continuer à se réunir. Le centre accepte de soutenir la poursuite d'un groupe de discussion animé par les pairs.

Étude de cas n° 2 : l'entretien individuel



Contexte : Marie, une aide à domicile, rend régulièrement visite à M. Ahmed, âgé de 82 ans. Il est veuf depuis peu et semble de plus en plus renfermé. Marie soupçonne qu'il se sent peut-être seul et isolé.

Mise en œuvre de la méthodologie :

1. Créer les conditions propices : Marie s'assure qu'ils disposent de suffisamment de temps pour une conversation en tête-à-tête. Elle s'assoit dans un fauteuil confortable près de lui, et non de l'autre côté d'une table. Elle commence par lui poser des questions générales sur son état d'esprit.
2. Écoute active : Lorsque M. Ahmed mentionne que « la compagnie lui manque », Marie ne se précipite pas pour proposer des solutions. Elle reformule : « On dirait que vous vous sentez seul depuis le décès de votre femme. » Elle laisse un moment de silence pour qu'il puisse répondre.
3. Poser des questions ouvertes : « Comment était votre mariage ? », demande-t-elle. M. Ahmed commence à parler de sa femme, de leur vie à deux. Marie écoute sans l'interrompre.
4. Suivre le fil de la conversation : lorsque M. Ahmed mentionne qu'il pense parfois à « ce qui va suivre », Marie lui demande avec douceur : « Que voulez-vous dire par là ? » Cela ouvre une conversation sur la possibilité qu'il souhaite à nouveau avoir de la compagnie — une idée à laquelle il avait même peur de penser.
5. Respecter les limites : lorsque M. Ahmed a les larmes aux yeux, Marie marque une pause. « Cela fait remonter beaucoup d'émotions. Souhaitez-vous continuer, ou préférez-vous vous arrêter là ? » Il choisit de continuer, mais la proposition de Marie le rassure quant à son autonomie.
6. Offrir un soutien, pas des solutions : À la fin, Marie ne lui dit pas quoi faire. Elle lui demande : « Qu'est-ce qui vous aiderait le plus en ce moment ? » M. Ahmed répond qu'il aimerait peut-être se rendre dans un centre communautaire local. Marie lui propose de l'aider à trouver des informations.
7. Assurer la continuité : lors des visites suivantes, Marie prend discrètement de ses nouvelles : « Avez-vous réfléchi davantage au centre communautaire ? » Elle n'insiste pas, mais laisse la porte ouverte.

Étude de cas n° 3 : la réponse de l'établissement

Contexte : Une maison de retraite se rend compte qu'elle ne dispose d'aucun protocole pour accompagner les relations intimes de ses résidents. Après que deux résidents, tous deux atteints de démence, ont entamé une relation, le personnel est divisé sur la manière de réagir.

Méthodologie en action :

1. Consultation multipartite : l'établissement convoque un groupe de travail comprenant des membres du personnel de tous les niveaux, les familles des résidents et, élément crucial, les autres résidents eux-mêmes. Un consultant externe spécialisé dans la méthode VIAS anime la consultation. (« VIAS » est utilisé comme cadre d'analyse en gestion de projet ou en éthique des soins ; une définition possible serait : V – Vérifier les faits et les perceptions / I – Identifier le problème central et les principes éthiques / A – Évaluer les risques et les options / S – Élaborer une stratégie / Décider d'une réponse collective).
2. Approche tenant compte des traumatismes : la consultation commence par reconnaître que certains résidents et membres du personnel peuvent avoir des antécédents de traumatismes liés à la sexualité. Des règles de base sont établies pour garantir un dialogue respectueux.

3. Évaluation des besoins et des préoccupations : à travers des discussions animées, le groupe identifie les enjeux clés : manque d'intimité, malaise du personnel, préoccupations des familles, absence de politique claire, crainte d'abus.
4. Élaboration conjointe de solutions : Le groupe réfléchit à des solutions possibles : installation de panneaux « Ne pas déranger », création d'un espace de visite privé, mise en place d'un programme de formation du personnel, élaboration d'un protocole simple pour évaluer la capacité à donner son consentement.
5. Élaboration d'un projet de politique : un groupe restreint rédige un projet de politique sur la base de la consultation. Celui-ci comprend des principes clairs (droit à l'intimité, droit à des relations, engagement en faveur de la sécurité), des lignes directrices pratiques et un processus décisionnel pour les situations complexes.
6. Phase pilote et retours d'expérience : Le projet de politique fait l'objet d'une phase pilote de trois mois. Le personnel et les résidents sont invités à faire part de leurs commentaires. Des ajustements sont apportés.
7. Mise en œuvre et révision continue : la politique définitive est adoptée. Elle comprend un engagement à la réviser chaque année et à continuer d'impliquer les résidents dans sa mise en œuvre.



Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels

Réflexes essentiels à développer

Langage :

- Remplacer les questions fermées et présomptives par des questions ouvertes et inclusives.
- Renseignez-vous sur les pronoms et les formules d'adresse préférées.
- Utilisez des termes neutres tels que « partenaire » jusqu'à ce que vous en sachiez davantage.
- Sur les formulaires, remplacez « M./Mme » par « Prénom, nom, pronoms préférés ».

Posture :

- Placez-vous au même niveau que votre interlocuteur.
- Adoptez un langage corporel ouvert et détendu.
- Établissez un contact visuel chaleureux sans fixer la personne.
- Soyez présent : rangez votre téléphone et tout autre élément susceptible de vous distraire.

Environnement :

- Veillez à ce que les espaces privés restent véritablement privés.
- Afficher des signes visibles d'inclusion.
- Fournir des supports dans des formats accessibles.
- Créer des occasions de créer des liens (espaces sociaux, activités, événements).

Pratique :

- Demandez toujours le consentement avant d'aborder des sujets sensibles.
- Suivez l'exemple de la personne concernée : c'est elle qui connaît le mieux sa propre vie.
- En cas de doute, demandez : « Qu'est-ce qui vous aiderait le plus en ce moment ? »
- Connaissez vos limites et sachez quand orienter la personne vers un autre professionnel.

Pièges courants à éviter

- Faire des suppositions au lieu de poser des questions : supposer que la personne est hétérosexuelle, supposer qu'elle est à l'aise, supposer ce dont elle a besoin.
- Se précipiter vers des solutions : parfois, la chose la plus efficace est simplement d'écouter.
- Éviter complètement le sujet : le silence n'est pas neutre — il laisse entendre que le sujet est tabou.
- Utiliser du jargon ou un langage complexe : restez simple et clair.



- Tout ramener à soi : « Quand je... », « Je pense que... ». Concentrez-vous sur la personne.
- Insister trop : respectez le droit de ne pas s'exprimer, le droit à la vie privée, le droit de dire non.



Résumé et messages clés

- La méthodologie est essentielle. Les bonnes intentions ne suffisent pas. Des approches délibérées et réfléchies sont indispensables pour créer des environnements véritablement inclusifs.
- Commencez par les principes. Le respect, la sécurité, le consentement et la sensibilité culturelle constituent le fondement de toute pratique efficace.
- La communication est essentielle. Les mots que nous choisissons, la manière dont nous écoutons, l'espace que nous créons : tout cela détermine si le dialogue est possible.
- Les approches participatives fonctionnent. Les personnes âgées doivent être des partenaires, et non de simples bénéficiaires, dans tout processus qui les concerne.
- L'adaptation est essentielle. Il n'existe pas de méthode unique valable pour tout le monde. Adaptez votre approche pour répondre aux besoins cognitifs, émotionnels et sociaux propres à chaque personne.
- Les conversations difficiles font partie du travail. Avec une préparation et un soutien adéquats, elles peuvent être menées efficacement.
- Vous n'êtes pas seul. Utilisez les ressources, les réseaux et les outils à votre disposition. Collaborez avec vos collègues et les partenaires locaux.



Outils et ressources pratiques

Plan de cours du module 7

Le plan de cours est un guide structuré qui fournit des instructions aux formateurs ou aux professionnels sur la manière de mettre en œuvre le module 7 en groupe. Il propose un cadre pour une formation d'une durée de 3 heures, accompagnée d'une présentation PowerPoint correspondante, répertorie les acquis d'apprentissage et une liste de contrôle pour la préparation, et décrit trois exercices (voir ci-dessous).

Exercice 1 — Formuler des questions inclusives

Objectif : s'entraîner à formuler des questions ouvertes et inclusives adaptées à différentes situations.

Instructions : Par deux, prenez une question « fermée » ou « présumée » et transformez-la en une alternative ouverte et inclusive. Discutez des raisons pour lesquelles la nouvelle formulation est plus efficace.

Exercice 2 — S'adapter à des besoins divers



Objectif : S'entraîner à adapter une méthodologie standard pour répondre à différents besoins cognitifs, émotionnels ou sociaux.

Instructions : En petits groupes, recevez un scénario décrivant un participant ayant un besoin spécifique (par exemple, démence à un stade précoce, antécédents de traumatisme, déficience auditive). Discutez de la manière dont vous adapteriez une activité de discussion de groupe standard pour garantir sa pleine participation en toute sécurité.

Exercice 3 — Conception collaborative d'un atelier

Objectif : S'entraîner à appliquer les principes de la conception participative.

Instructions : En groupes, imaginez que vous soyez chargés de créer un atelier sur le thème « Intimité et vieillissement » destiné aux personnes âgées de votre communauté. En vous appuyant sur le principe « Rien sur nous sans nous », esquissez les grandes lignes d'un processus de conception participative. Qui impliqueriez-vous ? Quelles étapes suivriez-vous ? Quels défis pourraient se présenter et comment les relèveriez-vous ?



Références

Sources françaises

Haute Autorité de Santé. (2025). Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Volet 1 – Socle transversal. Saint-Denis-la-Plaine : HAS. Disponible à l'adresse : www.has-sante.fr

Charte ISA. (2023). Charte internationale des droits à l'intimité, à la sexualité et à l'autonomie en établissement. Disponible sur : <https://charte-isa.com>

Petits Frères des Pauvres. (2022). Vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées. Paris : Petits Frères des Pauvres. Disponible sur : www.petitsfreresdespauvres.fr

Amnesty International Suisse. (2022). Guide de langage inclusif. Disponible à l'adresse : <https://www.amnesty.ch/fr/le-lab/guides-et-outils/guide-de-langage-inclusif>

Direction générale de la cohésion sociale. (2021). *Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du domaine du handicap et de la lutte contre les violences.* Disponible à l'adresse : www.legifrance.gouv.fr

Sources internationales

Organisation mondiale de la santé. (2006). Définir la santé sexuelle : rapport d'une consultation technique sur la santé sexuelle, 28-31 janvier 2002. Genève : OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2021). Rapport mondial sur l'âgisme. Genève : OMS. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

Meyer, A., Rose, D. H., & Gordon, D. (2014). Conception universelle de l'apprentissage : théorie et pratique. CAST Professional Publishing.

Ressources complémentaires

Grey Pride. (2024). Guide « Accueillir les seniors LGBTQIAP+ » et label « Bienvenue ». Disponible à l'adresse : <https://greypride.fr>

Les Audacieuses & Les Audacieux. (2024). Le projet Maison de la Diversité. Disponible à l'adresse : <https://audacieusement.org/le-projet-maison-de-la-diversite/>

Schwulen Beratung Berlin. (2013). Lebensort Vielfalt – Un projet de logement pour les personnes âgées lesbiennes, gays et transgenres. Disponible sur : <https://schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt/>

Tonic Housing. (2024). Tonic @ Bankhouse – La première communauté de retraités LGBT+ du Royaume-Uni. Disponible sur : <https://tonichousing.org.uk/>

Kit à agir. Ressources pour l'animation et l'accompagnement. Disponible à l'adresse : <https://kit-a-agir.fr>

Intimagir. Centres de ressources sur la sexualité et la parentalité. Disponible sur : <https://www.intimagir.fr>

MODULE 8

Démence et sexualité : points clés

Élaboré par :

Cristina-Ioana Apostu

Société roumaine Alzheimer



Présentation

Ce module explore la relation complexe entre la démence et la sexualité, en accordant une attention particulière à la manière dont les changements cognitifs peuvent influencer l'intimité, l'expression sexuelle, le consentement et les relations interpersonnelles chez les personnes âgées. Les changements associés à la démence, tels que les difficultés de mémoire, de jugement, de régulation émotionnelle ou de conscience sociale, peuvent affecter la manière dont les individus vivent et expriment leur sexualité. Dans la pratique quotidienne, ces changements peuvent conduire à des situations de malentendus, de détresse émotionnelle ou d'incertitude éthique, tant pour les personnes atteintes de démence que pour celles qui les accompagnent.

La sexualité chez les personnes âgées, et en particulier dans le contexte de la démence, est souvent entourée de silence, de malaise et d'idées reçues liées à l'âgisme. Les personnes âgées atteintes de démence sont souvent perçues comme asexuées ou incapables d'intimité significative, ce qui peut conduire à ce que leurs besoins soient négligés, voire activement restreints. Parallèlement, les troubles cognitifs peuvent soulever de réelles préoccupations liées au consentement, à la vulnérabilité et à la protection contre tout préjudice. Les professionnels sont donc souvent amenés à gérer des tensions difficiles entre le respect de l'autonomie et la garantie de la sécurité, sans disposer de repères clairs ou cohérents.

Ce module répond à ces défis en adoptant une perspective fondée sur les droits et centrée sur la personne. Plutôt que d'aborder la sexualité chez les personnes atteintes de démence comme un problème à gérer, il encourage des réponses plus nuancées, empreintes de compassion et fondées sur l'éthique, qui reconnaissent la sexualité comme un aspect permanent de l'identité et du bien-être tout au long de la vie.

Le contenu du module s'appuie sur les résultats du WP2, qui mettent en évidence les interactions entre la démence et des facteurs tels que le genre, l'état de santé, les normes culturelles et les attentes sociales. Les résultats du WP2 soulignent également un manque de formation et de cadres clairs pour les professionnels, ainsi que les difficultés émotionnelles et éthiques auxquelles ils sont confrontés lorsqu'ils doivent répondre aux manifestations d'intimité ou aux comportements sexuels chez les personnes présentant un déclin cognitif.

En suivant ce module, les professionnels, les formateurs et les aidants familiaux acquerront une meilleure compréhension des enjeux éthiques, sociaux et pratiques liés à la sexualité et à la démence. Ils gagneront en assurance pour faire face à des situations délicates, seront davantage sensibilisés aux questions de consentement et de protection, et disposeront de stratégies de communication pratiques qui favorisent l'autonomie tout en préservant la sécurité, la dignité et le respect (Organisation mondiale de la Santé, 2015 ; Alzheimer Europe, 2018).





Concepts clés et définitions

Cette section présente les concepts clés particulièrement pertinents pour comprendre la sexualité et l'intimité dans le contexte de la démence. L'utilisation d'une terminologie claire et commune contribue à favoriser des pratiques plus cohérentes, éthiques et respectueuses, en particulier dans des situations pouvant s'avérer complexes sur le plan émotionnel ou moral.

Démence

La démence est une affection neurocognitive évolutive caractérisée par un déclin de la mémoire, des fonctions exécutives, du langage, du jugement et de la conscience sociale, qui entrave le fonctionnement quotidien.

Elle englobe différentes pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, la démence frontotemporale et la démence vasculaire, ainsi que des formes mixtes. En outre, il existe des causes réversibles ou secondaires de troubles cognitifs pouvant présenter des symptômes similaires. Ces pathologies peuvent se traduire par des schémas comportementaux et émotionnels distincts. Les changements neurologiques et cognitifs associés peuvent affecter le contrôle des impulsions, la régulation émotionnelle et les limites interpersonnelles, ce qui peut à son tour influencer les manifestations d'intimité et de sexualité.

Il est essentiel de comprendre la démence comme une affection neurocognitive afin d'éviter toute interprétation morale des comportements et de favoriser des réponses cliniquement fondées et proportionnées.

Capacité

La capacité désigne l'aptitude d'une personne à prendre une décision spécifique à un moment donné. Il ne s'agit pas d'un état global ou permanent, mais d'une capacité propre à chaque décision, qui peut varier.

On considère généralement qu'une personne est capable si elle est en mesure de :

- comprendre les informations pertinentes
- conserver ces informations suffisamment longtemps pour prendre une décision
- peser le pour et le contre ou évaluer ces informations
- communiquer sa décision

Dans le contexte de la démence, la capacité peut varier en fonction de la complexité de la décision. Une personne peut ne pas avoir la capacité de prendre des décisions financières, mais conserver celle de prendre des décisions relationnelles ou intimes.

Consentement

Le consentement est un concept éthique central dans les discussions sur la sexualité et la démence. Il désigne la capacité à comprendre, à accepter et à participer librement à des interactions intimes ou sexuelles. Dans le contexte d'un déclin cognitif, le consentement doit être compris comme un processus dynamique et spécifique à chaque situation plutôt que comme une capacité figée. L'évaluation du consentement implique de prêter attention aux capacités actuelles, à la communication verbale et non verbale, aux réactions émotionnelles et au contexte relationnel. Les responsabilités en matière de protection doivent être soigneusement mises en balance avec le respect



de l'autonomie et de la dignité de la personne. (Organisation mondiale de la Santé, 2015 ; Syme & Cohn, 2016).

Intimité

L'intimité désigne la proximité émotionnelle, physique et relationnelle entre les personnes. Elle peut impliquer la confiance, l'affection, la reconnaissance mutuelle et une vulnérabilité partagée, sans nécessairement impliquer d'activité sexuelle. Chez les personnes atteintes de démence, les manifestations d'intimité peuvent évoluer avec le temps, mais le besoin sous-jacent de proximité, de réconfort et de lien significatif demeure souvent. Considérer l'intimité dans ce sens plus large peut aider les professionnels à réagir de manière plus appropriée face à des comportements qui, sans cela, pourraient être mal interprétés.

Hypersexualité et désinhibition sexuelle

L'hypersexualité désigne des comportements sexuels accrus ou désinhibés pouvant survenir dans certaines formes de démence, en particulier la démence frontotemporale, en raison d'une altération du contrôle des impulsions.

La désinhibition sexuelle peut se manifester par des commentaires, des attouchements ou des comportements socialement inappropriés. Ces comportements ont souvent une origine neurologique et ne doivent pas être automatiquement interprétés comme des écarts de conduite intentionnels.

Apathie et baisse de la libido

L'apathie est fréquente dans la maladie d'Alzheimer et peut entraîner une diminution de l'initiative, de l'engagement émotionnel ou de l'intérêt sexuel. Une baisse du désir ne doit pas être automatiquement interprétée comme un rejet relationnel.



Comprendre le sujet

Cette section explore les enjeux clés liés à la démence et à la sexualité, en s'appuyant sur les résultats de la recherche, les cadres éthiques et la pratique professionnelle. Elle aborde les idées reçues courantes, met en lumière les défis auxquels sont confrontés les professionnels et examine les besoins spécifiques des groupes vulnérables et diversifiés à travers une perspective intersectionnelle.

Démence, altération cognitive et expression sexuelle

La démence (appelée cliniquement « trouble neurocognitif majeur ») est une affection évolutive qui affecte le fonctionnement du cerveau. Elle ne fait pas partie du processus normal de vieillissement. Elle s'accompagne d'un déclin de la mémoire, de la pensée, du jugement et de la capacité à fonctionner de manière autonome dans la vie quotidienne.

Il existe plusieurs types de démence. Parmi les plus courants, on peut citer :

- ✓ La maladie d'Alzheimer, qui affecte principalement la mémoire, l'orientation et le langage aux stades précoces.
- ✓ La démence frontotemporale (DFT), qui affecte souvent le comportement, le contrôle des impulsions, l'empathie et les limites sociales.



- ✓ La démence vasculaire, qui peut affecter l'attention, la capacité à planifier, la vitesse de réflexion et la stabilité émotionnelle.
- ✓ La démence à corps de Lewy, qui peut se traduire par des fluctuations de l'attention, des hallucinations visuelles et des troubles moteurs.

La démence peut affecter différents domaines cognitifs, notamment :

- La mémoire (oubli d'événements ou de conversations récents)
- Les fonctions exécutives (planification, prise de décision, contrôle des impulsions)
- Le langage (difficulté à trouver ses mots ou à comprendre le sens des propos)
- La cognition sociale (compréhension des règles sociales, empathie, reconnaissance des limites)
- La régulation émotionnelle (gestion appropriée des émotions)

La sexualité et l'intimité dépendant de la mémoire, de la compréhension émotionnelle, du contrôle des impulsions et de la conscience sociale, des changements dans ces domaines peuvent influencer la manière dont le comportement sexuel s'exprime.

Les changements dans le comportement sexuel liés à la démence peuvent varier. Certaines personnes peuvent manifester un intérêt réduit pour l'intimité (apathie), en particulier dans le cas de la maladie d'Alzheimer. D'autres, notamment celles atteintes de démence frontotemporale, peuvent présenter des comportements sexuels accrus ou désinhibés en raison d'une diminution du contrôle des impulsions.

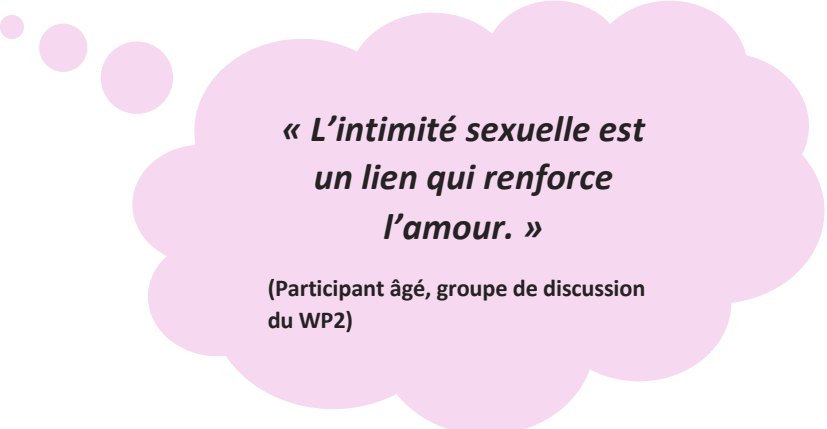
Les troubles de la mémoire peuvent entraîner une confusion quant à l'identité du partenaire, l'oubli des activités sexuelles antérieures ou une mauvaise interprétation des limites relationnelles. Dans certains cas, les comportements peuvent paraître socialement inappropriés, comme le fait de se déshabiller en public ou de se masturber sans avoir conscience du contexte.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à ces changements. Les altérations cérébrales peuvent réduire le contrôle des impulsions ou l'empathie. Les personnes peuvent interpréter à tort des besoins de réconfort, d'assurance ou de proximité comme du désir sexuel. La solitude, l'anxiété, la douleur ou des besoins émotionnels non satisfaits peuvent également s'exprimer par un comportement sexualisé. De plus, les effets secondaires des médicaments, les changements hormonaux ou les comorbidités psychiatriques peuvent influencer l'expression sexuelle.

Des changements soudains dans le comportement sexuel doivent toujours donner lieu à une évaluation médicale. Chez les personnes âgées, les infections des voies urinaires, la déshydratation, les déséquilibres électrolytiques ou d'autres affections médicales aiguës peuvent entraîner une confusion ou une désinhibition comportementale. Il est donc essentiel d'évaluer les causes médicales sous-jacentes avant de supposer qu'il s'agit d'un comportement intentionnel.

Les professionnels et les aidants familiaux doivent réagir de manière proportionnée et en tenant compte du contexte. Toutes les expressions de la sexualité ne nécessitent pas une restriction. Distinguer les comportements à faible risque (par exemple, se tenir la main, rechercher la proximité) des comportements à haut risque (par exemple, la contrainte, une détresse manifeste ou l'incapacité à montrer qu'on comprend) permet d'assurer une protection équilibrée qui préserve la dignité tout en prévenant tout préjudice.

Si certaines formes de démence, en particulier la démence frontotemporale, peuvent entraîner des comportements sexuels impulsifs ou désinhibés en raison d'une altération des fonctions exécutives, il est important de distinguer ces manifestations neurologiques de la dimension relationnelle de la sexualité elle-même. Comme l'a exprimé un participant âgé lors d'une discussion du WP2 :



**« L'intimité sexuelle est
un lien qui renforce
l'amour. »**

(Participant âgé, groupe de discussion
du WP2)

Cette perspective nous rappelle que l'expression sexuelle est étroitement liée au lien affectif. Bien que la démence puisse affecter le contrôle des impulsions et les limites sociales, elle n'enlève rien au besoin humain fondamental d'attachement et d'intimité.

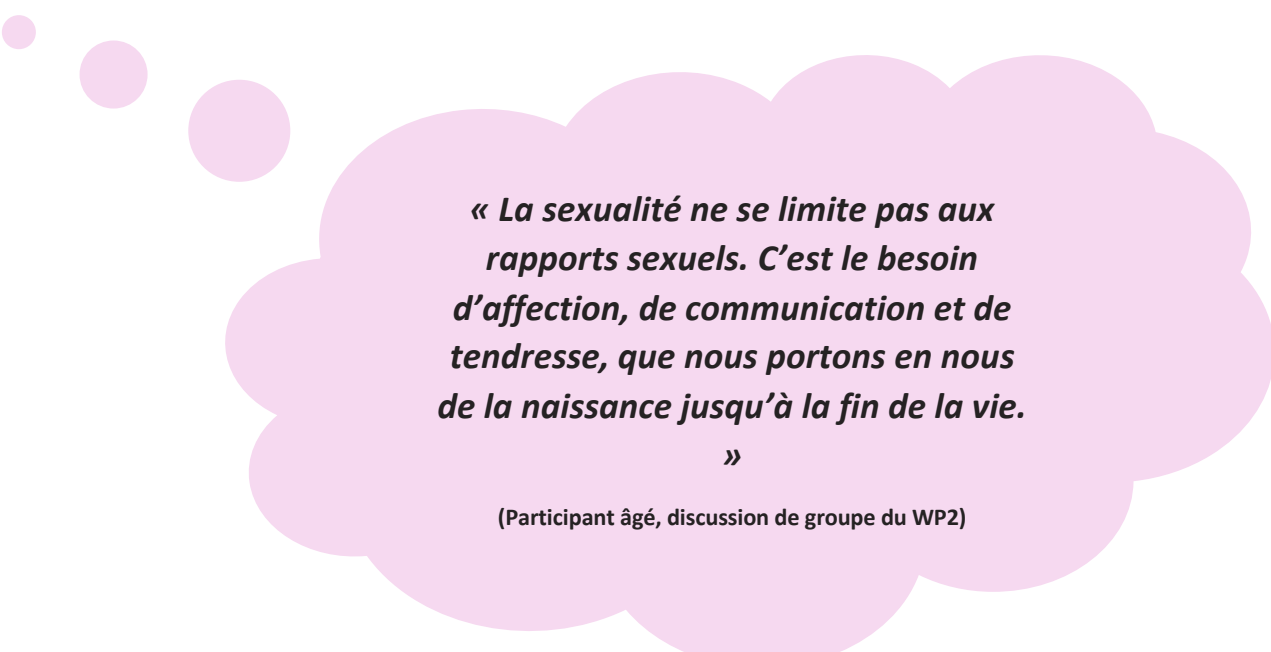
Mythes et réalités

Malgré une prise de conscience croissante, de nombreuses idées reçues sur la démence et la sexualité continuent d'influencer les réponses des professionnels. Ces idées reçues reposent souvent sur la gêne, la peur ou un manque de formation plutôt que sur des données probantes ou des expériences vécues. Démystifier ces idées reçues courantes est une étape importante pour prévenir les pratiques trop restrictives ou stigmatisantes.

Mythe : Les personnes atteintes de démence sont asexuées ou perdent tout intérêt pour l'intimité.

Réalité : La sexualité et le besoin d'intimité persistent souvent, même s'ils peuvent s'exprimer différemment.

Les recherches menées auprès de personnes âgées en établissement de soins montrent également que l'intimité et la proximité affective continuent de jouer un rôle important pour leur bien-être (Frankowski & Clark, 2021). Bien que les stéréotypes sur le vieillissement soient encore courants, les personnes âgées elles-mêmes nous rappellent que la sexualité et l'intimité restent importantes tout au long de la vieillesse. Comme l'a fait remarquer un participant lors d'une discussion de groupe dans le cadre du WP2 :



« La sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels. C'est le besoin d'affection, de communication et de tendresse, que nous portons en nous de la naissance jusqu'à la fin de la vie. »

(Participant âgé, discussion de groupe du WP2)

Cette perspective remet en cause les conceptions réductrices de la sexualité et soutient une vision plus large et plus inclusive qui reconnaît la proximité affective et les besoins relationnels comme essentiels au bien-être à un âge avancé.

Mythe : tout comportement sexuel chez une personne atteinte de démence est un symptôme qui doit être maîtrisé.

Réalité : Si certains comportements peuvent nécessiter une intervention, de nombreuses manifestations d'intimité sont significatives et appropriées lorsqu'elles sont comprises dans leur contexte.

Mythe : La protection et la sécurité nécessitent de restreindre toute expression sexuelle.

Réalité : Une pratique éthique consiste à trouver un équilibre entre la protection et le respect de l'autonomie, de la dignité et des droits.

Il est essentiel de remettre en question ces mythes pour éviter des réponses trop restrictives ou paternalistes qui pourraient nuire au bien-être et à l'estime de soi.

Consentement, capacité et complexité éthique

En matière de démence, le consentement et la capacité exigent de trouver un équilibre entre autonomie et protection. Un diagnostic de démence n'enlève pas automatiquement à une personne sa capacité à consentir. Les décisions doivent être évaluées au cas par cas et de manière proportionnée.

La capacité désigne l'aptitude à comprendre, à évaluer et à communiquer une décision spécifique. Elle est propre à chaque décision et peut varier. Les recommandations professionnelles soulignent également que la capacité doit être évaluée au regard de chaque décision spécifique, en particulier dans le contexte d'une déficience cognitive (British Psychological Society, 2018). Le consentement désigne l'accord volontaire de s'engager dans une interaction et nécessite une compréhension de base ainsi que l'absence de contrainte.

Une personne peut présenter une capacité fluctuante tout en manifestant un consentement situationnel. Ces distinctions revêtent une importance particulière dans les contextes médico-légaux.

Les professionnels doivent faire la distinction entre les manifestations d'intimité à faible risque (par exemple, se tenir la main, s'étreindre, s'embrasser) et les activités sexuelles à haut risque (par exemple, les contacts génitaux, les rapports sexuels avec pénétration, ou les situations impliquant un déséquilibre manifeste de pouvoir ou une détresse). Alors que les manifestations d'intimité à faible risque peuvent nécessiter une surveillance et un accompagnement pour préserver l'intimité, les situations à haut risque exigent une évaluation plus structurée.

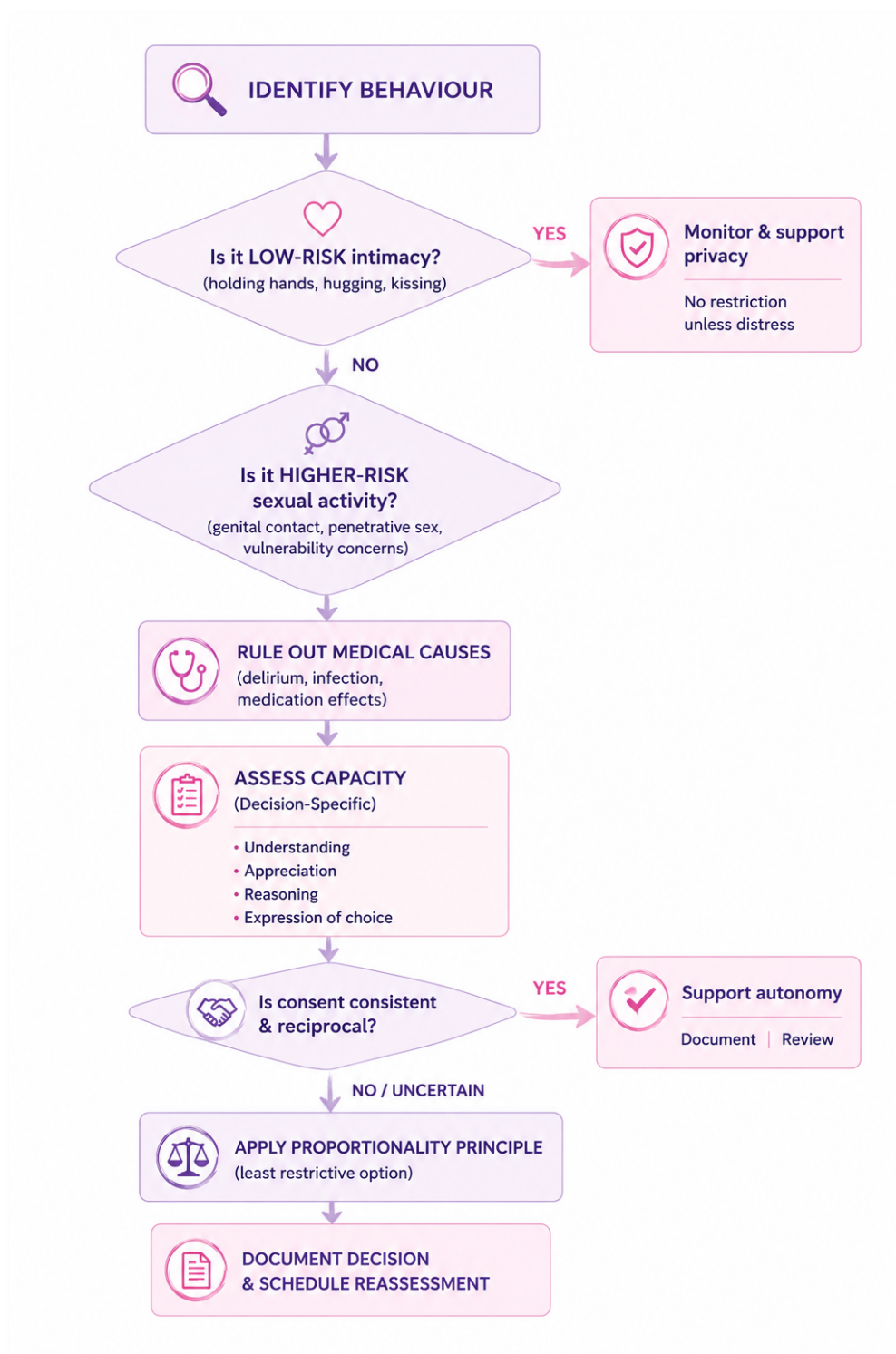


Figure 1. Image générée par IA

Lorsqu'un comportement est identifié, les professionnels doivent clarifier le niveau de risque, évaluer la capacité décisionnelle si nécessaire, documenter leur raisonnement et appliquer l'option la moins restrictive. Dans la pratique, cela peut impliquer d'offrir un soutien psychologique, de rappeler avec tact les limites à respecter, de favoriser des interactions sûres et en toute intimité, ou d'adapter la communication pour faciliter la compréhension. Il peut également être utile de faire appel à une personne de confiance ou de vérifier l'existence d'éventuelles causes médicales (par exemple, délire, infection, effets des médicaments). Des mesures plus restrictives ne doivent être utilisées qu'en cas de risque manifeste de préjudice et doivent faire l'objet d'une réévaluation régulière.

La capacité à consentir à une activité sexuelle doit être évaluée à l'aide de quatre questions fondamentales :

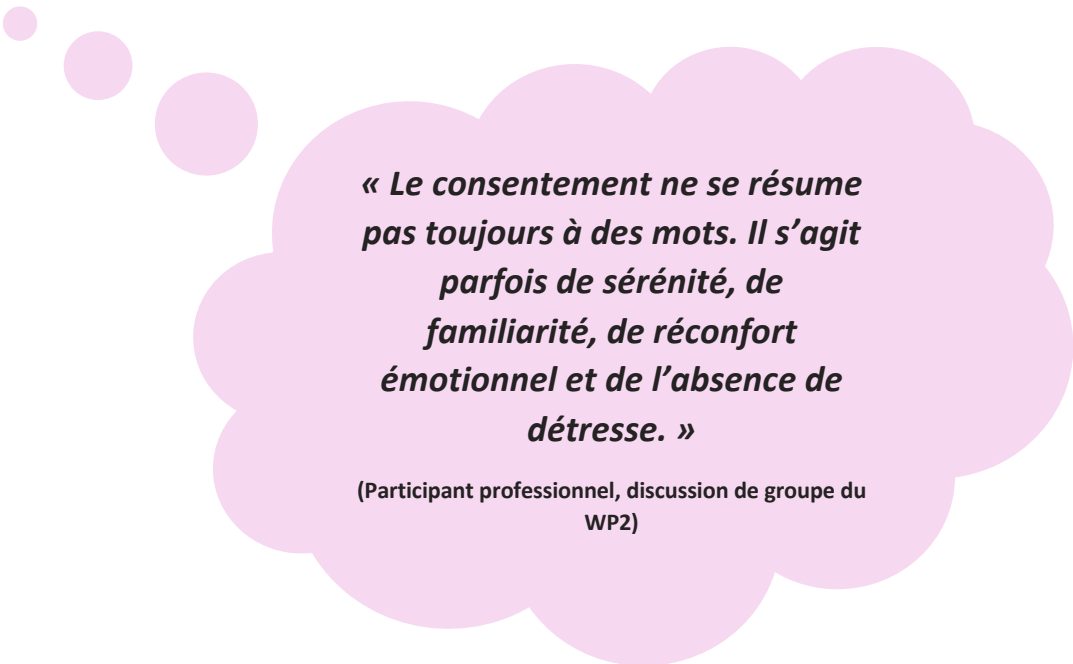
- ♥ La personne comprend-elle la nature de la relation ?
- ♥ A-t-elle conscience des conséquences potentielles ?
- ♥ Peut-elle expliquer son choix ?
- ♥ Son consentement est-il cohérent et donné sans contrainte ?

Dans ce contexte, la prise de décision éthique doit s'appuyer sur quatre principes fondamentaux :

- ♥ Autonomie – respect de l'autodétermination et de l'identité relationnelle de la personne, par exemple en soutenant ses choix et ses préférences dans la mesure du possible.
- ♥ Bienfaisance – favoriser le bien-être émotionnel et psychologique, notamment en garantissant le confort, le lien social et un sentiment de sécurité.
- ♥ Non-malfaisance – prévenir tout préjudice, toute exploitation ou toute contrainte, par exemple en identifiant les signes de détresse ou de vulnérabilité et en y répondant de manière appropriée.
- ♥ Justice – éviter toute discrimination, y compris l'âgisme, en garantissant un traitement équitable et respectueux, indépendamment de l'âge ou des capacités cognitives.

La démence peut altérer l'expression, mais elle n'efface pas la personnalité (Beauchamp & Childress, 2019). La prise de décision éthique est renforcée par la transparence, la documentation, la réflexion et la responsabilité partagée au sein des équipes.

Au-delà des évaluations formelles de la capacité, le consentement dans le contexte de la démence ne peut se réduire à une simple confirmation verbale ou à des critères juridiques. Dans de nombreuses situations, en particulier en cas de déclin cognitif modéré, les indicateurs relationnels et émotionnels deviennent essentiels à l'évaluation éthique. Comme l'ont souligné les discussions du WP2 :



« Le consentement ne se résume pas toujours à des mots. Il s'agit parfois de sérénité, de familiarité, de réconfort émotionnel et de l'absence de détresse. »

(Participant professionnel, discussion de groupe du WP2)

Cette réflexion souligne l'importance de reconnaître la communication non verbale, le bien-être émotionnel et l'absence de détresse comme des signes significatifs de consentement. Elle encourage une approche qui tienne compte non seulement de la compréhension de la personne, mais aussi de ce qu'elle ressent au cours de l'interaction. Pour éviter des décisions erronées ou préjudiciables, il est important de prendre le temps nécessaire, d'observer la personne sur la durée et, si besoin est, de solliciter l'avis de collègues ou de membres de sa famille. Les décisions doivent s'appuyer sur le comportement habituel de la personne, ses préférences et son bien-être général.

Les défis rencontrés par les professionnels

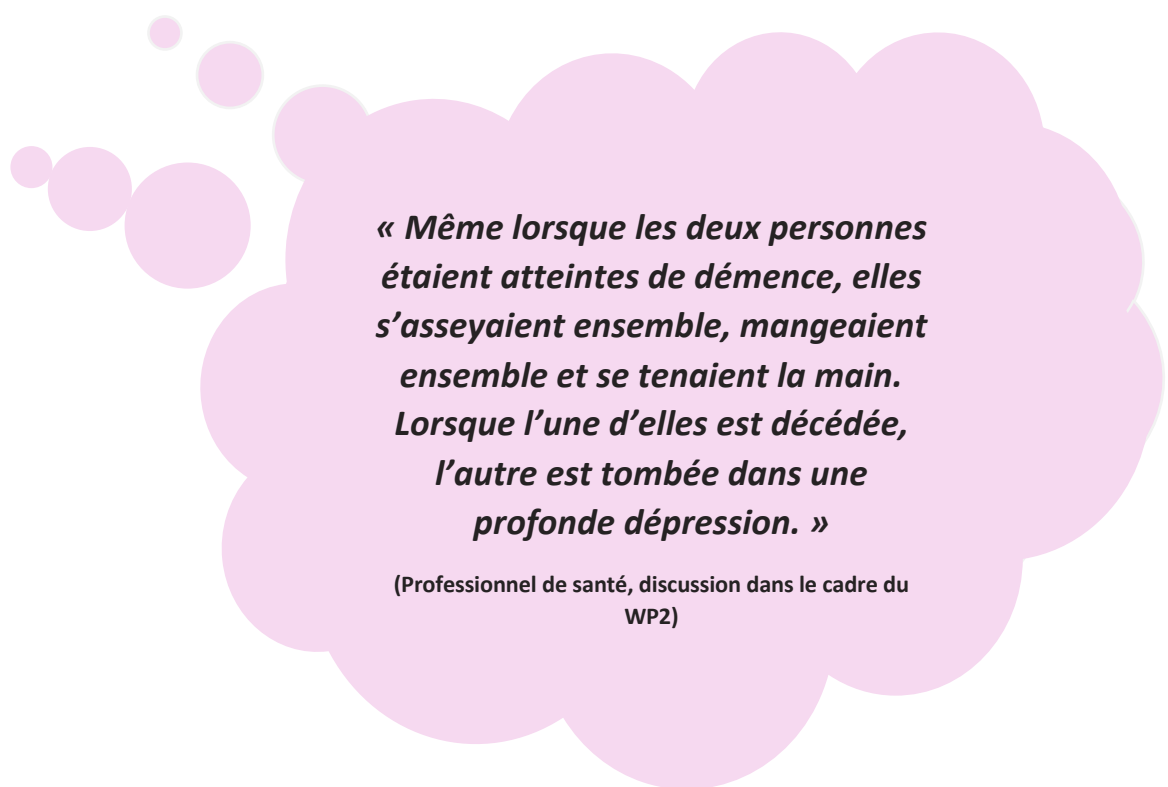
Les professionnels des secteurs de la santé, de l'aide sociale et de l'éducation déclarent souvent se sentir dans l'incertitude ou mal préparés lorsque des questions liées à la sexualité se posent dans le contexte de la démence. Cette incertitude n'est pas nécessairement due à un manque d'intérêt, mais reflète souvent un manque d'orientations, des politiques incohérentes et la crainte de commettre des erreurs d'ordre éthique ou juridique.

Parmi les défis courants, on peut citer :

- ♥ L'absence de politiques ou de directives organisationnelles claires
- ♥ La crainte de conséquences juridiques ou professionnelles
- ♥ Attentes contradictoires de la part des familles, des institutions et des personnes concernées
- ♥ Des valeurs personnelles ou des normes culturelles qui influencent les réactions

Ces défis peuvent conduire à l'évitement, à des pratiques incohérentes ou à des réponses trop restrictives. Les connaissances et les attitudes à l'égard de la sexualité chez les personnes âgées peuvent également influencer la manière dont ces situations sont comprises et gérées (Mahieu et al., 2020).

Les professionnels signalent également que les réactions des familles peuvent considérablement compliquer la prise en charge de l'intimité chez les personnes âgées. Cette tension se reflète dans les expériences vécues par les personnes âgées elles-mêmes. Comme l'a confié l'un des participants :



« Même lorsque les deux personnes étaient atteintes de démence, elles s'asseyaient ensemble, mangeaient ensemble et se tenaient la main. Lorsque l'une d'elles est décédée, l'autre est tombée dans une profonde dépression. »

(Professionnel de santé, discussion dans le cadre du WP2)

De telles réactions illustrent à quel point les préjugés liés à l'âge peuvent persister, même au sein des familles, plaçant les professionnels dans des situations délicates lorsqu'ils tentent de respecter l'autonomie tout en gérant les conflits et la détresse émotionnelle.

Ces défis peuvent conduire à l'évitement, à des pratiques incohérentes ou à des interventions trop restrictives. La formation et la pratique réflexive sont donc essentielles pour favoriser des réponses assurées, éthiques et empreintes de compassion.

Protéger sans stigmatiser

La protection est une responsabilité cruciale, mais elle ne doit pas être mise en œuvre de manière à stigmatiser ou à réprimer la sexualité. Les évaluations des risques doivent être proportionnées, transparentes et axées sur la prévention des préjudices, tout en préservant la dignité et les besoins relationnels.

Les observations issues de la pratique professionnelle soulignent l'importance émotionnelle des relations, même en cas de déclin cognitif avancé. Un professionnel de santé impliqué dans le WP2 a fait part de ses réflexions :-

Cet exemple montre que les liens affectifs peuvent perdurer au-delà de la communication verbale et des capacités cognitives, ce qui renforce la nécessité de mettre en place des approches de protection qui ne restreignent pas systématiquement la proximité relationnelle.

Cela nécessite :

- ♥ Une communication claire au sein des équipes pluridisciplinaires ;
- ♥ L'implication de la personne atteinte de démence dans la mesure du possible ;
- ♥ Un dialogue respectueux avec les familles et les aidants ;
- ♥ Une réévaluation continue plutôt que des hypothèses figées. (Alzheimer Europe, 2018 ; Organisation mondiale de la Santé, 2015).

En abordant ces questions fondamentales, cette section jette les bases nécessaires à la compréhension de la démence et de la sexualité en tant que domaine de pratique professionnelle complexe, éthiquement sensible et profondément humain.



Conseils à l'intention des formateurs et des professionnels

Aborder les questions de sexualité et d'intimité dans le contexte de la démence peut s'avérer émotionnellement difficile et éthiquement complexe. Les professionnels peuvent ressentir de l'incertitude, de la gêne ou la crainte de « se tromper », en particulier en l'absence de directives institutionnelles claires. Cette section propose des orientations pratiques pour favoriser une pratique réfléchie, respectueuse et centrée sur la personne.

Tout d'abord, il est important d'aborder la sexualité chez les personnes atteintes de démence avec curiosité plutôt qu'avec des a priori. Les comportements ou les manifestations d'intimité ne doivent pas être immédiatement qualifiés de problématiques ou d'inappropriés. Les professionnels sont plutôt encouragés à prendre en compte l'histoire de vie de la personne, ses relations, son contexte culturel et son état émotionnel du moment. Se demander « Que pourrait bien signifier ce comportement ? » peut aider à faire passer les réactions du contrôle à la compréhension.

Recommandations en matière de communication

Une communication efficace est essentielle lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité et l'intimité dans le contexte de la démence. Les professionnels doivent utiliser un langage clair, simple et respectueux, adapté aux capacités cognitives de la personne. La communication non verbale, notamment le ton de la voix, les expressions faciales et le langage corporel, joue un rôle crucial et doit être perçue comme calme et rassurante.

Tableau 1. À faire et à ne pas faire dans la pratique professionnelle

À faire	À ne pas faire
✓ Reconnaître que la sexualité et l'intimité font partie intégrante du bien-être humain tout au long de la vie	✗ Partir du principe que les personnes atteintes de démence sont asexuées ou incapables d'intimité
✓ Aborder les situations avec ouverture d'esprit et curiosité plutôt qu'avec un regard critique	✗ Qualifier systématiquement les manifestations de sexualité d'inappropriées ou de problématiques
✓ Prendre en compte l'histoire personnelle, les relations et les besoins émotionnels	✗ S'appuyer sur des restrictions générales au lieu d'une évaluation individuelle
✓ Impliquer la personne atteinte de démence dans les décisions dès que possible	✗ Laisser son malaise personnel ou ses convictions morales guider ses décisions professionnelles
✓ Solliciter l'avis de plusieurs disciplines en cas de doute éthique	✗ Ignorer ou faire taire les manifestations de besoin de proximité et d'affection



✓ Évaluer le consentement en adoptant une approche spécifique à la décision et axée sur la relation	✗ Attribuer tous les changements comportementaux uniquement à la démence sans procéder à un examen médical
✓ Écarter les causes médicales réversibles (par exemple, délire, infection, effets des médicaments) en cas de changement de comportement	✗ Recourir à des réactions punitives ou humiliantes face à un comportement à caractère sexuel
✓ Passer en revue les traitements en cours et tenir compte des effets secondaires susceptibles d'influencer le comportement	✗ Passer outre un éventuel consentement sans évaluation structurée
✓ Prendre en compte les comorbidités (troubles psychiatriques, troubles neurologiques, douleurs chroniques) lors de l'évaluation du comportement sexuel	
✓ Gérer les comportements inappropriés de manière proportionnée, en s'attachant à comprendre les facteurs déclenchants avant d'imposer des restrictions	

Prendre son temps, ralentir les interactions et vérifier la bonne compréhension peut réduire la détresse et contribuer à préserver la dignité et la confiance.

Exemples de comportements inclusifs

Les pratiques inclusives peuvent consister à reconnaître et à respecter les relations intimes de longue durée, à encourager les manifestations d'affection appropriées et à veiller à ce que les environnements de soins préservent l'intimité et la dignité. L'utilisation d'un langage inclusif et la reconnaissance de la diversité des identités et orientations sexuelles, y compris celles des personnes âgées LGBTQI+, constituent également des éléments essentiels de soins respectueux.

Favoriser l'intimité et la vie privée dans les environnements de soins

Les environnements de soins, qu'il s'agisse de structures institutionnelles ou de dispositifs de soins privés, doivent soutenir activement le droit à l'intimité et à la vie privée des personnes âgées atteintes de démence. L'absence d'espace privé peut, sans le vouloir, restreindre l'expression émotionnelle, renforcer la stigmatisation et avoir un impact négatif sur le bien-être psychologique et le sentiment d'identité.

Dans de nombreux contextes de prise en charge, les routines organisationnelles, les espaces partagés et les pratiques axées sur la prévention des risques peuvent limiter les occasions d'interactions en privé, même en l'absence de risque manifeste de préjudice. En conséquence, les manifestations d'affection ou d'intimité peuvent être découragées, interrompues ou mal interprétées, ce qui entraîne frustration, détresse ou repli sur soi.

Pour relever ces défis, les environnements de soins devraient intégrer des espaces dédiés ou adaptables qui garantissent l'intimité, la dignité et l'expression de l'intimité en toute sécurité. Cela

peut inclure l'accès à des chambres individuelles, la possibilité pour les couples de passer du temps ensemble sans être interrompus, ainsi qu'une certaine souplesse dans les modalités de visite. Les pratiques du personnel jouent également un rôle crucial, notamment pour reconnaître quand l'intimité est de mise et pour éviter toute intrusion inutile.

Il est important de noter que le soutien à l'intimité ne doit pas être considéré comme incompatible avec la protection des personnes. La création d'environnements favorisant l'intimité n'est donc pas un aspect facultatif des soins, mais un élément clé de la prise en charge éthique, inclusive et respectueuse de la dignité des personnes atteintes de démence (Organisation mondiale de la Santé, 2015 ; Alzheimer Europe, 2018 ; Mahieu & Gastmans, 2015).

Au cours des discussions du WP2, les participants âgés ont clairement exprimé cet obstacle :



« Certains couples nous ont confié que le plus difficile n'était pas leur état de santé, mais le manque d'intimité dans les établissements de soins. »

(Participant âgé, discussion du WP2)

Les éducateurs et les professionnels devraient donc réfléchir à la manière dont les structures organisationnelles et les routines peuvent soit favoriser, soit compromettre la dignité, l'intimité et la qualité de vie.

Facteurs de risque et moyens de les éviter

Parmi les facteurs de risque courants, on peut citer le renforcement des stéréotypes liés à l'âge, le fait de se concentrer excessivement sur les risques sans évaluer correctement la situation, et la priorité accordée à la commodité de l'établissement au détriment des droits individuels. Ces problèmes peuvent conduire à des réponses trop prudentes ou restrictives susceptibles de porter atteinte à la dignité et à l'autonomie d'une personne. Ils sont souvent liés à l'incertitude, à l'absence de directives claires ou à la crainte de prendre une mauvaise décision. Pour réduire ces risques, il faut une réflexion continue, des formations régulières et des politiques organisationnelles claires. Cela implique également de réexaminer les décisions au fil du temps et de les adapter à l'évolution des situations, plutôt que de s'appuyer sur des hypothèses figées.

Approches tenant compte des spécificités culturelles

Les professionnels doivent être conscients que les normes culturelles, religieuses et sociales, ainsi que les expériences de vie d'une personne, peuvent influencer la manière dont la sexualité, l'intimité et la démence sont comprises et exprimées. Par exemple, les personnes qui ont grandi à une époque



où l'homosexualité était stigmatisée ou criminalisée peuvent ressentir de la gêne, de la peur ou de la confusion lorsqu'elles expriment leur identité ou nouent des relations intimes. D'autres peuvent avoir des attentes différentes, façonnées par leurs relations passées et les normes sociales. Une pratique respectueuse implique d'écouter attentivement, d'éviter les a priori et d'adapter ses réponses afin de respecter à la fois le contexte culturel et le parcours personnel.

Bien que ces recommandations s'adressent principalement aux professionnels, des principes similaires s'appliquent tout autant dans le cadre familial et à domicile, où s'effectue l'essentiel des soins quotidiens.



Conseils à l'intention des proches et des aidants (psychoéducation à domicile)

Dans la vie quotidienne, c'est souvent à la maison que l'intimité, les liens affectifs et les changements de comportement sont les plus visibles et doivent être gérés. Les aidants se sentent fréquemment démunis ou angoissés lorsqu'ils sont confrontés à des changements de comportement sexuel. La psychoéducation est donc essentielle pour soutenir à la fois la personne atteinte de démence et l'aidant, en renforçant leur confiance, leur bien-être et leur résilience émotionnelle (Gitlin & Hodgson, 2015)

Comprendre le comportement : « Que signifie ce comportement ? »

Il est essentiel de passer du jugement à la compréhension.

Les comportements sexuels ou liés à l'intimité reflètent souvent des besoins non satisfaits plutôt que des actions intentionnelles. Il peut s'agir notamment :

- un besoin de réconfort ou de proximité
- la solitude ou la peur
- une confusion quant à l'identité ou aux relations
- un malaise physique ou émotionnel
- une diminution du contrôle des impulsions

Les aidants sont encouragés à se demander : « Que pourrait signifier ce comportement ? ». Cette perspective favorise des réponses plus bienveillantes et plus efficaces (de Medeiros, 2013).

Stratégies pratiques pour les situations quotidiennes

- **Proximité ou affection**

Proposer des alternatives sûres et appropriées (par exemple, se tenir la main), rassurer la personne et éviter le rejet ou l'humiliation.

- **Comportement inapproprié (par exemple, se déshabiller, faire des remarques à caractère sexuel)**

Restez calme, évitez la confrontation et redirigez la personne avec douceur (« Allons dans ta chambre », « Prenons le thé ensemble »). Réfléchissez aux déclencheurs possibles, tels que l'inconfort, le manque d'intimité ou la surstimulation.

- **Confusion concernant les partenaires**

Évitez les corrections trop sévères (« Ce n'est pas ton conjoint »). Rassurez la personne et privilégiez la sécurité émotionnelle plutôt que l'exactitude des faits. Utilisez la validation et l'ancrage émotionnel : « Tu es en sécurité, je suis là avec toi ».

- **Demandes répétitives**

Reconnaissez les troubles de la mémoire, répondez de manière cohérente et redirigez l'attention sans frustration.

Limites, consentement et sécurité à domicile



Il est essentiel de trouver un équilibre entre protection et respect. Toutes les manifestations d'intimité ne sont pas nuisibles. Les aidants doivent observer les signes de bien-être ou de détresse, tenir compte du niveau de compréhension de la personne et prendre en considération l'histoire de la relation.

En cas de doute, il convient de solliciter l'avis d'un professionnel, de surveiller les schémas comportementaux et d'éviter autant que possible les réactions restrictives (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Impact émotionnel sur les membres de la famille

Les aidants peuvent ressentir de la gêne, de l'embarras, du chagrin, de la jalousie ou un conflit moral. Ces réactions sont courantes mais peuvent affecter la prise en charge si elles ne sont pas prises en compte.

La psychoéducation doit encourager les discussions ouvertes, l'accès à des groupes de soutien et le recours à un accompagnement professionnel si nécessaire.

Communication au sein de la famille

Les divergences de points de vue sont courantes, en particulier entre les conjoints et les enfants adultes.

Mettre l'accent sur le bien-être de la personne, éviter les préjugés liés à l'âge et faire appel à des professionnels si nécessaire peut contribuer à réduire les conflits.

Créer un environnement familial favorable

Un environnement favorable peut prévenir de nombreuses difficultés :

- garantir l'intimité et la dignité
- réduire la surstimulation
- maintenir des routines prévisibles
- adapter les vêtements si nécessaire
- veiller au confort physique

Quand faire appel à un professionnel

Il convient de solliciter de l'aide lorsque le comportement change brusquement, en cas de détresse ou de risque, lorsque le consentement n'est pas clair ou lorsque la personne qui s'occupe de la personne se sent dépassée. Il faut toujours envisager en premier lieu les causes médicales (Organisation mondiale de la Santé, 2017).

Message clé pour les familles

- Vivre avec la démence n'enlève rien au besoin d'affection, de proximité, de lien affectif et de dignité.
- Répondre à ces besoins exige de la compréhension, de la patience et de la souplesse — et non du contrôle.

Comportements sexuels dans le contexte familial : considérations supplémentaires

Dans le contexte familial, les expressions de la sexualité chez les personnes atteintes de démence sont façonnées non seulement par les changements cognitifs, mais aussi par les rôles relationnels existants et les histoires émotionnelles. Des comportements qui pourraient être plus facilement contextualisés

dans un cadre professionnel peuvent devenir nettement plus complexes lorsqu'ils se produisent au sein de relations personnelles étroites, comme entre conjoints, ou lorsqu'ils s'adressent à des enfants adultes ou à des aidants informels. Cette proximité relationnelle peut intensifier les réactions émotionnelles, notamment le malaise, la confusion ou la tension morale, en particulier lorsque les comportements remettent en cause des limites intériorisées sur le plan social ou culturel.

Comprendre ces situations implique de regarder au-delà du comportement lui-même et d'essayer de discerner ce qui pourrait se cacher derrière. Les changements dans l'intimité ou l'expression sexuelle sont souvent façonnés par les relations, l'identité et le parcours de vie d'une personne. C'est pourquoi le soutien aux familles ne se limite pas à la gestion des comportements. Il s'agit également d'aider les aidants à donner un sens à ce qu'ils observent, à gérer leurs propres réactions et à se sentir plus à l'aise pour réagir de manière respectueuse et sans jugement.

De petits changements réfléchis dans la manière d'aborder les situations – comme prendre son temps, être attentif aux signaux émotionnels et privilégier la relation plutôt que le contrôle – peuvent faire une différence significative dans les soins quotidiens. Au fond, il s'agit de préserver ce qui fait de nous des êtres humains : le besoin de se sentir proche des autres, d'être compris et d'avoir le sentiment d'appartenir à un groupe.



Résumé et messages clés

La sexualité et l'intimité restent des aspects importants de l'identité et du bien-être humains, même en présence de démence et de déclin cognitif. Si la démence peut modifier la manière dont la sexualité est vécue et exprimée, elle n'élimine pas pour autant le besoin de proximité, d'affection, de reconnaissance et de dignité. Ce module a mis en évidence l'importance de dépasser les préjugés âgistes et stigmatisants qui nient aux personnes âgées leurs besoins sexuels et relationnels.

Aborder la sexualité dans le contexte de la démence exige des professionnels qu'ils relèvent des défis éthiques, émotionnels et pratiques complexes. Au cœur de ce processus se trouve une compréhension du consentement comme étant dynamique et dépendant du contexte, ainsi qu'un engagement en faveur de la protection qui ne repose pas sur des restrictions générales ou des réactions fondées sur la peur. Respecter l'autonomie tout en prévenant les préjugés n'est pas une règle figée, mais un processus continu de réflexion, d'évaluation et de communication.

Ce module nous rappelle également de considérer chaque personne comme un individu à part entière. Des facteurs tels que le genre, l'orientation sexuelle, la culture, la santé et les conditions de vie influencent tous la manière dont la démence et la sexualité sont vécues. La prise de conscience de ces différences aide les professionnels à adopter des attitudes plus inclusives, respectueuses et bienveillantes, en particulier envers celles et ceux qui peuvent déjà se sentir négligés ou marginalisés.

Pour les formateurs et les professionnels, la confiance nécessaire pour aborder la sexualité et la démence se renforce grâce aux connaissances, à la réflexion et à un dialogue ouvert. Des orientations claires, une collaboration pluridisciplinaire et un soutien organisationnel sont essentiels pour créer des environnements où l'intimité est reconnue comme faisant partie intégrante d'une prise en charge globale, plutôt que d'être traitée comme un problème à gérer. Bien qu'il s'agisse d'un objectif important, il n'est pas toujours facile à atteindre dans la pratique en raison de contraintes liées au temps et aux ressources disponibles. Cependant, même de petits pas vers des approches plus ouvertes et respectueuses peuvent faire une différence significative.



Les proches et les aidants informels jouent également un rôle crucial dans la prise en charge des besoins émotionnels et relationnels des personnes atteintes de démence. Avec des conseils et un soutien adaptés, ils peuvent contribuer à créer des occasions d'intimité sûres, respectueuses et enrichissantes à domicile.

Outils pratiques

Ce module s'appuie sur un ensemble complet d'outils pratiques inclus dans la boîte à outils AgeWise. Ces outils sont conçus pour traduire le contenu éthique et théorique du module en une pratique professionnelle structurée et applicable.

Présentation PowerPoint et notes du formateur

Une série de diapositives structurée guidant le parcours de la prise de conscience au raisonnement éthique appliqué.

Plan de cours – Module 8

Un cadre de formation structuré de deux heures et demie aidant les animateurs à dispenser le module à travers des discussions interactives, des analyses de cas et une réflexion éthique.

Exercice 1 : Mythes et réalité

Une activité interactive visant à remettre en question les préjugés liés à l'âge et à la stigmatisation concernant la sexualité et la démence.

Exercice 2 : Outil de réflexion sur le consentement et la capacité

Un cadre structuré destiné à aider les professionnels à évaluer le consentement de manière adaptée au contexte et proportionnée.

Exercice 3 : Fiches d'études de cas et modèle de plan d'action en trois étapes

Des scénarios tirés de la pratique qui guident les participants à travers le raisonnement éthique, les considérations de protection et la planification à long terme.

Ensemble, ces outils permettent de transformer la compréhension en action lorsqu'il s'agit d'accompagner les personnes atteintes de démence dans des situations réelles.

Références

Alzheimer Europe. (2018). La démence et l'intimité. Alzheimer Europe.

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., & Wellman, D. (2013). Accompagner l'expression de la sexualité des résidents en établissement pour personnes âgées : élaboration initiale d'un outil d'évaluation de la sexualité. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19–20), 3065–3076. <https://doi.org/10.1111/jocn.12180>

Bauer, M., Nay, R., McAuliffe, L., & O'Donnell, L. (2021). Soutenir la sexualité des personnes atteintes de démence en établissement pour personnes âgées : une revue systématique des politiques. *International Psychogeriatrics*, 33(3), 249–263. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001757>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principes d'éthique biomédicale* (8e éd.). Oxford University Press.

British Psychological Society. (2018). Recommandations sur le consentement et la capacité chez les adultes atteints de troubles cognitifs. British Psychological Society.

de Medeiros, K. (2013). Sexualité et démence : revue de la littérature et implications pour la pratique. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(2), 122–130. <https://doi.org/10.1177/1533317512471309>

Frankowski, A. C., & Clark, L. J. (2021). Sexualité et intimité en résidence-services : points de vue et expériences des résidents. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 18–26. <https://doi.org/10.1177/0733464819871607>

Gitlin, L. N., & Hodgson, C. V. (2015). Les aidants en tant qu'agents thérapeutiques dans la prise en charge de la démence. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 217–248. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.217>

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., ... Mukadam, N. (2017). Prévention, intervention et prise en charge de la démence. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). La sexualité chez les personnes âgées en institution : une revue systématique. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1891–1905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007>

Mahieu, L., de Casterlé, B. D., Acke, J., & Gastmans, C. (2020). Connaissances et attitudes des infirmières vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées en établissement : une revue systématique. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1449–1463. <https://doi.org/10.1111/jan.14321>

Institut national pour l'excellence en matière de santé et de soins (NICE). (2018). Démence : évaluation, prise en charge et soutien aux personnes atteintes de démence et à leurs aidants (NG97). NICE.

Syme, M. L., & Cohn, T. J. (2016). Analyse de la stigmatisation liée à la sexualité chez les personnes âgées. *Journal of Gerontological Social Work*, 59(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/01634372.2015.1119426>

Organisation mondiale de la Santé. (2015). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2017). Plan d'action mondial sur la réponse de santé publique à la démence 2017–2025. OMS



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés n'engagent toutefois que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne peuvent en être tenues pour responsables. Numéro de projet : 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Outils pratiques

Module 1



Plan de cours

Module 1	Vieillessement de la population et approches positives du vieillissement
Public cible	Formateurs d'adultes, professionnels de santé, travailleurs sociaux, personnel soignant
Durée	2,5 heures
Acquis d'apprentissage	Les apprenants seront capables de : • Expliquer l'impact des évolutions démographiques en Europe Compréhension des enjeux structurels • Distinguer les modèles de vieillissement en bonne santé, de vieillissement actif et de qualité de vie Intégration du cadre conceptuel • Utiliser des outils validés (CASP-19/WHOQOL) pour mesurer le bien-être au-delà de la santé clinique Évaluation subjective • Appliquer une perspective de genre et de culture pour identifier les obstacles rencontrés par les personnes âgées Application holistique • Trouver un équilibre entre la dignité du risque (autonomie) et la sécurité institutionnelle (bienfaisance) Éthique professionnelle
Préparation	- Préparez une salle équipée de chaises et de tables, d'ordinateurs et d'un projecteur. Réservez-la à l'avance si nécessaire. - Préparez le projecteur, le tableau à feuilles mobiles et les marqueurs. - Imprimez les documents, fiches de travail et questionnaires nécessaires. ○ Exercice 1 : Noms des ateliers du World Café. ○ Exercice 2 : Questionnaires WHOQOL-BREF et/ou CASP-19. ○ Exercice 2 : Cartes de personnages pour le jeu de rôle. ○ Exercice 3 : Fiches d'étude de cas. ○ Exercice 3 : Fiches de travail « Plan d'action en 3 étapes ». - Une fois l'installation terminée, informez les participants de l'objectif du module, de ses buts et du programme. - Prévoyez des pauses si nécessaire.
Liste de contrôle	Matériel technique : vérification du fichier PPTX et du projecteur Exercice 1 : trois feuilles de tableau à feuilles mobiles et des marqueurs

	Exercice 2 : questionnaires imprimés, fiches de profil et blocs-notes Exercice 3 : fiches de cas et feuilles de travail Général : badges nominatifs et formulaires de retour d'expérience
--	---

Plan de cours | En présentiel

Thèmes et activités	Durée en minutes	Méthodes	Matériel et ressources
Introduction et attentes – Présentation du programme et des objectifs d'apprentissage du module 1.	5 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exposé théorique sur les données démographiques européennes.	15 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 1 - World Café Objectif : établir un lien entre les données de l'UE et la réalité régionale et professionnelle spécifique des apprenants. Activité : Installez trois « stations » (tables) avec une grande feuille de papier sur chacune d'elles. <i>Station 1 : Implications en matière de financement et d'infrastructures dans notre communauté.</i> <i>Station 2 : Conséquences pour le personnel et la charge de travail individuelle.</i> <i>Station 3 : Conséquences pour le bien-être des personnes âgées.</i> Les groupes passent 5 minutes à chaque station pour noter leurs réflexions sur les feuilles de papier avant de passer à la suivante. Après trois tours, les points soulevés seront présentés et discutés avec l'ensemble du groupe. Exemple de question pour l'animateur : Malgré certaines différences dans les chiffres d'un pays à l'autre, quel est le défi ou la tendance qui semble commun à nous tous ? Comment ces chiffres expliquent-ils ce que vous observez au quotidien dans votre établissement ou auprès	30 min	World Café (discussions en petits groupes tournants), Présentation en groupe	Trois tables ou espaces muraux distincts portant le nom des stations (document imprimé), trois feuilles de papier ou de tableau à feuilles mobiles, des marqueurs, du ruban adhésif, minuterie

de vos résidents en ce moment même ? Si vous deviez choisir une seule information parmi celles figurant sur ces feuilles pour la partager avec un collègue qui n'ait pas ici aujourd'hui, laquelle choisiriez-vous et pourquoi ?			
Exposé théorique sur les cadres conceptuels du vieillissement positif.	15 min	Présentation	ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 2 - Évaluation de la qualité de vie Objectif : Se familiariser avec l'utilisation des outils WHOQOL-BREF et CASP-19. Activité : Répartissez les apprenants en binômes et distribuez-leur les fiches de personnages pour le jeu de rôle ainsi que les questionnaires imprimés : l'un joue le rôle <i>du professionnel de santé</i> , l'autre celui de <i>la personne âgée</i> . Le professionnel de santé mène un entretien de 10 minutes à l'aide de l'un des deux questionnaires. À l'issue des entretiens, les impressions, les idées et les retours d'expérience seront discutés avec l'ensemble du groupe.	20 min	Simulation de jeu de rôle, discussion de groupe	Documents à distribuer : copies imprimées du WHOQOL-BREF et du CASP-19, cartes de personnages pour le jeu de rôle imprimées (et plastifiées), des stylos et des blocs-notes pour que les praticiens puissent prendre des notes.
Exposé théorique sur les cadres holistiques et les défis professionnels. Séance de brainstorming en groupe : « <i>Quels sont vos défis ?</i> »	15 min	Présentation, discussion de groupe	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 3 - Analyse d'études de cas et élaboration d'un plan d'action en trois étapes Objectif : Appliquer <i>les perspectives de genre et de culture</i> pour résoudre des dilemmes éthiques. Activité : Répartir les participants en petits groupes. Chaque groupe reçoit un dossier de cas. Il doit réaliser une tâche en deux parties :	30 min	Travail sur des études de cas et élaboration d'un plan d'action, Discussion de groupe	Documents à distribuer : fiches d'étude de cas imprimées, fiches imprimées de plan d'action en 3 étapes

1) Identifier comment le genre et la culture créent des obstacles dans cette histoire spécifique. 2) Élaborer un plan d'action en trois étapes pour passer d'un <i>modèle déficitaire</i> à une <i>approche du vieillissement positif</i> pour cette personne. Ensuite, différents cas seront présentés au groupe, accompagnés de plans d' . Une discussion de groupe sera animée.			
Apport théorique sur les conseils destinés aux éducateurs et aux professionnels, les considérations éthiques, ce qu'il faut faire et ne pas faire.	10 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Messages clés et conclusion – discussion des dernières questions et des retours d'expérience.	5 min	Présentation, discussion de groupe	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint, <i>facultatif</i> : tableau à feuilles mobiles pour noter les questions et les commentaires
Formulaire de commentaires (<i>facultatif</i>)	5 min	Évaluation du module	Formulaires de commentaires imprimés ou code QR pour accéder au questionnaire en ligne



Exercice 1

World Café

Conséquences sur le
financement et les
infrastructures au sein de
notre communauté.

Conséquences pour le
personnel et la charge de
travail individuelle.



Conséquences sur le bien-être des personnes âgées.



Exercice 2

Mesurer la qualité de vie

APPENDIX 8- THE WHOQOL-BREF

ABOUT YOU

I.D. number

--	--	--	--

Before you begin we would like to ask you to answer a few general questions about yourself: by circling the correct answer or by filling in the space provided.

What is your **gender**? Male Female

What is your **date of birth**? _____ / _____ / _____
Day / Month / Year

What is the highest **education** you received?
None at all
Primary school
Secondary school
Tertiary

What is your **marital status**? Single Separated
Married Divorced
Living as married Widowed

Are you currently **ill**? Yes No

If something is wrong with your health what do you think it is? _____

Instructions

This assessment asks how you feel about your quality of life, health, or other areas of your life. **Please answer all the questions.** If you are unsure about which response to give to a question, **please choose the one** that appears most appropriate. This can often be your first response.

Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life **in the last two weeks**. For example, thinking about the last two weeks, a question might ask:

	Not at all	Not much	Moderately	A great deal	Completely
Do you get the kind of support from others that you need?	1	2	3	4	5

You should circle the number that best fits how much support you got from others over the last two weeks. So you would circle the number 4 if you got a great deal of support from others as follows.

	Not at all	Not much	Moderately	A great deal	Completely
Do you get the kind of support from others that you need?	1	2	3	4	5

You would circle number 1 if you did not get any of the support that you needed from others in the last two weeks.
Please read each question, assess your feelings, and circle the number on the scale for each question that gives the best answer for you.

THE WHOQOL-BREF

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
1 (G1)	How would you rate your quality of life?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
2 (G4)	How satisfied are you with your health?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how much** you have experienced certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
3 (F1.4)	To what extent do you feel that (physical) pain prevents you from doing what you need to do?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
7 (F5.3)	How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	How safe do you feel in your daily life?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how completely** you experience or were able to do certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10 (F2.1)	Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
12	Have you enough money to meet your	1	2	3	4	5

(F18.1)	needs?					
13 (F20.1)	How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
15 (F9.1)	How well are you able to get around?	1	2	3	4	5

The following questions ask you to say how **good or satisfied** you have felt about various aspects of your life over the last two weeks.

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
16 (F3.3)	How satisfied are you with your sleep?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	How satisfied are you with your capacity for work?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	How satisfied are you with the support you get from your friends?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to **how often** you have felt or experienced certain things in the last two weeks.

		Never	Seldom	Quite often	Very often	Always
26 (F8.1)	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	1	2	3	4	5

Did someone help you to fill out this form?.....

How long did it take to fill this form out?.....

SÉRIE 1

PRATICIEN : VOTRE OBJECTIF EST D'UTILISER LE QUESTIONNAIRE POUR ÉVALUER LA SANTÉ MENTALE DE LA PERSONNE. VOUS ÊTES AIMABLE MAIS VOUS VOUS SENTEZ PRESSÉ PAR LE TEMPS. ESSAYEZ D'ALLER AU-DELÀ DES RÉPONSES « OUI/NON ».

SÉRIE 1

PERSONNE ÂGÉE (MARTA, 79 ANS) : VOUS AVEZ EMMÉNAGÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT IL Y A TROIS MOIS. PHYSIQUEMENT, VOUS ALLEZ BIEN, MAIS VOUS AVEZ L'IMPRESSION D'ÊTRE INVISIBLE. VOTRE JARDIN ET VOTRE VIEUX CHIEN VOUS MANQUENT.

SI LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ VOUS POSE DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ, PARLEZ-LUI DE VOS MÉDICAMENTS. ATTENDEZ QU'IL VOUS POSE DES QUESTIONS SPÉCIFIQUES SUR VOS

SÉRIE 2

**PRATICIEN : VOUS ÊTES INFIRMIÈRE
EXPÉRIMENTÉE. VOUS ACCORDEZ UNE
GRANDE IMPORTANCE À LA SÉCURITÉ ET
À LA PRÉVENTION DES CHUTES. VOTRE
OBJECTIF EST D'ÉVALUER LA QUALITÉ DE
VIE DES PERSONNES ÂGÉES À L'AIDE DU
QUESTIONNAIRE.**

SÉRIE 2

**PERSONNE ÂGÉE (ARTHUR, 82 ANS) : VOUS VIVEZ
CHEZ VOUS ET UTILISEZ UN DÉAMBULATEUR. CELA
VOUS AGACE QUE VOS ENFANTS VOULENT QUE
VOUS CESSIEZ DE CUISINER VOUS-MÊME. VOUS
TENEZ À VOTRE AUTONOMIE. ADOPTEZ UNE
ATTITUDE LÉGÈREMENT DÉFENSIVE. SI LE
PROFESSIONNEL MET TROP L'ACCENT SUR LA
SÉCURITÉ, DITES-LUI QUE VOUS PRÉFÉREZ PRENDRE
UN RISQUE ET ÊTRE HEUREUX PLUTÔT QUE D'ÊTRE
EN SÉCURITÉ ET DE VOUS ENNUYER.**

SÉRIE 3

PRATICIEN : VOTRE OBJECTIF EST DE VÉRIFIER SI L'ENVIRONNEMENT RÉPOND AUX BESOINS DE LA PERSONNE. UTILISEZ LE QUESTIONNAIRE. VOUS SOUHAITEZ L'ENCOURAGER À REJOINDRE DES ASSOCIATIONS LOCALES.

SÉRIE 3

PERSONNE ÂGÉE (ADNAN, 75 ANS) : VOUS ÊTES UN IMMIGRÉ QUI A TRAVAILLÉ DANS LE BÂTIMENT PENDANT 40 ANS. VOTRE QUARTIER A CHANGÉ, ET VOUS NE VOUS SENTEZ PAS CHEZ VOUS NI À VOTRE PLACE. VOUS AVEZ L'IMPRESSION QUE LES CENTRES POUR PERSONNES ÂGÉES SONT RÉSERVÉS AUX PERSONNES QUI PARLENT PARFAITEMENT LA LANGUE LOCALE. VÉRIFIEZ SI LE PROFESSIONNEL CHERCHE UNE SOLUTION ADAPTÉE À VOTRE CULTURE.

SÉRIE 4

**PRATICIEN : VOUS ÊTES UN JEUNE
ÉTUDIANT. VOUS ÊTES UN PEU NERVEUX À
L'IDÉE DE POSER DES QUESTIONS
PERSONNELLES. VOTRE OBJECTIF EST
D'EXPLORER LES SECTIONS DU
QUESTIONNAIRE CONSACRÉES AU PLAISIR ET
À L'ÉPANOUISSEMENT PERSONNEL.**

SÉRIE 4

**PERSONNE ÂGÉE (LUCIA, 71 ANS) : VOUS ÊTES
PLEINE DE VIE ET VOUS AVEZ RÉCEMMENT
COMMENCÉ À SORTIR AVEC UNE AUTRE PERSONNE
DE VOTRE CLUB DE MARCHÉ. VOUS VOUS SENTEZ À
NOUVEAU COMME UNE ADOLESCENTE, MAIS VOUS
AVEZ PEUR QUE LES GENS VOUS TROUVENT
RIDICULE À VOTRE ÂGE.
MENTIONNEZ QUE VOUS VOUS SENTEZ REMPLIE
D'UNE NOUVELLE ÉNERGIE. NE PARLEZ DE VOTRE
RELATION QUE SI LE PRATICIEN CRÉE UNE
ATMOSPHÈRE TRÈS SÉCURISANTE.**

SÉRIE 5

PRATICIEN : VOUS AVEZ REÇU UNE PLAINTE D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE QUI A VU SON PÈRE EMBRASSER UN AUTRE RÉSIDENT. ÉVALUEZ LE BIEN-ÊTRE DU RÉSIDENT À L'AIDE DU QUESTIONNAIRE. VOUS VOUS POSEZ DES QUESTIONS SUR LE CONSENTEMENT, MAIS VOUS SOUHAITEZ RESPECTER SES DROITS. DÉTERMINEZ SI CETTE RELATION AMÉLIORE LA QUALITÉ DE VIE DU RÉSIDENT.

SÉRIE 5

PERSONNE ÂGÉE (HENRY, 81 ANS) : VOUS VIVEZ DANS CET ÉTABLISSEMENT DEPUIS DEUX ANS. DEPUIS QUE VOUS AVEZ RENCONTRÉ JANE, VOUS VOUS SENTEZ PLUS HEUREUX QUE VOUS NE L'AVEZ ÉTÉ DEPUIS UNE DÉCENNIE. VOUS ÊTES PLEINEMENT CONSCIENT DE CE QUE VOUS FAITES, MAIS VOUS AVEZ L'IMPRESSION QUE LE PERSONNEL VOUS SURVEILLE ET VOUS TRAITE COMME UN ENFANT LORSQUE VOUS ÊTES ENSEMBLE. SI LE PRATICIEN ABORDE LA PLAINTÉ DE LA FAMILLE, EXPRIMEZ VOTRE FRUSTRATION.



Exercice 3

Analyse d'études de cas et élaboration d'un plan d'action en trois étapes

ÉTAPE 1 : L'analyse des « lentilles »

Quels « prismes » entrent ici en jeu ?

Cochez toutes les cases qui s'appliquent : ☐ Genre ☐ Culture ☐ Âgisme ☐ Sécurité institutionnelle.

Décrivez brièvement le conflit entre le « modèle déficitaire » (ce que veut le système) et le « modèle de vieillissement positif » (ce dont la personne a besoin).

ÉTAPE 2 : Recadrage holistique

Considérer la personne dans sa globalité : quel aspect de l'histoire, de la fierté ou de la joie de cette personne est ignoré ?

La dignité du risque : si nous donnons la priorité à l'autonomie de cette personne, quel est le compromis « suffisamment sûr » ?

ÉTAPE 3 : La mise en œuvre (3 actions concrètes)

Que pouvez-vous dire aujourd'hui à la personne ou à sa famille pour la valoriser ?

Quel changement faut-il apporter au plan de soins ou au comportement du personnel ?

Comment garantir la qualité de vie de cette personne ?

Références sur la « perspective » : définitions rapides

1. Le prisme du genre

Il s'agit d'une manière d'analyser une situation afin de déterminer dans quelle mesure les attentes sociales liées au fait d'être un homme ou une femme influencent le vécu d'une personne âgée.

Concrètement, cela revient à se demander : « Cette personne est-elle traitée de cette manière, ou se comporte-t-elle ainsi, en raison des « règles » traditionnelles liées à son genre ? » (par exemple, supposer qu'une fille prodiguera des soins gratuitement, ou supposer qu'un homme âgé n'a pas besoin de soutien émotionnel).

2. La perspective culturelle

Il s'agit d'une manière d'aborder les soins à travers les valeurs, la langue et l'héritage culturel de la personne. Elle reconnaît que le bien-être revêt des significations différentes selon les cultures.

Concrètement, cela revient à se demander : « Jugons-nous le comportement de cette personne à l'aune de nos propres normes culturelles, ou respectons-nous ses traditions spécifiques en matière de famille, d'alimentation et d'autorité ? »

3. La dignité du risque

Il s'agit du principe éthique selon lequel tout adulte a le droit de faire des choix et de prendre des risques raisonnables susceptibles de favoriser son épanouissement personnel ou son bonheur, même si ces choix peuvent entraîner une chute ou une blessure.

Concrètement, cela revient à se demander : « Est-ce que nous « protégeons » cette personne à tel point que nous la privons de sa liberté et de sa joie ? » Cela déplace l'objectif de *la sécurité totale* vers *la meilleure vie possible*.

Dossiers d'études de cas

1 : LE PATRIARCHE INVISIBLE (GENRE ET CULTURE)

PERSONNAGE : GIOVANNI (76 ANS), UN IMMIGRÉ ITALIEN TRADITIONNALISTE. IL EST ATTEINT DE LA MALADIE DE PARKINSON À UN STADE PRÉCOCE. SON ÉPOUSE, AVEC QUI IL ÉTAIT MARIÉ DEPUIS 50 ANS, EST DÉCÉDÉE RÉCEMMENT.

DILEMME : GIOVANNI REFUSE QUE DES INFIRMIÈRES L'AIDENT POUR SES SOINS PERSONNELS, MAIS IL SE MET EN COLÈRE LORSQUE AUCUN PERSONNEL MASCULIN N'EST DISPONIBLE. IL S'ISOLE DE PLUS EN PLUS CAR IL ESTIME QUE LES HOMMES NE FRÉQUENTENT PAS LES « MATINÉES CAFÉ COMMUNAUTAIRES ».

DÉFI : EN QUOI LES RÔLES DE GENRE ET LA FIERTÉ CULTURELLE ENTRAÎNENT-ILS UN DÉFICIT DANS SES SOINS ?

2 : LE FILS PROTECTEUR (ÉTHIQUE ET AUTONOMIE)

PERSONNAGE : MARTHA (82 ANS), JOURNALISTE À LA RETRAITE QUI TIE À SON INDÉPENDANCE. ELLE PRÉSENTE DE LÉGERS PROBLÈMES D'ÉQUILIBRE.

DILEMME : MARTHA SOUHAITE CONTINUER À PRENDRE SEULE LE BUS POUR SE RENDRE À LA BIBLIOTHÈQUE MUNICIPALE. SON FILS A APPELÉ L'ÉTABLISSEMENT POUR EXIGER QU'ON L'ENFERME OU QU'ON LUI RETIRE SA CARTE DE TRANSPORT POUR ASSURER SA SÉCURITÉ.

DÉFI : APPLIQUER LE PRINCIPE DE LA DIGNITÉ DU RISQUE. COMMENT TROUVER UN ÉQUILIBRE ENTRE LA CRAINTE DU FILS (SÉCURITÉ) ET LA QUALITÉ DE VIE DE MARTHA (AUTONOMIE) ?

3 : LE LANGAGE SILENCIEUX (CULTURE ET QUALITÉ DE VIE)

PERSONNAGE : SUN-HI (88 ANS), UNE FEMME CORÉENNE VIVANT DANS UNE MAISON DE RETRAITE OCCIDENTALE. ELLE PARLAIT COURAMMENT L'ANGLAIS, MAIS À MESURE QUE SA DÉMENCE PROGRESSE, ELLE REVIENT À SA LANGUE MATERNELLE.

DILEMME : LE PERSONNEL LA CONSIDÈRE COMME UNE PERSONNE NON VERBALE OU DIFFICILE PARCE QU'ELLE NE SUIT PAS LES INSTRUCTIONS. ELLE PERD DU POIDS CAR ELLE NE RECONNAÎT PAS LA NOURRITURE QUI LUI EST SERVIE.

DÉFI : ADOPTER UNE APPROCHE CULTURELLE. EN QUOI LE SYSTÈME NE PARVIENT-IL PAS À VOIR SUN-HI DANS SA GLOBALITÉ, AU-DELÀ DE SON DIAGNOSTIC ?

4 : LA ROMANCE « RIDICULE » (ÂGISME SEXUEL)

PERSONNAGES : DAVID (79 ANS) ET LILLIAN (81 ANS). CES DEUX RÉSIDENTS ONT ENTAMÉ UNE RELATION AMOUREUSE.

DILEMME : ILS ONT ÉTÉ SURPRIS DANS LA CHAMBRE DE LILLIAN, LA PORTE VERROUILLÉE. LE PERSONNEL JASSE, ET CERTAINS FONT DES BLAGUES SUR « LE PETIT AMI DE LA MAIE ». UN MEMBRE DU PERSONNEL SUGGÈRE QU'ILS SOIENT SURVEILLÉS LORS DE LEURS RENDEZ-VOUS.

DÉFI : IDENTIFIEZ L'ÂGISME SEXUEL. COMMENT CES COMMÉRAGES AFFECTENT-ILS LEUR DROIT À L'INTIMITÉ ET LEUR ESTIME DE SOI ?

5 : LE POIDS DU GENRE (GENRE ET POLITIQUES)

PERSONNAGE : SARAH (60 ANS), QUI EST ELLE-MÊME UNE ADULTE « JEUNE-VIEILLE », EST LA PRINCIPALE AIDANTE DE SA MÈRE (89 ANS) ET DE SON PÈRE (91 ANS).

DILEMME : SARAH EST ÉPUISÉE ET VOIT SA PROPRE SANTÉ SE DÉGRADER. LORSQU'ELLE DEMANDE DE L'AIDE, L'ASSISTANTE SOCIALE LUI RÉPOND : « C'EST VRAIMENT FORMIDABLE QUE LA FAMILLE S'OCCUPE D'EUX ; LES FILLES SONT TELLEMENT PLUS DOUÉES POUR ÇA. »

DÉFI : ADOPTER UNE PERSPECTIVE DE GENRE CONCERNANT L'AIDANTE. EN QUOI LES ATTENTES SOCIÉTALES RELATIVES AUX RÔLES DES FEMMES CONTRIBUENT-ELLES AU *POIDS DÉMOGRAPHIQUE* QUI PÈSE SUR LES INDIVIDUS ?

Outils pratiques

Module 2



Plan de cours

Module 2	L'âgisme et les idées reçues sur les personnes âgées
Public cible	Formateurs d'adultes, professionnels de santé, travailleurs sociaux, personnel soignant
Durée	2,5 heures
Objectifs d'apprentissage	Les apprenants seront capables de : • Identifier et définir les trois niveaux d'âgisme et leur impact systémique. • Reconnaître le fossé entre l'approbation professionnelle explicite des droits sexuels et les préjugés personnels implicites. • Comprendre comment le genre, la culture et l'état cognitif s'entrecroisent pour créer des obstacles spécifiques à l'intimité. • Remettre en question le <i>stéréotype sur l'asexualité</i> et la priorité accordée à la sécurité au détriment du droit des adultes à la vie privée.
Préparation	- Préparez la salle avec des chaises et des tables, des ordinateurs et un projecteur. Réservez-la à l'avance, si nécessaire. - Préparez le projecteur, le tableau à feuilles mobiles et les marqueurs. - Imprimez les documents et les fiches de travail nécessaires. ○ Exercice 1 : cartes de cas concrets pour chaque groupe. ○ Exercice 1 : cartes « Mythes » pour chaque groupe. ○ Exercice 1 : fiche de travail « Clés » pour l'animateur afin de vérifier les binômes. ○ Exercice 2 : 5 cartes de thèmes principaux. ○ Exercice 3 : Fiches de travail de la campagne pour chaque groupe. - Une fois la mise en place effectuée, informez les participants de l'objectif du module, de ses thèmes et du programme. - Prévoyez des pauses si nécessaire.
Liste de contrôle	Matériel technique : vérification du fichier PPTX et du projecteur Exercice 1 : cartes « Cas » et « Mythes », clé maîtresse pour l'animateur

	Exercice 2 : cartes des 5 thèmes principaux, tableau à feuilles mobiles et marqueurs Exercice 3 : Fiches de campagne, Post-it, grandes feuilles de papier Général : badges nominatifs et formulaires de retour d'expérience
--	---

Plan de cours | En présentiel

Thèmes et activités	Durée en minutes	Méthodes	Matériel et ressources
Introduction et attentes – Présentation du programme et des objectifs d'apprentissage du module 2.	5 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exposé théorique sur les définitions, les effets et les niveaux de l'âgisme.	15 min	Présentation	ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 1 – Le puzzle de l'âgisme Objectif : Les apprenants identifieront comment les 12 mythes sur le vieillissement (OMS, 2013) se manifestent aux niveaux <i>institutionnel</i> , <i>interpersonnel</i> et <i>intériorisé</i> de l'âgisme à travers des scénarios concrets. Activité : En petits groupes, lisez les mini-études de cas suivantes. Identifiez le niveau d'âgisme présent et lequel des 12 mythes de l'OMS est renforcé.	25 min	Analyse d'études de cas, exercice de mise en correspondance en groupe, discussion comparative	12 cartes de situations, 12 cartes « Mythe », Fiche de travail : une « <i>clé maîtresse</i> » permettant à l'animateur de vérifier les appariements. <i>En fonction du nombre de petits groupes, imprimez plusieurs paquets de cartes-énigmes.</i>
Exposé théorique sur les croyances sociétales négatives, les mythes et les tabous entourant la sexualité chez les personnes âgées,	15 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 2 – Les nuances de gris Objectif : Aider les professionnels à identifier les écarts entre leurs convictions <i>explicites</i> (conscientes/polies) et leurs réactions <i>implicites</i> (inconscientes/instinctives) à l'aide de 5 grands thèmes de recherche. Chaque groupe prend une carte de thème (1. Récit du déclin, 2. Stéréotype asexuel, 3. De la quantité à la qualité, 4. Hégémonie de la pénétration, 5. Ambivalence). Les groupes aborderont les points suivants : Où avons-nous observé cela dans notre établissement ?	25 min	Discussion de groupe ciblée, récits réflexifs, remue-ménages	5 cartes de thèmes principaux, tableau à feuilles mobiles et marqueurs

Cela vous fait-il penser à quelque chose lorsque vous faites le lien entre ce thème et un acte d'âgisme explicite ou implicite ?			
Apport théorique sur l'impact des préjugés dans les domaines de la santé, de l'éducation et des structures institutionnelles, sur les groupes vulnérables, l'intersectionnalité et les défis professionnels. Brainstorming de groupe de suivi : « <i>Quels sont vos défis ?</i> »	15 min	Présentation, discussion de groupe	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 3 – Réinventer le récit : atelier sur les campagnes médiatiques Objectif : Donner aux apprenants les moyens de créer des contre-récits qui remettent en question les contenus médiatiques âgistes et promeuvent les droits sexuels et la diversité des personnes âgées. Activité : À l'aide de la fiche de travail comme guide, les groupes suivent un processus créatif : 1. Choisir un thème (par exemple, un mythe) 2. Choisissez un slogan percutant pour donner une voix à votre campagne. 3. Décrivez un visuel : à quoi ressemble l'image ? 4. Les groupes esquissent une première ébauche de leur affiche ou de leur publication sur les réseaux sociaux sur une feuille de tableau à feuilles mobiles. Définir un <i>appel à l'action</i> précis : quelle est la seule chose concrète que vous souhaitez qu'un professionnel ou un membre de la famille fasse différemment après avoir vu votre campagne ? 5. Chaque groupe présente sa campagne.	30 min	Conception créative, rédaction collaborative, présentation	Fiches de travail sur la campagne, Post-it, grandes feuilles de papier
Apport théorique sur les conseils destinés aux éducateurs et aux professionnels, les considérations	10 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint

éthiques, les choses à faire et à ne pas faire.			
Messages clés et conclusion – discussion des dernières questions et des retours d'expérience.	5 min	Présentation, discussion de groupe	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint, <i>facultatif</i> : tableau à feuilles mobiles pour noter les questions et les commentaires
Formulaire de commentaires (<i>facultatif</i>)	5 min	Évaluation du module	Formulaires de commentaires imprimés ou code QR pour accéder au questionnaire en ligne



Exercice 1

Clé du puzzle sur l'âgisme : les 12 mythes sur le vieillissement

Mythe	Situation illustrée par la carte	Niveau d'âgisme
1. Dégradation mentale et physique	Un médecin ignore les plaintes d'un patient de 75 ans souffrant de douleurs articulaires chroniques, en déclarant : « À votre âge, il faut s'attendre à ce que certaines fonctions cessent de fonctionner ; il est inutile de faire d'autres examens. »	Relations interpersonnelles
2. Besoins similaires	Une maison de retraite ne propose qu'un seul type d'activité de loisirs (le bingo) pour l'ensemble de ses 200 résidents.	Institutionnel
3. La créativité, c'est pour les jeunes	Un centre communautaire local refuse de financer un projet entrepreneurial novateur : l'« Incubateur de start-ups pour seniors ».	Institutionnel
4. L'expérience n'a aucune importance	Lors d'une réunion stratégique au sein d'une association à but non lucratif, un jeune coordinateur interrompt un cadre à la retraite en lui disant : « Le monde a trop changé pour que vos méthodes « à l'ancienne » puissent encore fonctionner aujourd'hui. »	Interpersonnel
5. Envie de calme et de tranquillité	Un aide-soignant dissuade deux résidents de se rendre dans un club de jazz tard le soir en leur disant : « Vous seriez bien plus heureux de rester dans votre chambre au calme avec une bonne tasse de thé. »	Relations interpersonnelles
6. Le problème, ce sont les lits d'hôpital	Un conseil municipal consacre l'intégralité de son budget dédié aux seniors à la construction de nouvelles chambres de type hospitalier, au lieu d'aménager des parcs accessibles ou des salles de danse.	Institutionnel
7. Priver les jeunes	Un journal soutient que les augmentations des retraites devraient être gelées, car chaque euro dépensé pour « le passé » (les personnes âgées) est volé à « l'avenir » (les écoliers).	Institutionnel

8. Dépenser, c'est gaspiller	Le comité d'éthique d'un hôpital débat de l'opportunité de fournir une valve cardiaque coûteuse à une femme de 80 ans, remettant en question le « <i>retour sur investissement</i> » compte tenu de l'espérance de vie qu'il lui reste.	Institutionnel
9. Inadapté au monde du travail moderne	L'algorithme de recrutement d'une entreprise technologique élimine automatiquement tout candidat ayant plus de 30 ans d'expérience, partant du principe qu'il ne saurait s'adapter à un environnement de travail au rythme soutenu.	Institutionnel
10. On ne peut pas apprendre de nouveaux tours	Une femme de 80 ans renonce à s'inscrire à un cours de programmation en se disant : « <i>Mon cerveau est trop vieux pour assimiler les nouvelles technologies ; je vais m'en tenir à ce que je sais déjà.</i> »	Intériorisé
11. S'attendre à devoir céder sa place	Une bénévole senior démissionne d'un conseil d'administration qu'elle adore, car elle se sent coupable d'occuper un siège qui, selon elle, revient de droit à une personne plus jeune.	Intériorisé
12. Les choses s'arrangent d'elles-mêmes	Un établissement de soins pour personnes âgées n'a pas de politique en matière de consentement sexuel ou d'intimité, partant du principe que les personnes âgées n'ont pas de vie sexuelle et qu'aucune règle ni protection n'est donc nécessaire.	Institutionnel

Mythe	Quelques contre-arguments à titre de référence (OMS, 2013)
1. Dégradation mentale et physique	Une grande partie de la perte de vitalité n'est pas inévitable ; elle résulte des attentes de la société et d'un manque d'activité physique. Des changements simples, comme une augmentation de l'activité physique et une meilleure alimentation, peuvent remédier à de nombreux problèmes liés à l'âge, tels que la perte musculaire et la diminution de la capacité aérobie.
2. Des besoins similaires	La diversité augmente en réalité avec l'âge. La tranche d'âge la plus âgée est la moins homogène, les besoins variant considérablement en fonction de l'âge chronologique, biologique et psychologique.
3. La créativité est l'apanage des jeunes	La créativité n'a pas de « date limite de consommation ». De nombreuses personnalités influentes, de Michel-Ange aux auteurs contemporains, ont produit leurs plus grandes œuvres bien après 70 ans. La retraite obligatoire est une construction sociale, et non une limite biologique à la productivité.
4. L'expérience n'a aucune importance	Les personnes âgées possèdent un savoir accumulé et des compétences managériales qui ne s'acquièrent pas dans les livres. Elles jouent un rôle essentiel dans la transmission des traditions et peuvent encadrer les jeunes générations dans des domaines en voie de disparition, tels que l'artisanat ou la résolution de problèmes complexes.
5. Envie de calme et de tranquillité	La plupart des personnes âgées ne se retirent pas de la vie sociale, à moins d'y être contraintes par la société. Par exemple, les centres communautaires d'Athènes enregistrent une forte demande pour des fêtes, des soirées dansantes et des excursions.
6. Le problème, ce sont les lits d'hôpital	Si les soins médicaux sont importants, le véritable enjeu réside dans le maintien de l'autonomie. Les politiques doivent se concentrer sur les revenus, le logement et les réseaux sociaux afin de réduire le recours excessif, inapproprié et source de gaspillage, aux lits d'hôpital.
7. Priver les jeunes	De nombreuses améliorations destinées aux personnes âgées profitent à toutes les tranches d'âge. Des passages piétons sécurisés, un meilleur éclairage public et des bus à plancher surbaissé aident autant les parents avec des poussettes et les personnes avec des caddies que les seniors.
8. Ces dépenses sont un gaspillage	Des dépenses judicieuses permettent en réalité de réaliser des économies. De petits investissements dans des appareils auditifs, des aides à la marche ou l'entretien du logement permettent aux personnes de rester mobiles et intégrées à leur réseau social, évitant ainsi le recours à des soins de longue durée bien plus coûteux.
9. Inadaptés au monde du travail moderne	Les travailleurs âgés sont souvent plus constants, plus fiables et plus fidèles que leurs homologues plus jeunes. Ils excellent dans la réflexion stratégique, l'analyse de questions complexes et l'adoption d'une vision globale.
10. On ne peut pas leur apprendre de nouvelles choses	Les personnes âgées sont souvent plus motivées et plus assidues à l'entraînement que les élèves plus jeunes. Le « secret », c'est la méthode d'enseignement : lorsqu'on leur permet d'avancer à leur propre rythme avec des applications pratiques, elles apprennent aussi efficacement que n'importe qui.

11. Préparez-vous à céder la place	Les personnes âgées constituent un « euro gris » de plus en plus influent et qui fait entendre sa voix sur le marché. Elles sont mieux informées que jamais sur leurs droits en matière de santé et peuvent apporter une contribution surprenante à la prise de décision au sein de la communauté si on leur accorde une place à la table des discussions.
12. Les choses s'arrangent d'elles-mêmes	Compter sur le hasard est dangereux en raison du rythme effréné des changements actuels. Sans discussion ni planification actives impliquant toutes les générations, les besoins spécifiques des personnes âgées les plus vulnérables seront ignorés.

Organisation mondiale de la santé. (2013). *Démystifier les mythes du vieillissement*. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

<https://iris.who.int/bitstreams/27967758-3b6e-47cf-9242-e5961ddd3252/download>

Exemples concrets

<i>Un médecin ignore les plaintes d'une personne de 75 ans souffrant de douleurs articulaires chroniques, en déclarant : « À votre âge, il faut s'attendre à ce que certaines choses cessent de fonctionner ; il est inutile de faire d'autres examens. »</i>	<i>Une maison de retraite ne propose qu'un seul type d'activité de loisirs (le bingo) pour l'ensemble de ses 200 résidents.</i>
<i>Un centre communautaire local refuse de financer un projet entrepreneurial novateur : l'« Incubateur de start-ups pour seniors ».</i>	<i>Lors d'une réunion stratégique au sein d'une association à but non lucratif, un jeune coordinateur interrompt un cadre à la retraite en lui disant : « Le monde a trop changé pour que vos méthodes "à l'ancienne" puissent encore fonctionner aujourd'hui. »</i>
<i>Un aide-soignant décourage deux résidents de se rendre dans un club de jazz ouvert tard le soir en leur disant : « Vous seriez bien plus heureux de rester dans votre chambre au calme avec une bonne tasse de thé. »</i>	<i>Un conseil municipal consacre l'intégralité de son budget dédié aux seniors à la construction de nouvelles chambres de type hospitalier plutôt qu'à des parcs accessibles ou à des salles de danse.</i>
<i>Un journal soutient que les augmentations de retraite devraient être gelées car chaque euro dépensé pour « le passé » (les seniors) est volé à « l'avenir » (les écoliers).</i>	<i>Un comité d'éthique hospitalier débat de l'opportunité de fournir une valve cardiaque coûteuse à une femme de 80 ans, remettant en question le « retour sur investissement » compte tenu de ses années de vie restantes.</i>
<i>L'algorithme de recrutement d'une entreprise technologique élimine automatiquement tout candidat ayant plus de 30 ans d'expérience, partant du principe qu'il ne serait pas</i>	<i>Une femme de 80 ans renonce à s'inscrire à un cours de programmation en se disant : « Mon cerveau est trop vieux pour assimiler les nouvelles technologies ; je vais m'en tenir à ce que je sais déjà. »</i>

<i>capable de s'adapter à un environnement de travail au rythme soutenu.</i>	
<i>Une bénévole senior démissionne d'un conseil d'administration qu'elle adore, car elle se sent coupable d'occuper un siège qui, selon elle, revient de droit à une personne plus jeune.</i>	<i>Un établissement de soins pour personnes âgées n'a pas de politique en matière de consentement sexuel ou d'intimité, partant du principe que les personnes âgées n'ont pas de vie sexuelle et qu'aucune règle ni protection n'est donc nécessaire.</i>

Mythes

MYTHE N° 1 : LES PERSONNES DOIVENT S'ATTENDRE À UNE DÉGRADATION MENTALE ET PHYSIQUE.	MYTHE 2 : LA PLUPART DES PERSONNES ÂGÉES ONT DES BESOINS SIMILAIRES.
MYTHE N° 3 : LA CRÉATIVITÉ ET LA APPORT SONT L' APPARTIENT AUX JEUNES.	MYTHE N° 4 : L'EXPÉRIENCE DES PERSONNES ÂGÉES N'A QUE PEU D'INTÉRÊT DANS LA SOCIÉTÉ MODERNE.
MYTHE N° 5 : DE NOMBREUSES PERSONNES ÂGÉES SOUHAITENT QU'ON LES LAISSE EN PAIX ET AU CALME.	MYTHE N° 6 : LES LITS D'HÔPITAL ET LES INFIRMIÈRES C'EST LE PROBLÈME PRINCIPAL.
MYTHE N° 7 : PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES ÂGÉES PRIVE LES JEUNES AUX JEUNES.	MYTHE N° 7 : PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES ÂGÉES PRIVE LES JEUNES AUX JEUNES.
MYTHE N° 9 : LES PERSONNES ÂGÉES NE SONT PAS ADAPTÉES AUX MILIEUX DE TRAVAIL MODERNES.	MYTHE N° 10 : ON NE PEUT PAS APPRENDRE DE NOUVEAUX TOURS À UN CHIEN VIEUX.

**MYTHE N° 11 :
LES PERSONNES ÂGÉES
S'ATTENDENT À ÊTRE MISES DE
CÔTÉ.**

**MYTHE N° 12 :
LES CHOSES S'ARRANGERONT
D'ELLES-MÊMES.**





Exercice 2

Les nuances de gris

1. Le discours sur le déclin – « *Le monde appartient aux jeunes* »

Une part importante des personnes interrogées percevait la sexualité des personnes âgées uniquement sous l'angle de **la perte et du déclin**. Elles partaient du principe que le désir disparaissait naturellement et que les corps plus âgés étaient moins attirants ou moins performants.

2. Le stéréotype sur l'asexualité

Certains participants avaient même du mal à imaginer les personnes âgées comme des êtres sexuels. Ils décrivaient la sexualité à un âge avancé comme **rare, inexistante ou ennuyeuse**, la liant souvent uniquement à des fonctions biologiques (comme les hormones) plutôt qu'à un lien émotionnel.

3. De la quantité à la qualité

De nombreux participants estimaient que si la fréquence des rapports sexuels pouvait diminuer, la **profondeur émotionnelle, elle**, augmentait. Ils considéraient la sexualité à un âge avancé comme plus épanouie, plus mûre et plus riche de sens que la sexualité plus physique de la jeunesse.

4. L'hégémonie de la pénétration

Le grand public continue de définir de manière restrictive la sexualité comme **un rapport sexuel avec pénétration**. Comme le vieillissement peut entraîner des changements physiques (tels que la dysfonction érectile ou la sécheresse vaginale) rendant la pénétration difficile, le grand public part souvent du principe que si la pénétration cesse, la vie sexuelle est terminée.

5. Ambivalence et contradiction

Le titre « *Shades of Grey* » fait référence au fait que de nombreuses personnes ont des opinions contradictoires. Elles peuvent affirmer soutenir le droit des personnes âgées à avoir des relations sexuelles (**de manière explicite**), tout en trouvant cette idée déplaisante ou « bizarre » lorsqu'elles y sont confrontées dans la réalité (**de manière implicite**).



Exercice 3

Réimaginer le récit : un atelier sur les campagnes médiatiques

Étape 1 : Choisir un thème

Choisissez un thème pour votre campagne, par exemple parmi les différents mythes que nous avons abordés. *Exemple : nous combattons le mythe n° 3 (« La créativité est réservée aux jeunes ») ou le thème n° 2 (« Le stéréotype de l'asexualité »).*

Notre thème est :

Étape 2 : Un slogan percutant

Rédigez un titre percutant. Veillez à **ne pas** utiliser de langage infantilisant. Utilisez un vocabulaire adulte, respectueux et valorisant.

Notre slogan est :

Étape 3 : Esquisser les visuels

Dans le domaine des soins aux personnes âgées, les visuels mettent souvent l'accent sur *la fragilité* ou *l'isolement*. Décrivez une image pour votre affiche qui mette en avant **l'autonomie, la diversité ou l'intimité**. Posez-vous les questions suivantes : qui figure sur l'image ? Que font-ils ? À quoi ressemblent-ils (vêtements, posture, expression) ?

Description visuelle :

Étape 4 : L'appel à l'action

Quelle est la seule chose concrète que vous souhaitez qu'un professionnel ou un proche **fasse différemment** après avoir vu votre campagne ? *Exemple : « Demandez, ne présumez pas », « Frappez et attendez » ou « Intégrez la santé sexuelle dans le plan de soins ».*

Notre appel à l'action :



Outils pratiques

Module 3



Plan de cours

Module 3	Sexualité, genre et diversité
Public cible	Formateurs d'adultes, professionnels de santé, travailleurs sociaux, personnel des établissements d'hébergement
Durée	2,5 heures
Acquis d'apprentissage	Les apprenants seront capables de : • Distinguer l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre et le sexe biologique. • Décrire les expériences de vie spécifiques des personnes âgées LGBTQIAP+ (criminalisation, VIH/sida, « retour dans le placard »). • Analyser comment l'âge, l'orientation sexuelle et l'identité de genre s'entrecroisent pour créer des vulnérabilités particulières. • Identifier les manifestations de l'âgisme au sein même des communautés LGBTQIAP+. • Citer des initiatives inspirantes (Maison de la Diversité, Grey Pride, Lebensort Vielfalt). • Utiliser un langage et adopter une attitude qui ne présuppose ni l'hétérosexualité ni la cisidentité.
Préparation	- Préparer la salle avec des chaises et des tables, des ordinateurs et un projecteur. - Installez le projecteur, le tableau à feuilles mobiles et les marqueurs. - Imprimer les documents et fiches de travail nécessaires : - o Exercice 1 : cartes de scénarios pour chaque groupe - o Exercice 2 : carte d'étude de cas pour chaque groupe - o Exercice 2 : document contenant les questions de discussion - o Exercice 3 : cartes « institution » pour chaque groupe - o Exercice 3 : fiche de travail « Plan d'action en trois domaines » pour chaque groupe - Informez les participants de la finalité du module, de ses objectifs et du programme. - Prévoyez des pauses si nécessaire.
Liste de contrôle	☐ Matériel technique : vérification du fichier PPTX et du projecteur ☐ Exercice 1 : cartes de scénarios ☐ Exercice 2 : fiches d'étude de cas et questions de discussion ☐ Exercice 3 : fiches « institution », fiches de travail « plan d'action », post-it, grandes feuilles de papier ☐ Généralités : badges nominatifs et formulaires de commentaires

Plan de cours | En présentiel

Thèmes et activités	Durée	Méthodes	Matériel et ressources
Introduction et attentes – Présentation du programme et des objectifs d'apprentissage du module 3	5 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Apport théorique – Pourquoi un module spécifique ? Historique, impact du VIH/sida, défis spécifiques, initiatives inspirantes	25 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 1 – Le vocabulaire de l'inclusion Objectif : Comprendre et s'approprier la terminologie clé relative aux personnes LGBTQIAP+ ainsi que son importance dans la pratique professionnelle. Activité : Les participants travaillent en petits groupes. Chaque groupe reçoit un jeu de cartes de scénarios décrivant des situations impliquant des personnes âgées LGBTQIAP+. Les participants identifient la terminologie la plus pertinente, discutent de son importance dans le contexte donné et réfléchissent à la manière dont un manque de connaissances peut affecter la qualité des soins. Les groupes partagent leurs conclusions en plénière, en s'appuyant sur le guide de l'animateur pour faciliter la discussion.	20 min	Discussion en petits groupes, partage en plénière	Cartes de scénarios (4 scénarios)
PAUSE 1	10 min	–	–

Introduction théorique – L'intersectionnalité en pratique, présentation d'une étude de cas	10 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 2 – Analyse d'une étude de cas Objectif : analyser la situation concrète d'une personne âgée LGBTQ+ et élaborer collectivement une réponse appropriée et centrée sur la personne. Activité : Les participants analysent une étude de cas. Répartis en petits groupes, ils discutent des défis auxquels sont confrontés la personne concernée, le personnel et l'établissement, identifient les hypothèses et les préjugés potentiels, évaluent les risques éventuels et proposent des réponses centrées sur la personne. Les groupes présentent leurs recommandations et discutent des pratiques institutionnelles inclusives en séance plénière.	25 min	Analyse d'une étude de cas, discussion en petits groupes, partage en plénière	Fiche d'étude, document « Questions de discussion »
PAUSE 2	10 min	–	–
Exercice 3 – Repenser l'institution Objectif : Concevoir des actions concrètes visant à rendre une institution plus inclusive pour les personnes âgées LGBTQIAP+ dans trois domaines. Activité : Chaque groupe reçoit une fiche décrivant un établissement de soins ou un cadre communautaire différent. Les participants identifient les obstacles potentiels liés à l'âge, à la diversité sexuelle et de genre, puis élaborent des solutions	30 min	Conception créative, rédaction collaborative, présentation	Fiches d'établissement, fiches de travail « Plan d'action en trois domaines », post-it, grandes feuilles de papier

pratiques dans trois domaines : la formation, l'environnement physique, ainsi que les politiques et protocoles. Les groupes remplissent la fiche de travail « Plan d'action » et présentent leurs trois actions prioritaires en plénière.			
Apport théorique – Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels, ce qu'il faut faire et ne pas faire	10 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Messages clés et conclusion – Discussion des dernières questions et des retours d'expérience	5 min	Présentation, discussion de groupe	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Formulaire de commentaires	5 min	Évaluation du module	Formulaires de commentaires imprimés ou code QR



Exercice 1

Scénario A

Vous recevez une nouvelle résidente de 82 ans. Sur le formulaire d'admission, elle a coché la case « Mariée », mais vous ne voyez aucun époux. Elle évoque fréquemment sa « meilleure amie » avec qui elle a partagé sa vie pendant 40 ans.

Question :

- Quel mot du glossaire est le plus approprié ici ?
- Pourquoi ce terme revêt-il une importance particulière dans cette situation ?
- Comment une méconnaissance de ce terme pourrait-elle affecter la qualité des soins ?

Correction de l'animateur

Lesbienne, invisibilité, famille choisi

Le système a supprimé sa relation. L'emploi d'un langage inclusif (« Y a-t-il une personne significative dans votre vie ? ») lui aurait donné l'occasion de partager son histoire.

Scénario B

Un homme de 75 ans partage qu'il a été marié à une femme pendant 30 ans, tout en étant conscient de son homosexualité. Il n'en avait jamais discuté avec quiconque auparavant.

Question :

- Quel mot caractérise le mieux cette situation ?
- Pourquoi cette personne serait-elle restée muette si longtemps ?
- Comment répondre pour établir la confiance ?

Correction de l'animateur

Révélation tardive de l'homosexualité, stress associé à l'appartenance à une minorité

Il a préservé ce secret pendant des
décennies. C'est un moment de confiance
considérable. Réagissez avec
reconnaissance et sérénité, pas avec
étonnement.

Scenario C

You need to assist a new resident with personal care. The file identifies her as "Madame," but she has a pronounced Adam's apple and a deep voice. You are unsure how to proceed respectfully.

Question :

- What terms do you need to know to handle this situation well?
- What should you do before providing care?
- What should you absolutely avoid doing or saying?

Scénario C

Vous devez assister une nouvelle résidente dans ses soins personnels. Son dossier la désigne comme « Madame », mais elle présente une pomme d'Adam bien marquée et a une voix profonde. Vous ne savez pas comment aborder la situation avec respect.

Question :

- Quels mots devez-vous maîtriser pour bien gérer cette situation ?
- Que devez-vous accomplir avant d'administrer des soins ?
- Quelles actions ou paroles devez-vous impérativement éviter ?

Correction de l'animateur

Transgenre, pronom, cisnormativité

Ne faites jamais de suppositions. Posez la question avec respect : « Quels pronoms préférez-vous ? Comment puis-je vous assister au mieux en matière de soins personnels ? »

Scénario D

Lors d'un atelier, un résident de 88 ans déclare : « Je ne saisis pas tous ces nouveaux termes, "queer", "non-binaire"... À mon époque, nous étions simplement des PD et nous restions discrets. »

Question :

- Que révèle cette déclaration sur l'importance de l'histoire ?
- Comment peut-on valoriser son expérience tout en intégrant de nouveaux concepts ?
- Quelle pourrait être une réponse respectueuse et instructive ?

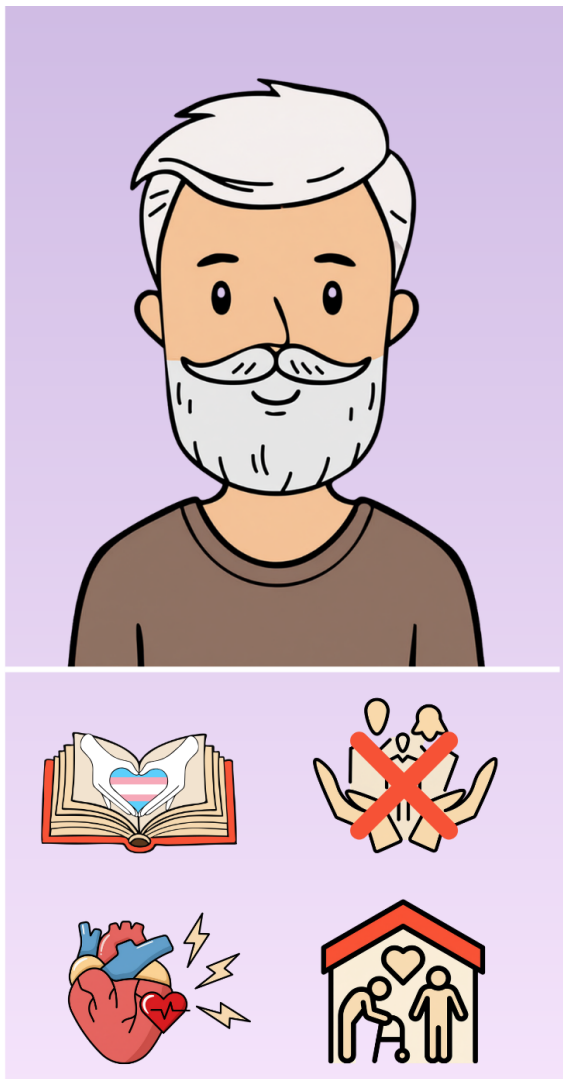
Correction de l'animateur

Queer, disparités générationnelles, réappropriation

Reconnaître son histoire : « Vous avez raison, ce terme était employé comme une insulte. De nos jours, de nombreuses personnes l'ont réapproprié avec fierté. »



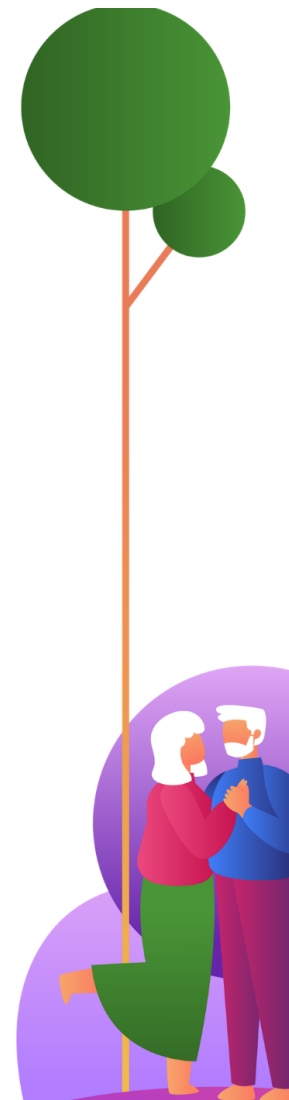
Exercice 2

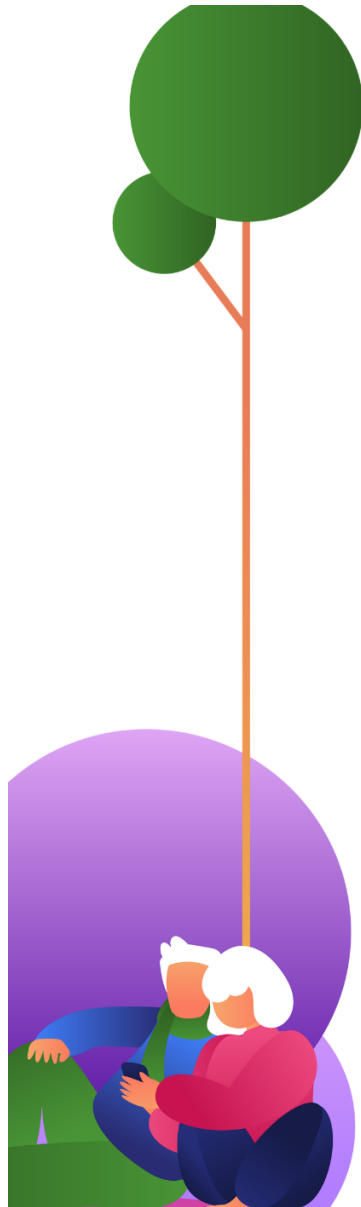


BRETT, 72 ans

- Brett, 72 ans, est un homme transgenre résidant à Lyon. Il arbore une barbe fournie, possède une voix grave et a subi une mammectomie il y a plusieurs années. Cependant, il n'a jamais eu recours à une chirurgie d'affirmation de genre. Son corps témoigne ainsi d'un parcours de transition singulier.
- Après une carrière dans l'enseignement et une vie marquée par des relations familiales compliquées (il a passé son adolescence en famille d'accueil), Brett vit seul. Récemment, une chute et l'apparition de problèmes cardiaques l'ont poussé, à contrecœur, à envisager d'entrer en maison de retraite.
- Lors d'une visite de préadmission, le directeur l'appelle « Monsieur ». Brett se sent valorisé. Cependant, lorsque l'infirmière coordinatrice aborde la question des soins personnels et de l'assistance quotidienne, Brett éprouve un malaise. Il est conscient qu'un jour, peut-être bientôt, un soignant découvrira son corps nu, et avec lui, une histoire que son apparence ne laisse pas transparaître.
- « J'ai passé la plupart de ma vie en institution. Cela ne m'a jamais effrayé. Cependant, je ne me rendrai jamais dans une maison de retraite comme ma mère. »

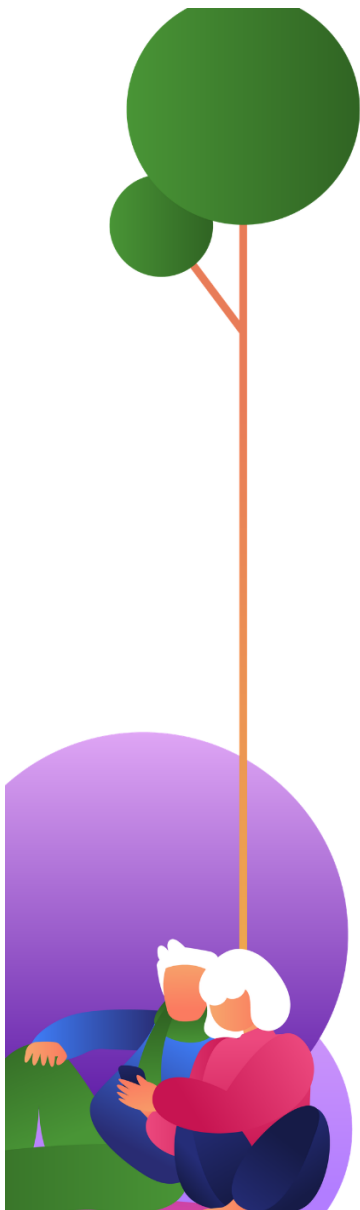
Inspiré par The Atlantic (2015), « Le défi d'être transgenre dans un établissement pour personnes âgées »





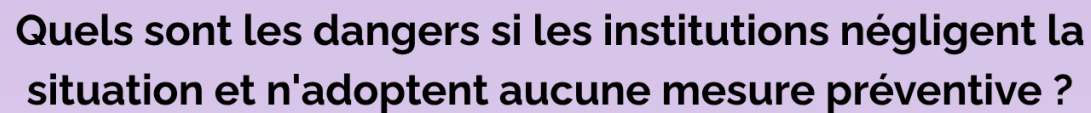
BRETT Quels sont les principaux obstacles dans cette situation ?

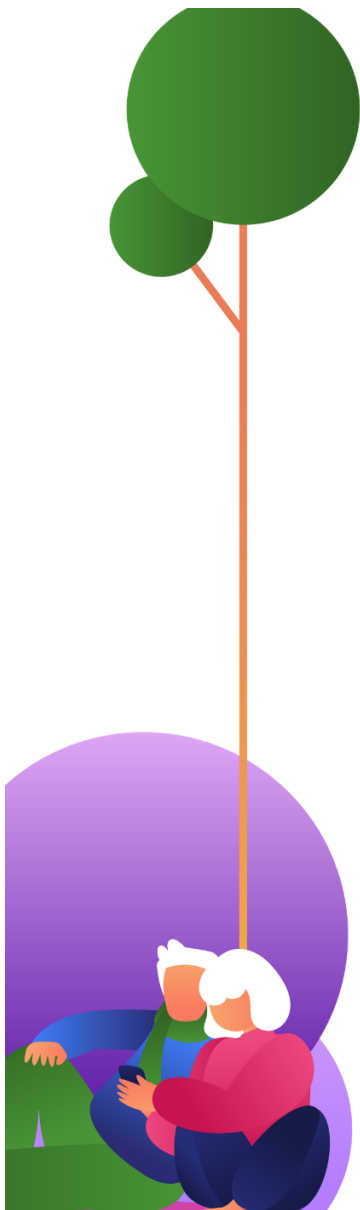
- Pour Brett en personne ?
- Pour les professionnels de la santé ?
- Pour l'établissement ?



BRETT

Quelles suppositions ou quels stéréotypes pourraient affecter les réactions du personnel lorsqu'il trouvera le corps de Brett ?

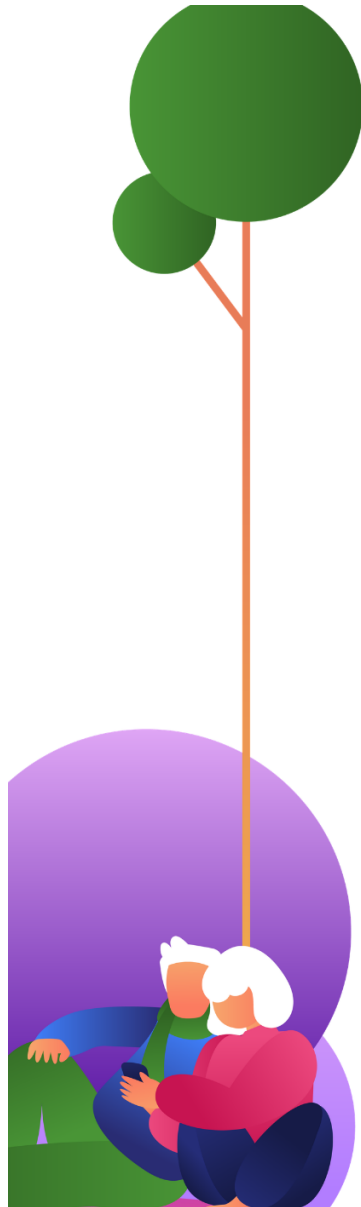




BRETT

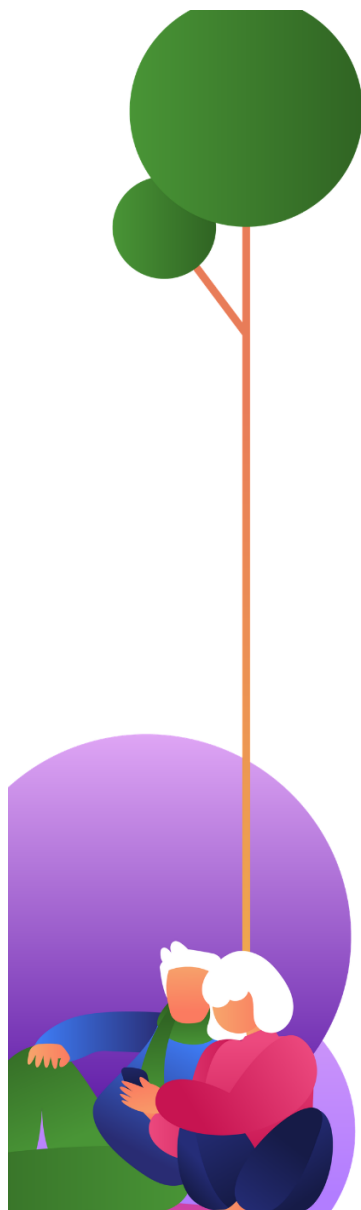
À quoi pourrait ressembler une réponse respectueuse et axée sur la personne ?

- Que devrait entreprendre la direction avant l'arrivée de Brett ?
- Que doit accomplir le soignant à ce moment-là ?
- Quelles politiques ou protocoles pourraient s'avérer utiles ?



BRETT

Que peut faire l'institution pour que Bratt n'ait plus à « se présenter » une fois de plus ?



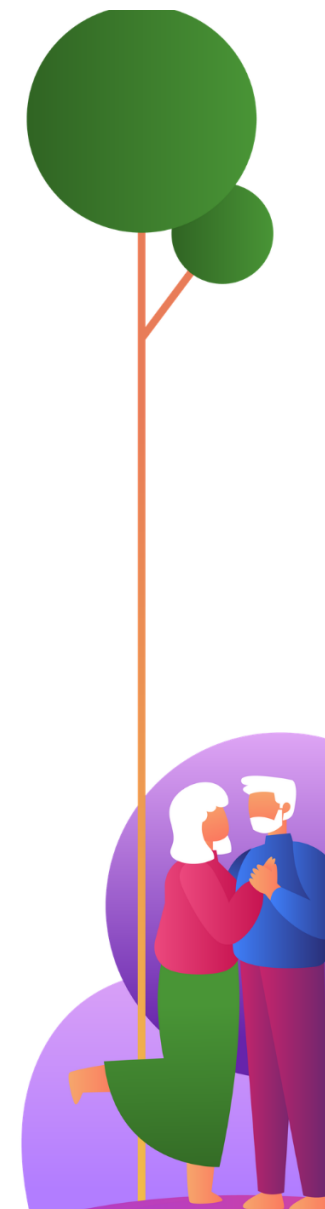
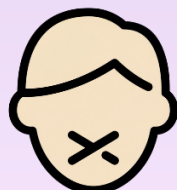
BRETT NOTES DE L'ANIMATEUR

DÉFI	RÉPONSE SUGGÉRÉE
• Divulgarion non intentionnelle lors de soins personnels • Insuffisance de formation du personnel concernant les personnes transgenres • La crainte des réactions des autres résidents • La méfiance institutionnelle de Brett, qui persiste depuis toujours,	• Élaborer un protocole : avant de fournir des soins intimes, un membre du personnel de confiance pose la question suivante : « Y a-t-il des éléments concernant votre corps ou vos antécédents qui pourraient nous aider à mieux vous soutenir ? » • Organiser une formation obligatoire sur le vieillissement des personnes trans et la diversité des corps trans avant l'arrivée de Brett. • Établissez une politique explicite de lutte contre la discrimination. Considérez une réunion d'équipe préparatoire. Offrez à Brett l'option de réserver une chambre privée, si elle est disponible. • Désignez un représentant principal pour établir un climat de confiance. Écoutez ses préoccupations sans adopter une attitude défensive.



SIMONE, 78 ans

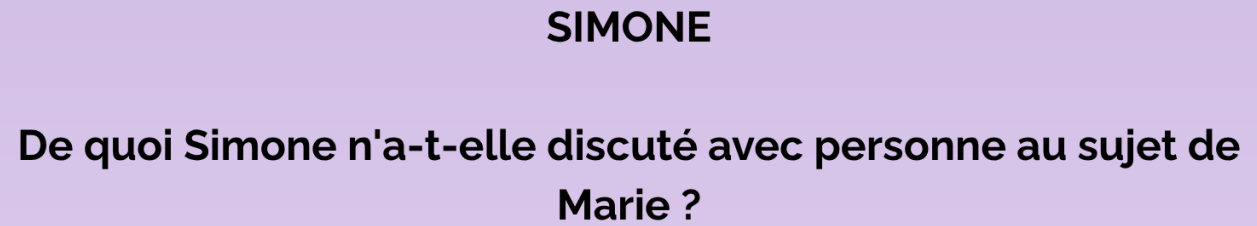
- Simone, 78 ans, est lesbienne. Elle a partagé sa vie avec sa compagne, Marie, pendant plus de 40 ans. Elles se sont rencontrées à une époque où l'homosexualité était encore largement stigmatisée, et elles n'ont jamais osé révéler leur relation au grand jour. Aux yeux de l'extérieur, elles étaient « deux amies vivant ensemble ».
- Marie est décédée il y a cinq ans. Simone entre désormais en maison de retraite. Sur son formulaire d'admission, elle a coché la case « Veuve » – il n'y avait pas de case pour « Conjoint(e) » ou « PACS ». Elle ne mentionne jamais Marie au personnel.
- Lors d'une réunion de l'équipe de soins, une jeune aide-soignante observe que Simone paraît très triste et renfermée. Un autre membre du personnel commente : « Elle doit probablement se sentir seule depuis le décès de son mari. »
- Personne ne connaît Marie. Personne ne s'est informé.

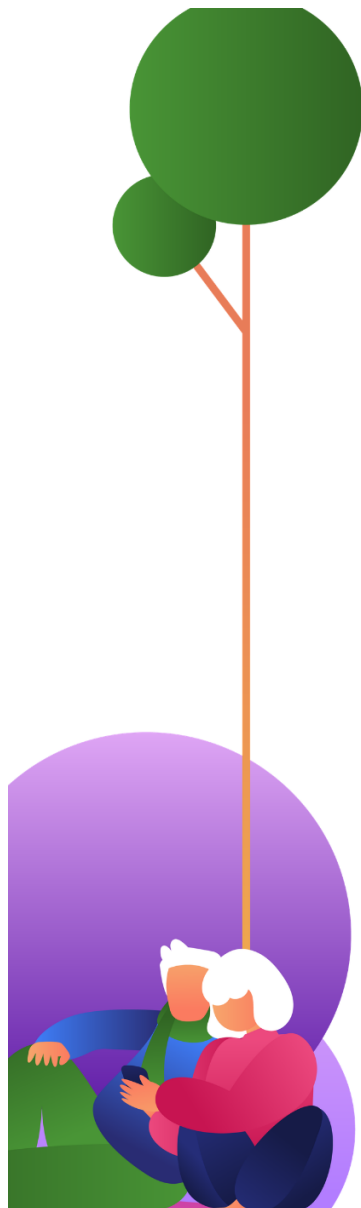




Quels sont les défis majeurs dans cette situation ?

Quelles formes de discrimination se croisent ici ? (âgisme, sexisme, lesbophobie)



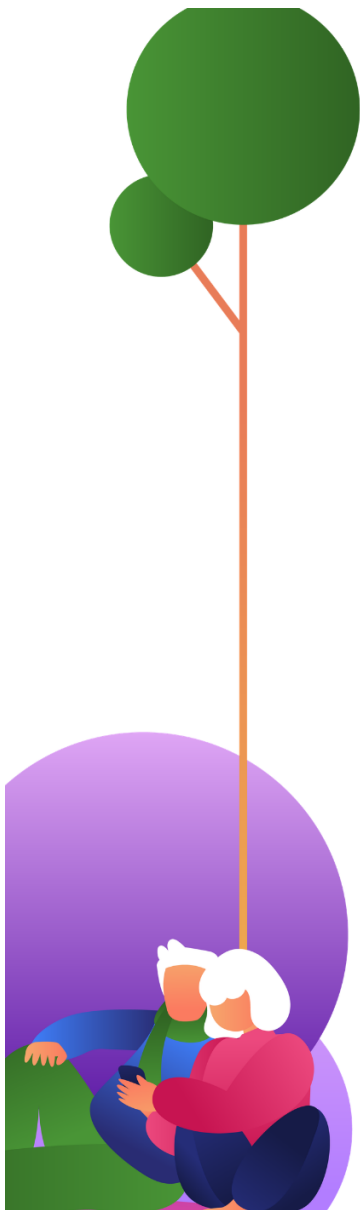


SIMONE

Quelles sont les répercussions de cette invisibilité sur le bien-être de Simone ?

Comment cela influence-t-il son processus de deuil ?

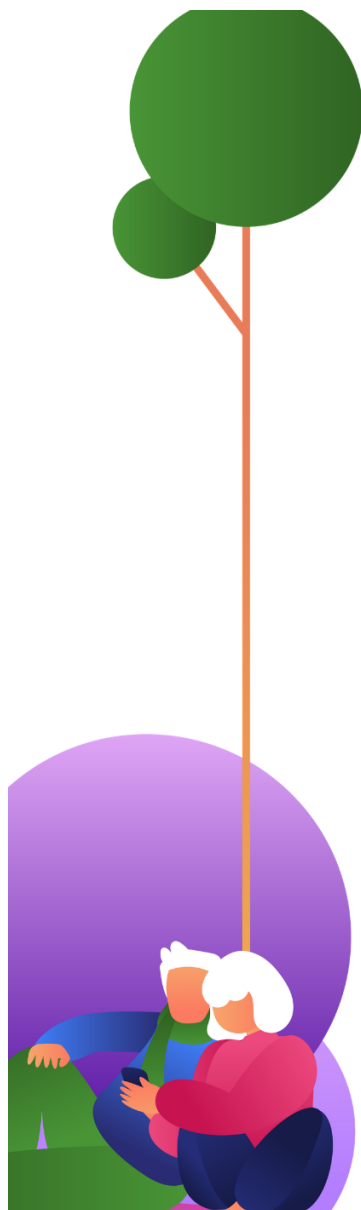
Comment cela influence-t-il sa vie quotidienne au sein de l'institution ?



SIMONE

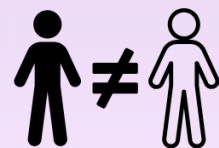
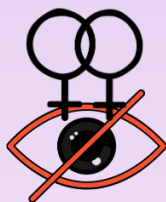
Comment l'institution aurait-elle pu agir autrement dès le début ?

- Quelles questions auraient dû être posées au moment de l'admission ?
- À quoi pourrait ressembler un processus d'admission plus inclusif ?



SIMONE NOTES DE L'ANIMATEUR

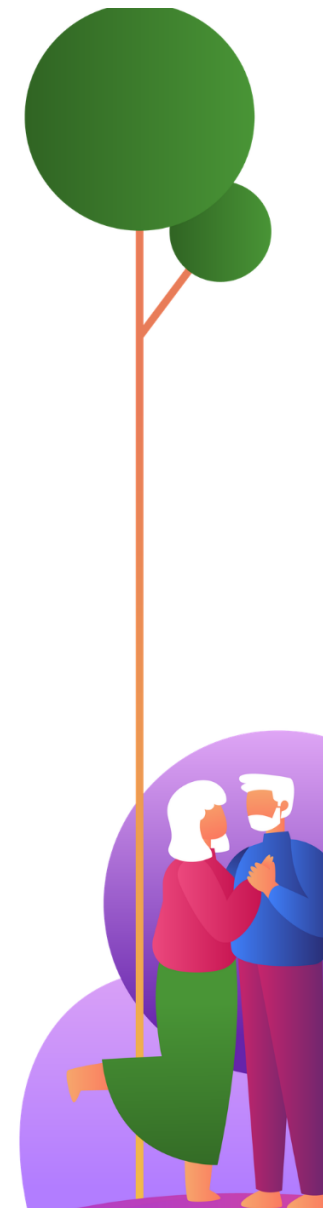
DÉFI	RÉPONSE SUGGÉRÉE
• L'invisibilité des relations entre personnes de même sexe • traumatisme historique et mutisme • Deuil non validé	• Revoir les formulaires d'admission : inclure les options « partenaire », « union civile » et « famille choisie ». Former le personnel à poser la question : « Existe-t-il une personne significative dans votre vie ? » • Comprenez que Simone a développé des compétences pour se dissimuler afin de survivre. Ce n'est pas de la résistance, mais plutôt une forme de protection. Établissez la confiance de manière progressive, sans exercer de pression. • Son chagrin pour Marie est authentique et inexprimé. Un simple message pourrait lui apporter du réconfort : « Les personnes les plus significatives de notre existence ne figurent pas toujours sur les formulaires. Si vous désirez évoquer quelqu'un en particulier, nous sommes là pour vous écouter. »
• Isolement	• L'invisibilité conduit à l'isolement. Établir des symboles visibles d'inclusion (autocollants arc-en-ciel, affiches inclusives) communique l'idée qu'il pourrait s'agir d'un espace sûr.



FATIMA

68 ans

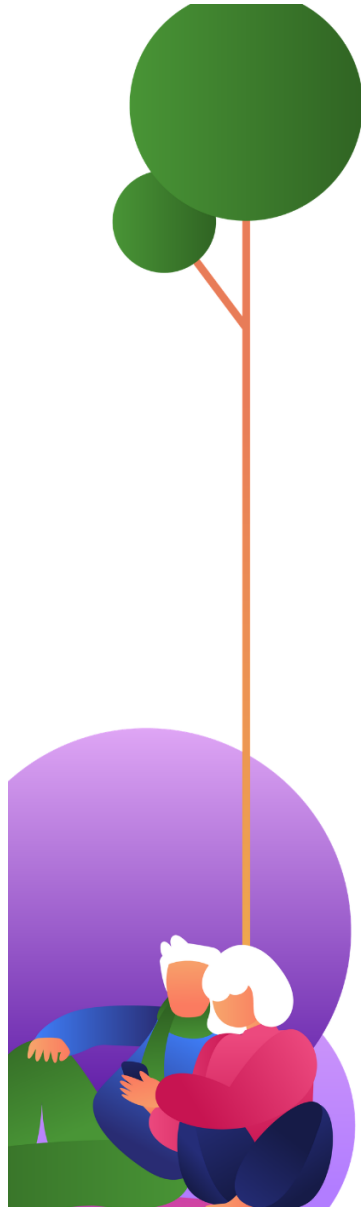
- Fatima, 68 ans, est une femme lesbienne d'origine nord-africaine. Née en France de parents immigrés, elle a toujours résidé dans une ville de taille moyenne dans le sud du pays. Elle a fait son coming out tardivement, après un court mariage avec un homme dans sa vingtaine, mariage dont sont issus deux enfants, aujourd'hui adultes, avec lesquels elle maintient des relations distantes.
- Fatima commence à rencontrer des problèmes de santé qui compliquent sa vie en solitaire. Elle envisage de s'installer dans une maison de retraite. Elle a visité deux établissements dans sa région, mais elle est repartie des deux avec un sentiment de confusion et d'anxiété.
- Dans la première résidence, la directrice lui a présenté avec enthousiasme les activités : « Nous avons un club de tricot, du bingo, et nos résidents apprécient le karaoké hebdomadaire ! » Rien ne correspondait à ses intérêts, sa culture ou son identité.
- Dans la seconde résidence, elle a surpris une discussion entre deux membres du personnel au sujet de « la femme arabe qui était venue en visite ». Elle est partie sans achever la visite.
- Fatima se pose des questions : Y aura-t-il quelqu'un comme moi là-bas ? Devrai-je toujours me défendre ? Serai-je seulement perçue ?





Quels sont les défis majeurs dans cette situation ?

**Quelles formes de discrimination se chevauchent ici ?
(âgisme, racisme, sexisme, lesbophobie)**

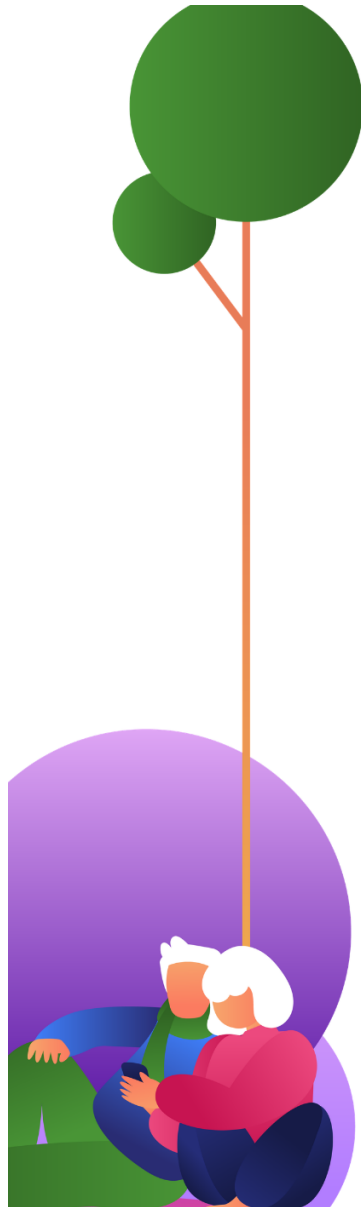


FATIMA

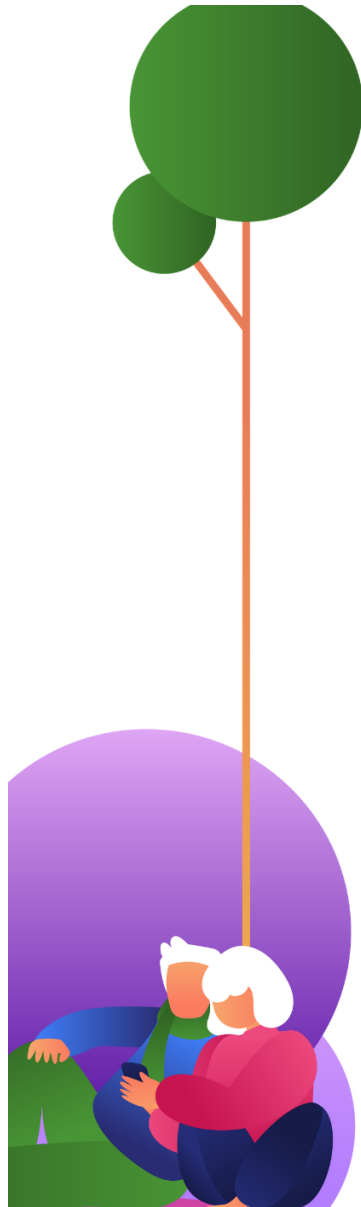
Pourquoi Fatima a-t-elle ressenti un sentiment d'« invisibilité et d'anxiété » après sa première visite ?

Qu'est-ce qui manquait à la présentation du réalisateur ?

Comment ce type de commentaire banal influence-t-il la confiance ?

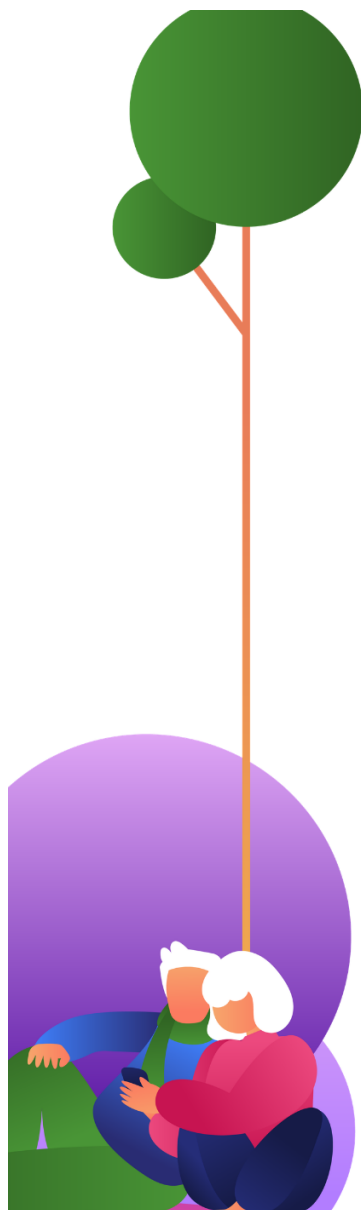


FATIMA Quels éléments une résidence inclusive devrait-elle posséder pour que Fatima se sente accueillie ? *À considérer : activités, représentation, formation du personnel, environnement physique.



FATIMA

Comment les institutions peuvent-elles aller au-delà des approches d'inclusion « standardisées » ?



FATIMA NOTES DE L'ANIMATEUR

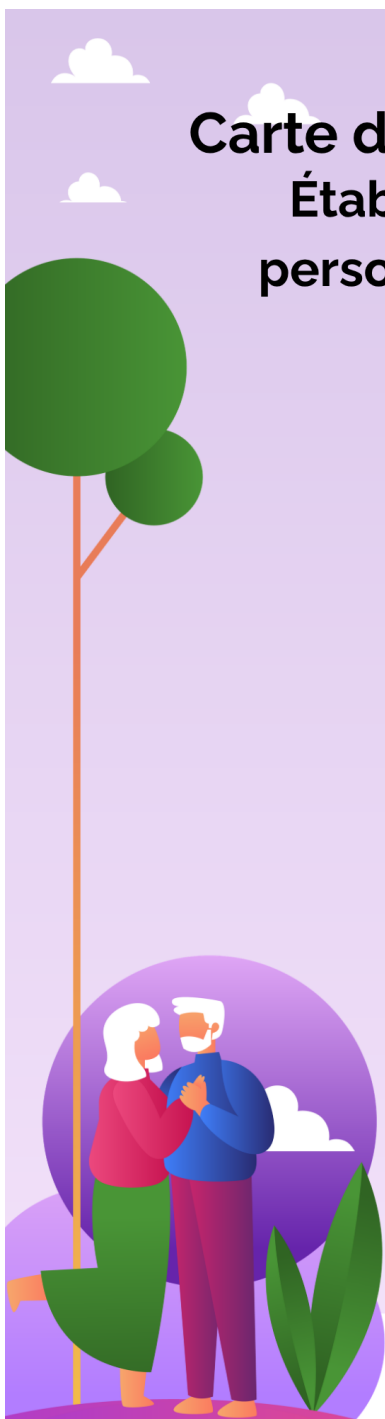
DÉFI	RÉPONSE SUGGÉRÉE
• Triple invisibilité (âge + ethnie + orientation sexuelle) • hypothèses culturelles au sein des activités • Racisme quotidien de la part du personnel • La crainte d'avoir à expliquer	• Fatima n'est présente nulle part. Les institutions doivent s'engager activement à offrir une représentation diversifiée dans leurs documents, affiches et activités. • Le bingo et le tricot ne séduisent pas tout le monde. Interrogez les résidents sur leurs désirs. Offrez des activités diversifiées : projections de films, cercles de discussion, musique de diverses cultures. • Le commentaire « la femme arabe » représente une micro-agression. La formation du personnel doit traiter du racisme et de ses conséquences. Chaque membre du personnel doit réaliser que chaque mot a son importance. • Fatima ne désire pas être une « ambassadrice de la diversité ». Elle souhaite être une résidente à part entière. Les institutions doivent s'engager dans l'inclusion afin qu'elle n'ait pas à le faire.

ANALYSE COMPARATIVE – Manuel de l'animateur

Thème	BRETT	SIMONE	FATIMA
• Invisibilité	• Son histoire transgenre sera révélée, non divulguée.	• Sa relation de 40 ans est complètement invisible.	• Elle demeure imperceptible dans les activités, la représentation et les attitudes du personnel.
• La crainte des institutions	• Traumatisme institutionnel permanent	• J'ai appris à me dissimuler pour survivre.	• J'ai été témoin de commentaires racistes fréquents de la part du personnel.
• Qu'est-ce qui pourrait être utile ?	• Protocoles de soins personnels, formation du personnel	• Questions d'admission inclusives, indicateurs visibles de sécurité	• Activités variées, représentation variée, formation du personnel sur le racisme
• Le coût du silence	• Vulnérabilité lors des soins, risque de traumatisme potentiel	• Deuil non validé, isolement	



Exercice 3



Carte de l'établissement

Établissement pour personnes âgées / de soins

- Vous occupez le poste de directeur d'un établissement pour personnes âgées.
- Une nouvelle résidente est arrivée en maison de retraite ; elle se sent désorientée et mal à l'aise. Elle vous a révélé avoir eu de mauvaises expériences par le passé avec des personnes âgées.
- Ce résident paraît isolé. IL/Elle quitte la salle à manger plus tôt que les autres résidents et ne s'engage pas dans les activités de groupe.
- La personne ne souhaite pas discuter de sa situation passée avec ceux qui s'occupent d'elle.
- Aucune visite n'est planifiée par sa famille.

NEVER GETS OLD
Inter-Generational Gender & Sexuality Education

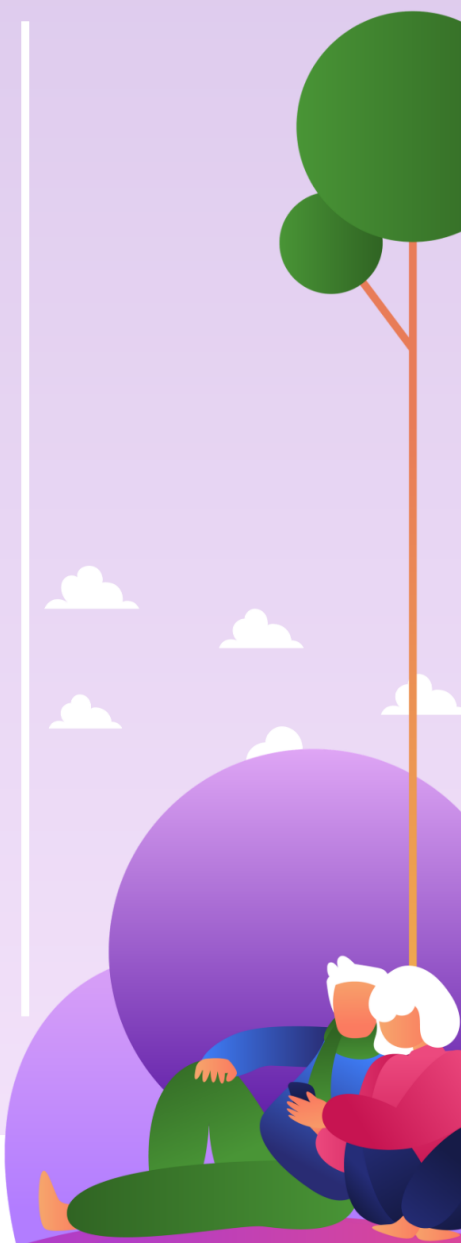


Co-funded by
the European Union



Carte de l'établissement structure associative

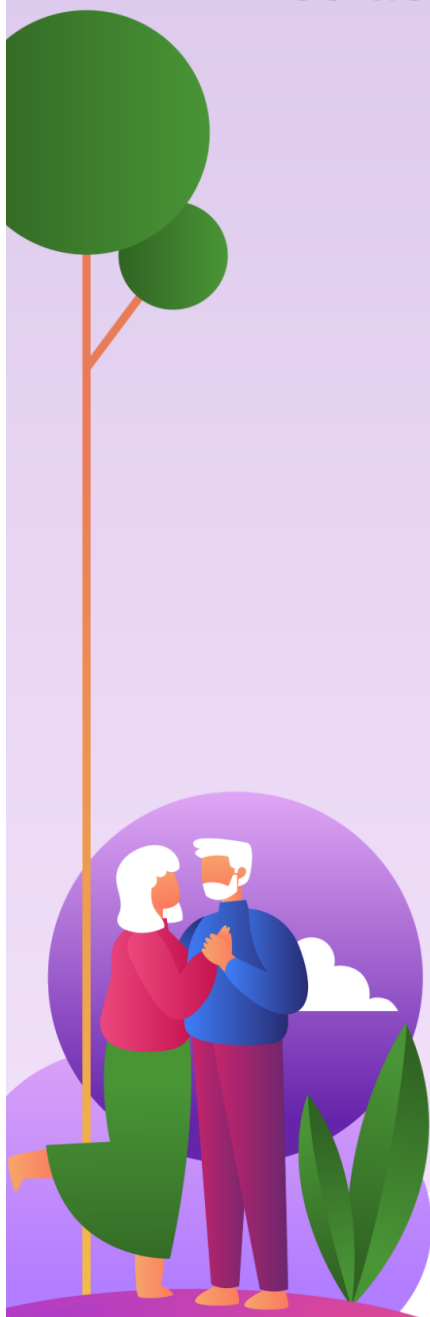
- Vous êtes responsable d'animation au sein d'une organisation associative qui propose des activités en lien avec la représentation LGBTQIAP+.
- La majorité des participants se situent entre 19 et 35 ans.
- Les personnes âgées participent à la réunion avec l'envie de découvrir votre organisation associative.
- Younger, sans adopter une attitude hostile, a omis de mentionner la présence des nouveaux participants.
- La personne âgée est venue vous rencontrer à la fin de l'activité pour vous informer qu'elle ne prévoyait pas de revenir.



Carte de l'établissement

Résidence pour individus autonomes

- Vous êtes un aidant familial dans une maison de retraite pour personnes âgées autonomes. Les résidents ont la liberté de gérer leurs visites à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.
- L'un d'eux a affirmé suivre un traitement intensif sans impact sur sa mobilité, sans développer de maladies.
- Cette personne possède un pilulier acheté en pharmacie et refuse que vous le prépariez, évitant toute discussion à ce sujet. Elle vous dit que « vous ne pouvez pas comprendre ».
- Le résident n'a pas de famille et évoque rarement ses relations sociales antérieures.

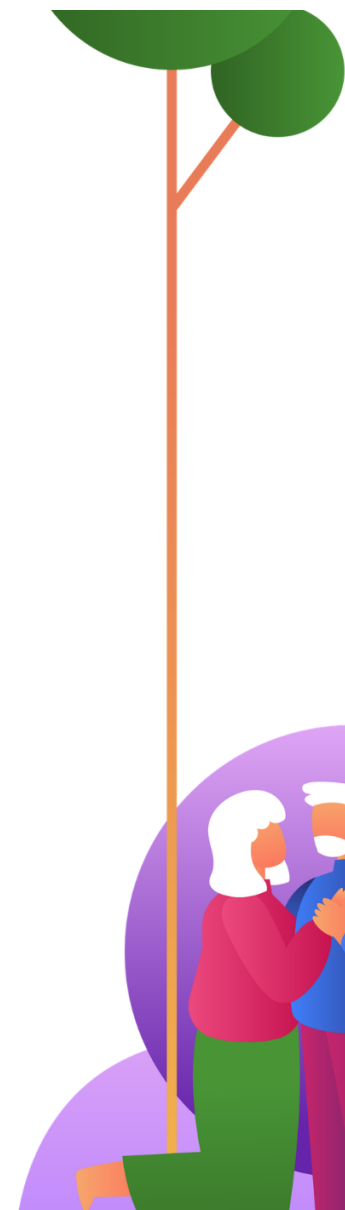


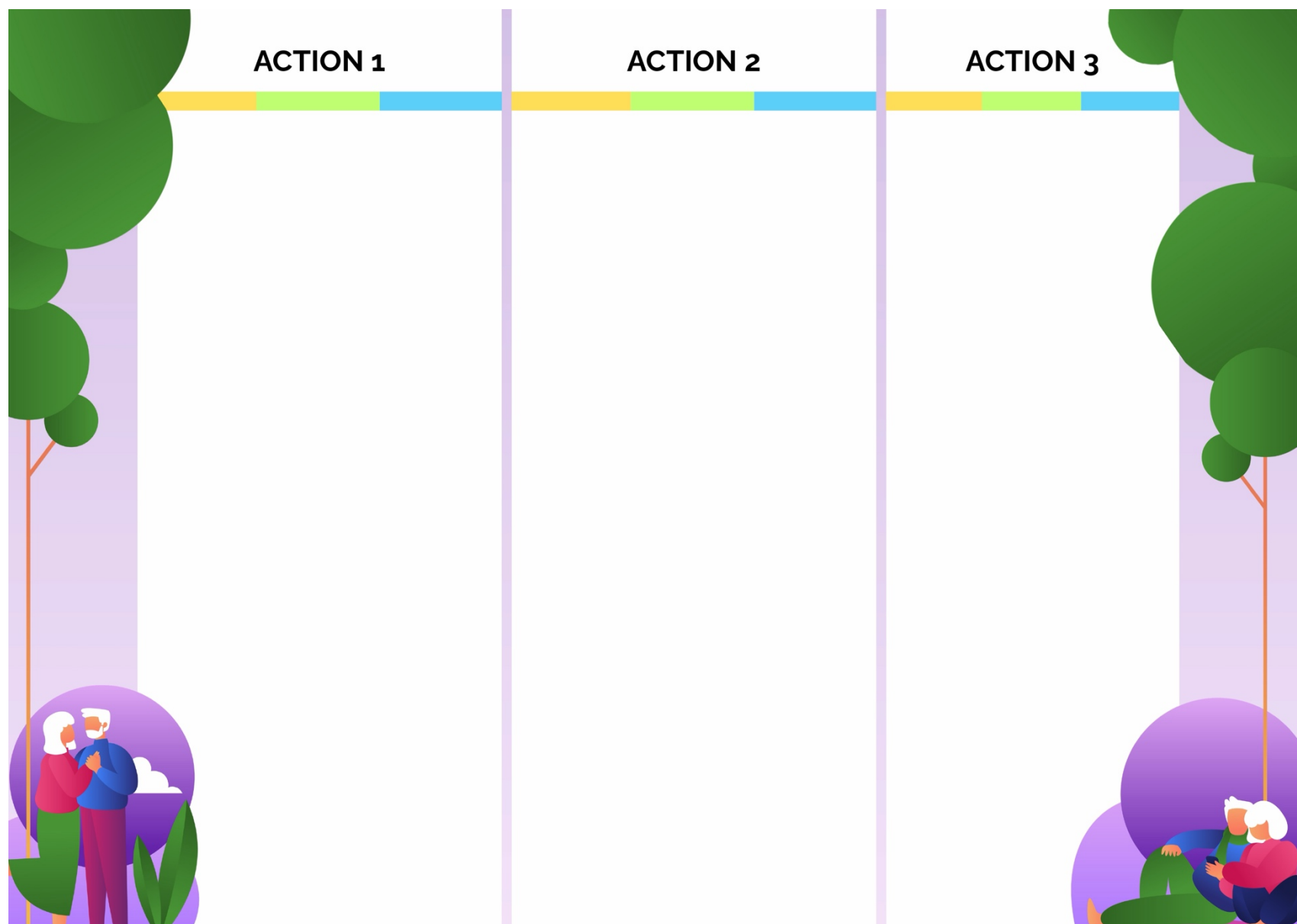
Règlement du plan d'action du domaine

- Dans le tableau ci-dessous, vous serez amené à concevoir des mesures à adopter pour prévenir toute forme de discrimination fondée sur l'âge, l'orientation sexuelle ou le genre au sein des établissements médicaux et sociaux. Ces mesures devront être classées en trois catégories distinctes.

ENTRAÎNEMENT	ENVIRONNEMENT MATÉRIEL	POLITIQUES ET PROCÉDURES
Qui ? Quels thèmes ? À quelle fréquence ? Par qui ?	Signalétique apparente, zones, documents, panneaux	Formulaires d'inscription, protocoles de soins personnels, lutte contre la discrimination, collaborations

- Collez une feuille de papier de la couleur adéquate, dans l'ordre chronologique, pour représenter l'application de vos plans d'action.
- Ensuite, élaborer une présentation de 2 minutes de vos 3 meilleures idées à communiquer à l'ensemble du groupe.**





Travaux pratiques Outils

Module 4



Plan de cours

Module 4	L'histoire des normes sociales liées au genre et à la sexualité en Europe
Public cible	Formateurs d'adultes, professionnels de santé, travailleurs sociaux, personnel soignant
Durée	2,5 heures
Acquis d'apprentissage	Les participants • sont capables de replacer les normes sociales relatives aux rôles de genre, à la sexualité et à l'âge dans leur contexte historique, • comprennent les mécanismes des tabous sociaux liés à la sexualité, • sont capables de mener une réflexion sur leurs propres attitudes et incertitudes, • ont conscience de leurs propres valeurs et savent faire la distinction entre les normes sociales et les jugements personnels, • connaissent les critères d'une communication respectueuse et sans jugement et savent les appliquer, • savent remettre en question avec tact les attributions stéréotypées et s'adresser aux personnes avec respect, au lieu de les éviter ou d'esquiver les conversations sur la sexualité.
Préparation	Organisez • une salle suffisamment grande pour accueillir 12 à 18 personnes (réservez-la à l'avance si nécessaire). • un projecteur, un ordinateur portable, un tableau à feuilles mobiles avec du papier et une trousse à outils de l'animateur. • Apportez éventuellement un adaptateur pour votre ordinateur portable. • Imprimez les fiches de travail. • Préparez des formulaires d'évaluation ou un questionnaire via un code QR. • Préparez des badges nominatifs. Rédigez une lettre d'invitation contenant des informations sur l'événement, notamment des détails sur le contenu et le déroulement. Sur place • Disposez les chaises en cercle au milieu de la salle et placez les tables tout autour, contre le mur. • Vérification technique et de la présentation.

	• Prévoyez des pauses si nécessaire.
Liste de contrôle	1. Lettre d'invitation. 2. Matériel d'animation. 3. Fiches de travail préparées et imprimées. 4. Fiches d'animation préparées.

Plan de cours | En présentiel (en minutes)

Thèmes et activités	Durée en minutes	Méthodes	Matériel et ressources
Introduction et attentes – Présenter l'ordre du jour et instaurer un climat de discussion respectueux.	10 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 1 : Exercice d'introduction Brainstorming sur différentes affirmations relatives à l'âge et à la sexualité ; brève réflexion sur chaque point de vue.	20 min	Exercice sociométrique	Une fiche de travail reprenant les différentes affirmations
Apport théorique : aperçu historique des normes sociales.	10 min	Cours magistral	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 2 – « Images de l'âge et de la sexualité »	35 min	Recherche sur carte (Kartenabfrage) Discussion	Tableau d'affichage, matériel d'animation
Apport théorique : visibilité et invisibilité.	15 min		Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 3 – « Réflexion personnelle » : la sexualité chez les personnes âgées – normes, valeurs et tabous.	25 min	Réflexion individuelle 10 min Échange en petits groupes 15 min	Fiche de travail Exercice 3
Lignes directrices pour le travail pédagogique	10 min	Présentation	PowerPoint
Perspectives pour son propre travail pédagogique.	15 min	Discussion	

Messages clés et conclusion.	10 min	Discussion et synthèse des résultats	Tableau à feuilles mobiles
-------------------------------------	--------	--------------------------------------	----------------------------





Exercice 1

Fiche de travail – Énoncés pour le travail en constellation

Invitez les participants :

« Je vais vous lire différentes affirmations les unes après les autres. *Veillez vous positionner en fonction de votre accord, de votre accord sous réserve ou de votre désaccord avec ces affirmations. Vous pouvez vous déplacer légèrement entre chaque affirmation* » et lisez les affirmations les unes après les autres. Précisez que la participation est facultative.

Important : marquez un point d’ancrage au sol à l’aide d’un plan libre. Les participants peuvent s’y positionner s’ils ne souhaitent pas s’exprimer à ce sujet.

- Parler de sexualité avec des personnes que je ne connais pas me semble étrange (c’est désagréable, cela me met mal à l’aise, cela me gêne, ...)
- La sexualité chez les personnes âgées est un besoin tout à fait normal.
- Je ne me suis jamais vraiment penché sur le sujet de la sexualité chez les personnes âgées.
- Quand je vois des personnes âgées se tenir la main ou s’embrasser dans des lieux publics, je le perçois différemment que lorsque ce sont des jeunes.
- Les personnes âgées sont elles aussi sexuellement actives, je l’ai souvent remarqué de diverses manières.
- Je constate que le sujet de la sexualité reste souvent source de honte pour moi.
- Pouvoir parler ouvertement de sexualité, avec des personnes de tous âges, serait l’un de mes souhaits.
- Quand je serai plus âgée, je souhaite que la sexualité, l’intimité et la proximité avec les autres fassent partie de mon quotidien.



Exercice 2

« Images de l'âge et de la sexualité »

Durée : 35 minutes

Format : individuel et en groupe

Matériel nécessaire : supports de présentation, tableau à feuilles mobiles, tableau d'affichage

Objectifs pédagogiques :

Les participants,

- prennent conscience que leurs idées sont façonnées par des images sociales
- distinguent les associations personnelles de la visibilité sociale
- comprendre que les normes varient au fil de l'histoire
- réfléchissent à la manière dont l'invisibilité et les stéréotypes apparaissent
- élaborent des premières approches pour remettre en question leurs propres images.

Déroulement :

1. Introduction : Activation par des associations (travail individuel, 5 minutes)

Introduction :

« Quand vous pensez à *l'âge et à la sexualité*, quelles images, scènes ou associations vous viennent à l'esprit ? Il peut s'agir d'images concrètes, de termes ou de situations. Important : il s'agit de ce qui vous vient spontanément à l'esprit, et non de ce que vous pensez être juste. »

Tâche :

- 2 à 3 fiches par personne
- Des mots ou de petits croquis (les deux sont autorisés)

2. Collecte et première observation (en plénière, 5 minutes)

L'animateur récupère les fiches et les accroche au tableau d'affichage de manière désordonnée et bien visible.

Question clé :

« Que remarquez-vous en voyant cela ainsi ? »

Important : pas de commentaires

3. Réflexion sur la visibilité (plénière, 10 minutes)

Introduction :

« Où rencontrons-nous réellement ces images ? »

Questions guides (à préparer à l'avance pour les cartes) :

- « Lesquelles de ces images voyons-nous souvent dans les médias ou dans la vie publique ? »

- « Lesquelles voyons-nous rarement, voire jamais ? »

Répartition sur le tableau d'affichage à l'aide de deux fiches-titres :

- « fréquemment visibles » (**préparer les fiches d'en-tête**)
- « rarement visibles » (**préparer les fiches d'en-tête**)

4. Évolution historique des points de vue (en plénière, 10 minutes)

Introduction :

« Imaginez si nous avons posé la même question à vos parents, vos grands-parents ou vos arrière-grands-parents... »

Questions clés :

- « Quelles photos auraient été prises à l'époque ? »
- « Qu'est-ce qui n'aurait peut-être pas été dit du tout ? »
- « Qu'est-ce qui aurait été jugé inapproprié ? »
- Discussion en plénière.

⇒ Facultatif : en groupes de deux, puis bref retour d'expérience en plénière.

5. Réflexion finale (en plénière, 5 minutes)

Questions clés :

- « Qu'est-ce que cela nous apprend sur les normes sociales ? »
- « Qu'est-ce qui semble aller de soi aujourd'hui – mais n'a-t-il pas toujours été ainsi ? »
- « Qu'est-ce qui manque peut-être complètement ? »

Conclusion :

- Les images se construisent par la répétition (médias, culture).
- La visibilité donne l'impression de « normalité ».
- L'invisibilité ne signifie pas la non-existence.
- Les normes évoluent au fil de l'histoire.
- Nos propres idées sont façonnées par la société et ne sont pas « neutres » d'un point de vue individuel.



Exercice 3

Réflexion personnelle : la sexualité chez les personnes âgées – normes, valeurs et tabous

Durée : 10 minutes de travail individuel, 15 minutes d'échange en petit groupe

Format : travail individuel suivi d'un échange en petits groupes

Matériel nécessaire : fiches de travail préparées contenant les questions

Objectifs pédagogiques :

1. Une analyse approfondie de ses propres a priori
2. Compréhension de la manière dont se forment les attitudes vis-à-vis des normes sociales
3. Réflexion sur les normes sociales et remue-ménages pour éviter les stéréotypes

Déroulement :

Lors du travail individuel, les participants notent pour eux-mêmes des mots-clés en réponse aux questions clés suivantes :

1. Selon vous, quelles normes relatives à la sexualité s'appliquent dans notre société ?
2. Quelles sont vos propres idées reçues sur la sexualité chez les personnes âgées ? Dans quelle mesure diffèrent-elles éventuellement des normes en vigueur ?
3. Avez-vous des contacts avec des personnes âgées ? Si oui, dans quelle mesure pouvez-vous également aborder ouvertement des sujets tels que la sexualité, l'intimité et la proximité ?
4. Le sujet de la sexualité reste souvent tabou et source de honte. Partagez-vous ce sentiment ? D'où vient, selon vous, cette honte ?
5. Comment avez-vous vous-même été socialisé(e) en matière de sexualité ? Quels sont les messages sur le sexe, l'intimité et la proximité physique avec lesquels vous avez grandi ?
6. Lorsque vous serez vous-même âgé(e), comment souhaitez-vous vivre votre sexualité et votre intimité physique ? Quels sont vos souhaits concernant ce besoin ?
7. Selon vous, quelles seraient les conditions nécessaires pour pouvoir vivre vos souhaits ?
8. Selon vous, que faudrait-il faire pour que le sujet de la sexualité chez les personnes âgées ne reste pas un tabou dans la société ?
9. Comment aimeriez-vous y contribuer davantage dans votre travail pédagogique à l'avenir ?

Synthèse des résultats :

Enfin, tout le groupe se réunit à nouveau et fait le point sur les conclusions clés en répondant à la question : « Quelles sont nos conclusions les plus importantes et que signifient-elles pour nous personnellement et pour notre travail pédagogique ? »



Attention : ces questions peuvent être très dérangeantes. Question au groupe : qu'avez-vous ressenti face à ces questions ? Quelles pensées vous traversent l'esprit et quelles sensations ressentez-vous dans votre ventre en ce moment ? Comment vous sentez-vous ? Si nécessaire, proposez un exercice dynamisant après l'activité.

Fiche de travail – Réflexion personnelle : la sexualité chez les personnes âgées – normes, valeurs et tabous

Prenez 10 minutes pour réfléchir aux questions suivantes. Cette réflexion est strictement personnelle. Vous pouvez noter des idées sous forme de liste à puces, puis décider de ce que vous souhaitez apporter à la discussion en petit groupe.

- Selon vous, quelles normes relatives à la sexualité s'appliquent dans notre société ? De quelle manière vous ont-elles été transmises ?

- Quelles sont vos propres idées reçues sur la sexualité chez les personnes âgées ? Dans quelle mesure diffèrent-elles éventuellement des normes en vigueur ?

- Êtes-vous en contact avec des personnes âgées ? Si oui, dans quelle mesure pouvez-vous également aborder ouvertement des sujets tels que la sexualité, l'intimité et la proximité ?

- Le sujet de la sexualité reste souvent tabou et source de honte. Partagez-vous ce sentiment ? D'après vous, d'où vient cette honte ?

- Comment avez-vous vous-même été socialisé(e) en matière de sexualité ? Quels sont les messages concernant le sexe, l'intimité et la proximité physique avec lesquels vous avez grandi ?

- Lorsque vous serez vous-même âgé(e), comment souhaitez-vous vivre votre sexualité et votre intimité physique ? Quels sont vos souhaits concernant ce besoin ?

- Selon vous, quelles seraient les conditions nécessaires pour pouvoir vivre vos souhaits ?

- Selon vous, que faut-il faire pour que le sujet de la sexualité chez les personnes âgées cesse d'être un tabou dans la société ?

- Comment aimeriez-vous contribuer davantage à cette cause dans le cadre de votre travail pédagogique à l'avenir ?

Outils pratiques

Module 5

Plan de cours

Module 5	La sexualité chez les personnes âgées et les indicateurs de santé
Public cible	Formateurs d'adultes, professionnels de santé, psychologues, travailleurs sociaux, personnel soignant
Durée	2,5 heures
Acquis d'apprentissage	Les participants : • sont capables de décrire les principaux aspects médicaux, physiologiques et psychosociaux de la sexualité chez les personnes âgées, • comprennent comment les maladies chroniques, les traitements médicamenteux et la santé mentale peuvent influencer le bien-être sexuel, • sont capables d'appliquer le modèle du cycle de la réponse sexuelle à des cas concrets liés au troisième âge, • sont capables de mener une réflexion sur les dimensions relationnelles, émotionnelles et éthiques de l'intimité chez les personnes âgées, • sont capables d'adopter une communication centrée sur la personne et respectueuse lorsqu'ils abordent des préoccupations liées à la santé sexuelle.
Préparation	Organisez : • une salle suffisamment grande pour accueillir 12 à 20 participants (réservez-la à l'avance si nécessaire), • un projecteur, un ordinateur portable et un tableau à feuilles mobiles avec du papier et le matériel destiné à l'animateur, • des fiches d'étude de cas, des fiches de jeu de rôle et des outils de réflexion holistique imprimés, • des formulaires d'évaluation • des badges nominatifs si nécessaire. Les animateurs doivent : • passer en revue le contenu du module 5, en particulier les liens médico-physiologiques et psychosociaux, • sélectionner une ou deux études de cas adaptées au parcours professionnel des participants,

	• préparer une brève introduction visant à normaliser la sexualité en tant qu'élément de la santé et de la dignité chez les personnes âgées, • garantir un environnement d'apprentissage respectueux, confidentiel et sans jugement, propice à des discussions sensibles. Sur place : • disposer les chaises de manière à faciliter les discussions en binôme et en groupe, • effectuer les vérifications techniques et de présentation avant la session, • prévoir des pauses si nécessaire, • garantir l'intimité et une atmosphère propice à une discussion propice à la réflexion.
Liste de contrôle	1. Présentation PowerPoint (Module 5). 2. Fiches d'étude de cas imprimées. 3. Fiches de jeu de rôle imprimées. 4. Outil de réflexion sur le bien-être sexuel global imprimé. 5. Formulaires de commentaires 6. Stylos et matériel d'animation. 7. Un ordinateur portable, un projecteur et un minuteur ou une horloge visible.

Plan de la séance (calendrier et activités)

Thème et activités	Durée	Méthodes
Introduction et exposé théorique	40 minutes	✓ Accueil et brève mise en contexte du thème dans le cadre du vieillissement en bonne santé et de la qualité de vie ; ✓ Brève tour de table sur les attentes : un mot pour décrire la principale préoccupation ou curiosité des participants ; ✓ Établissement des règles de base : confidentialité, respect, partage volontaire ; ✓ Présentation de l'animateur portant sur : • les changements et la variabilité physiologiques ; • les maladies chroniques et les effets des médicaments ; • santé mentale et bien-être relationnel ; • les risques liés à la santé sexuelle ;

		• principes de la communication centrée sur la personne.
Fiche de travail basée sur un cas concret (application du cycle de la réponse sexuelle)	30 minutes	✓ Les participants travaillent en petits groupes pour analyser un scénario de vie à un âge avancé à l'aide du modèle du cycle de réponse sexuelle ; ✓ Les groupes identifient : les facteurs biologiques, les facteurs psychologiques et relationnels, ainsi que les réponses professionnelles possibles ; ✓ Brève séance de partage en plénière axée sur les implications pratiques pour les soins.
Pause	10 minutes	
Outil de réflexion sur le bien-être sexuel holistique et synthèse	30 minutes	✓ Utilisation guidée de l'outil de réflexion sur le bien-être sexuel holistique (réflexion individuelle ou en groupe) ; ✓ Discussion : obstacles et facteurs favorables à l'abord de la sexualité en milieu professionnel ; ✓ Points clés à retenir : une idée et une action à mettre en pratique ; ✓ Synthèse de l'animateur établissant le lien entre la réflexion et les soins centrés sur la personne.
Communication et cycle de réponse sexuelle – Activité de jeu de rôle	30 minutes	✓ Les participants travaillent par deux : l'un joue le rôle de la personne âgée et l'autre celui du professionnel ; ✓ Les participants s'entraînent à communiquer avec empathie et respect sur des sujets sensibles ; ✓ Le professionnel explore la situation à l'aide de questions liées au cycle de réponse sexuelle ; ✓ Les participants identifient les facteurs susceptibles d'influencer la situation ; ✓ Au bout d'environ 7 minutes, les participants échangent leurs rôles en utilisant un scénario différent ; ✓ Brève discussion de débriefing axée sur les défis de communication et les approches centrées sur la personne.



Exercice 1

Application du cycle de réponse sexuelle – Fiche de travail basée sur un cas concret

1. Objectifs d'apprentissage

À l'issue de l'activité, les participants seront capables de :

- ✓ reconnaître comment les différentes phases de la réponse sexuelle peuvent être affectées à un âge avancé ;
- ✓ distinguer les influences médicales, psychologiques, relationnelles et sociales sur le bien-être sexuel ;
- ✓ formuler des réponses professionnelles respectueuses et adaptées ;
- ✓ réfléchir à leurs attitudes personnelles et aux a priori potentiels liés à l'âge.

2. Instructions

Cette activité est conçue comme un exercice d'analyse de cas en petits groupes.

- Répartissez les participants en petits groupes de 3 à 5 personnes.
- Attribuez un scénario à chaque groupe.
- Demandez aux participants de lire attentivement le scénario et d'en discuter ensemble.

3. Les cas

Cas n° 1

Maria a 72 ans et vit une relation de longue durée depuis plus de 40 ans. Ces dernières années, elle a commencé à éviter les relations sexuelles car les rapports sont devenus douloureux et désagréables. Elle se sent gênée d'aborder ce sujet avec son partenaire et n'en a jamais parlé à son médecin. Son partenaire interprète ce refus comme un rejet émotionnel et la tension s'est accrue entre eux.

Cas n° 2

Jean a 68 ans et souffre de diabète et d'hypertension. Au cours de l'année écoulée, il a connu des troubles de l'érection et une fatigue croissante. Il en a honte et s'est progressivement éloigné de toute intimité physique et affective avec sa compagne, évitant tout contact affectueux. Il n'a évoqué ces changements avec aucun professionnel de santé.

Cas n° 3

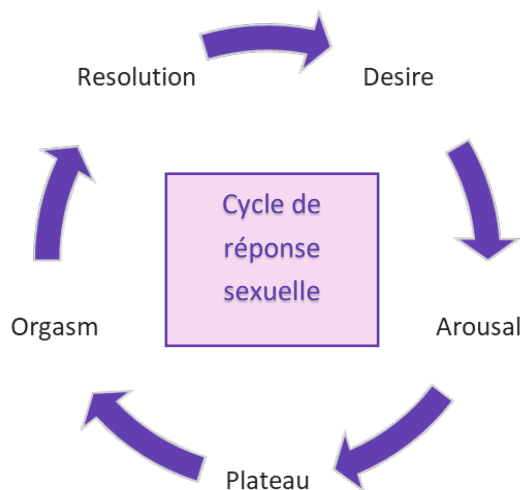
Hélène a 75 ans et est veuve depuis cinq ans. Elle a récemment noué une relation affective étroite avec un homme qu'elle a rencontré dans un centre communautaire. Bien qu'elle ressente de la complicité et de l'affection, elle éprouve de l'anxiété à l'idée du jugement que pourraient porter sa famille et ses amis sur une relation amoureuse à son âge. Elle ne sait pas trop comment gérer l'intimité et s'inquiète de savoir « ce qui est approprié ».

Cas n° 4



George a 80 ans et on lui a diagnostiqué une déficience cognitive légère. Il a commencé à manifester davantage d'affection physique envers un autre résident de son établissement de soins. Le personnel ne sait pas trop comment réagir, tandis que sa famille craint qu'il ne soit en , confus ou vulnérable. Aucune discussion structurée n'a eu lieu concernant ses besoins émotionnels ou relationnels.

4. Cadre du cycle de réponse sexuelle



5. Questions d'analyse pour les participants

Chaque groupe discute du cas qui lui a été attribué à l'aide des questions suivantes :

1. Quelle(s) phase(s) de la réponse sexuelle peut-elle (peuvent-elles) être affectée(s) ?
(par exemple, le désir, l'excitation/le bien-être, la satisfaction, la dimension émotionnelle)
2. Quels facteurs peuvent contribuer à cette situation ?
 - médicaux ou physiologiques
 - psychologiques ou émotionnels
 - relationnels
 - sociaux ou culturels
3. Quelle serait une réponse professionnelle appropriée ?
Envisagez la communication, l'évaluation, le réconfort, l'orientation vers un spécialiste ou un soutien environnemental.

6. Réflexion en plénière

Après les discussions en groupe, invitez chaque groupe à partager brièvement :

- le principal problème identifié ;
- les facteurs influençant le bien-être sexuel ;
- une mesure de soutien professionnelle envisageable.

Les animateurs doivent insister sur le fait que plusieurs interprétations peuvent coexister et que l'objectif n'est pas d'aboutir à une réponse unique et correcte, mais de développer une réflexion critique et centrée sur la personne.

7. Messages clés

- Le bien-être sexuel reste un élément important de la qualité de vie chez les personnes âgées.
- Les difficultés liées à l'intimité reflètent souvent l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, plutôt qu'une cause unique.
- Une communication ouverte et respectueuse peut réduire considérablement la détresse et la stigmatisation.
- Les professionnels jouent un rôle essentiel dans l'identification des besoins, le soutien à l'autonomie et la mise en place de soins adaptés.
- Une approche holistique et centrée sur la personne va de pair avec un vieillissement en bonne santé, la dignité et l'inclusion.



Exercice 2

Outil de réflexion sur le bien-être sexuel holistique

1. Objectifs

Cette fiche de travail aide les participants à :

- ✓ reconnaître la nature multidimensionnelle du bien-être sexuel chez les personnes âgées ;
- ✓ d'explorer les influences biologiques, psychologiques, relationnelles et sociales sur l'intimité ;
- ✓ de réfléchir à leurs propres a priori et à leurs attitudes professionnelles vis-à-vis de la sexualité chez les personnes âgées ;
- ✓ renforcer, dans la pratique, des approches centrées sur la personne et respectueuses.

2. Instructions

Lisez les axes de réflexion énumérés ci-dessous.

1. Choisissez une situation professionnelle réelle ou un scénario hypothétique concernant une personne âgée parmi la liste ci-dessous.
2. Réfléchissez à la manière dont chaque dimension du bien-être sexuel peut s'appliquer à cette situation.
3. Prenez brièvement des notes individuellement ou discutez de vos idées en petit groupe.
4. Concentrez-vous sur la compréhension de l'expérience de la personne plutôt que sur la recherche d'une seule « bonne » réponse.

Cas n° 1

Anna a 70 ans et vit seule depuis le décès de son mari, il y a huit ans. Récemment, elle s'est liée d'amitié avec un voisin et ils passent beaucoup de temps ensemble. Elle apprécie cette compagnie, mais se demande si une relation intime serait « appropriée » à son âge. Elle craint également que ses enfants adultes ne réagissent négativement s'ils apprenaient qu'elle envisage à nouveau une relation amoureuse. Parallèlement, Anna se sent parfois déprimée et éprouve un sentiment de solitude, en particulier le soir.

Cas n° 2

Pierre a 73 ans et vit avec la maladie de Parkinson depuis plusieurs années. Sa mobilité s'est progressivement réduite et il se sent souvent fatigué. Lui et sa compagne s'aiment toujours profondément, mais l'intimité physique est devenue plus difficile en raison de la raideur, de la fatigue et des troubles de la coordination. Pierre se sent parfois frustré et craint de devenir un fardeau pour sa compagne. Ils ne parlent presque plus ouvertement d'intimité.

Cas n° 3

Elena a 67 ans et a récemment pris sa retraite après avoir exercé le métier d'enseignante. Depuis qu'elle est à la retraite, elle a remarqué des changements dans la façon dont elle perçoit son corps et son attractivité. Elle a pris un peu de poids et se sent moins sûre d'elle quant à son apparence. Bien que sa relation avec son partenaire reste un soutien, elle évite parfois les moments d'intimité car elle a honte de son corps et craint de ne plus être attirante.

Cas n° 4

Victor a 79 ans et vit dans une maison de retraite depuis le décès de son épouse. Il a récemment noué une relation amicale et affectueuse avec un autre résident. Ils passent souvent du temps ensemble à discuter, à se tenir la main et à s'asseoir l'un près de l'autre. Cependant, l'établissement dispose d'un espace privé limité, et certains membres du personnel se sentent mal à l'aise face aux manifestations d'affection entre résidents. Victor a parfois l'impression que ses besoins émotionnels et relationnels ne sont pas pleinement reconnus dans cet environnement institutionnel.

3. Tâches

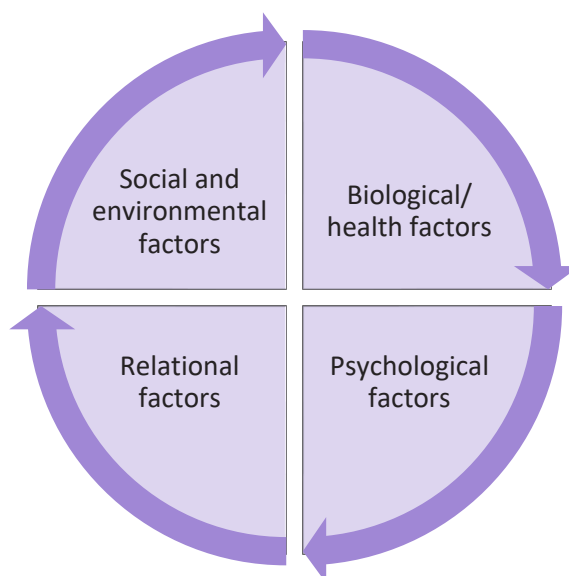
Étape 1 – Identifier le contexte

Décrivez brièvement la personne âgée ou la situation sur laquelle vous vous penchez :

- Tranche d'âge et contexte de vie (par exemple, milieu communautaire, relation de couple, cadre de prise en charge) :
- Changements pertinents en matière de santé ou de situation de vie :
- Principale préoccupation liée à l'intimité, à la sexualité ou à la proximité affective :

Étape 2 – Explorer les dimensions holistiques du bien-être sexuel

Réfléchissez à chaque dimension et notez les influences possibles.



Facteurs biologiques/de santé (par exemple, maladie chronique, traitement médicamenteux, douleur, changement hormonal ou fonctionnel)	Remarques :
Facteurs psychologiques (par exemple, humeur, anxiété, image corporelle, estime de soi, solitude, expériences passées)	Remarques :
Facteurs relationnels (par exemple, relation de couple, communication, deuil, rôles de prise en charge, proximité affective)	Remarques :
Facteurs sociaux et environnementaux (par exemple, vie privée, attitudes culturelles, règles institutionnelles, dynamique familiale, stigmatisation)	Remarques :

Étape 3 – Réponse professionnelle centrée sur la personne

En vous appuyant sur les réflexions ci-dessus, posez-vous les questions suivantes :

- Quels pourraient être les besoins ou les souhaits de cette personne ?
- Quelle serait une première démarche respectueuse dans le cadre d'une communication professionnelle ?
- Existe-t-il un soutien, une orientation vers un service spécialisé ou un changement d'environnement susceptible d'améliorer son bien-être ?

4. Questions de réflexion

1. Quelle dimension du bien-être sexuel est la plus souvent négligée dans votre contexte professionnel ?
2. Quelles idées reçues sur le vieillissement et la sexualité pourraient influencer les réactions des professionnels ?
3. Comment une approche centrée sur la personne peut-elle changer la manière dont cette situation est abordée ?
4. Quelle mesure pourriez-vous mettre en œuvre dans votre pratique à la suite de cette réflexion ?

5. Notes du formateur (Conseils d'animation – le cas échéant)

- ✓ Prévoyez 20 à 30 minutes en fonction de la taille du groupe et de la profondeur de la discussion.
- ✓ Insistez sur le fait que les participants peuvent utiliser des cas hypothétiques pour éviter de se dévoiler personnellement.
- ✓ Maintenez une atmosphère de confiance et sans jugement.
- ✓ Lors du débriefing, concentrez-vous sur les enseignements tirés et les implications professionnelles, et non sur les histoires personnelles.
- ✓ Concluez en établissant un lien entre les réflexions et la communication centrée sur la personne ainsi que les soins holistiques chez les personnes âgées.



Exercice 3

Communication et cycle de réponse sexuelle – Jeu de rôle

1. Objectifs

Cette activité aide les participants à s'entraîner à :

- ✓ répondre avec empathie à des préoccupations sexuelles sensibles
- ✓ aborder le bien-être sexuel de manière structurée en s'appuyant sur le cycle de la réponse sexuelle

2. Instructions

Les participants travaillent par deux. L'un d'eux joue le rôle d'une personne âgée. L'autre joue le rôle d'un professionnel (médecin, infirmier, psychologue, travailleur social, aidant).

Le jeu de rôle se déroule en deux étapes :

Étape 1 – Répondre à la préoccupation

La personne âgée expose sa situation.

Le professionnel doit :

- ✓ reconnaître la préoccupation
- ✓ normaliser la discussion sur la sexualité
- ✓ répondre avec respect.

Étape 2 – Explorer le bien-être sexuel

Le professionnel poursuit la conversation en explorant l'expérience de la personne à l'aide de questions liées au cycle de la réponse sexuelle : désir, excitation, plateau, orgasme, résolution émotionnelle.

Les participants doivent essayer d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer ces éléments, tels que : l'état de santé, la prise de médicaments, le bien-être émotionnel, la dynamique du couple, le cadre de vie.

Au bout d'environ 7 minutes, les participants changent de rôle pour aborder un nouveau scénario.

Scénario 1

Vous avez 72 ans et êtes marié(e) depuis plus de 40 ans. Au cours des dernières années, vous avez remarqué que vous ne ressentiez plus guère d'intérêt pour les relations intimes. Votre partenaire interprète parfois cela comme un rejet, ce qui a créé des tensions entre vous.

Récemment, vous vous sentez également plus fatigué(e) et moins motivé(e) en général. Vous ne savez pas si ces changements sont « simplement dus au vieillissement » ou s'il s'agit d'autre chose.

Vous vous rendez à une consultation médicale de routine et mentionnez avec hésitation que les relations intimes sont devenues difficiles dans votre couple.

Scénario 2



Vous avez 68 ans et êtes dans une relation de longue durée. Depuis un an, vos rapports sexuels sont devenus désagréables en raison d'une sécheresse vaginale et de douleurs occasionnelles pendant les rapports.

De ce fait, vous et votre partenaire avez commencé à éviter les relations intimes, même si la proximité affective reste importante pour vous.

Vous hésitez à aborder le sujet, mais vous aimeriez savoir s'il existe des solutions pour améliorer votre confort lors des rapports intimes.

Scénario 3

Vous avez 74 ans et on vous a récemment diagnostiqué une hypertension et un diabète de type 2. Au cours de l'année écoulée, vous avez remarqué que vos érections mettaient plus de temps à se produire et qu'elles étaient parfois difficiles à maintenir.

Vous craignez qu'il y ait un problème grave et vous vous sentez frustré, car les relations intimes constituaient auparavant un élément important de votre couple.

Vous en parlez lors d'une consultation médicale, mais vous ne savez pas dans quelle mesure vous pouvez aborder le sujet ouvertement.

Scénario 4

Vous avez 80 ans et vivez dans une maison de retraite. Au cours des derniers mois, vous avez noué une relation étroite avec un autre résident.

Vous appréciez de passer du temps ensemble, de vous tenir la main et de vous asseoir l'un près de l'autre, mais vous craignez que le personnel ou les membres de votre famille ne vous jugent si cette relation devenait plus intime.

Vous ne savez pas très bien ce qui est considéré comme acceptable dans ce contexte et vous aimeriez être rassuré(e).

3. Conseils supplémentaires

Au cours du jeu de rôle, le professionnel doit :

1. Prendre acte de la préoccupation

Exemples :

« Merci de m'en avoir fait part. »

« Beaucoup de personnes vivent des changements similaires à un âge avancé. »

« Il est tout à fait normal de parler d'intimité et de sexualité. »

2. Abordez le sujet en vous appuyant sur le cycle de la réponse sexuelle

Exemples de questions :

Désir : intérêt pour l'intimité, proximité émotionnelle, humeur et motivation

Excitation : confort physique, lubrification ou érection, médicaments ou problèmes de santé

Plateau : endurance, fatigue, obstacles environnementaux

Orgasme : satisfaction ou changements dans le plaisir, effets des médicaments

Résolution : lien émotionnel, sentiments après l'intimité, compagnie et affection.

Outils pratiques

Module 6



Plan de cours

Module 6	Les « -ismes » dans le travail auprès des personnes âgées et très âgées
Public cible	Formateurs d'adultes, professionnels de santé, travailleurs sociaux, personnel soignant, groupes cibles élargis tels que les stagiaires en soins infirmiers et dans les professions sociales, le personnel d'entretien et de service, les bénévoles, les proches (facultatif, selon le contexte).
Durée	2,5 heures
Acquis d'apprentissage	Avantages pour les participants 1. Sensibilisation : rendre visibles des mécanismes « invisibles ». 2. Renforcement des capacités de réflexion : une réflexion professionnelle sur soi plutôt qu'une reproduction inconsciente des normes. 3. Développer des compétences pratiques pour la vie quotidienne. 4. Favoriser la prise de décision éthique. 5. Renforcer les pratiques respectueuses des différences culturelles et inclusives, ainsi que leur mise en œuvre au quotidien. 6. Développer les compétences nécessaires pour initier un changement structurel.
Préparation	Préparer • une salle suffisamment grande pour accueillir 12 à 18 personnes (réservez-la à l'avance si nécessaire). • un projecteur, un ordinateur portable, un tableau à feuilles mobiles avec du papier et une trousse à outils pour l'animateur. • Apportez éventuellement un adaptateur pour votre ordinateur portable. • Imprimez les fiches de travail. • Préparez des formulaires d'évaluation ou un questionnaire via un code QR. • Préparez des badges nominatifs. Rédigez une lettre d'invitation contenant des informations sur l'événement, notamment des détails sur le contenu et le déroulement. Sur place • Disposez les chaises en cercle au milieu de la salle et placez les tables tout autour, contre le mur.

	• Vérification technique et de la présentation. • Prévoyez des pauses si nécessaire.
Liste de contrôle	1. Lettre d'invitation. 2. Matériel d'animation. 3. Fiches de travail préparées et imprimées. 4. Fiches d'animation préparées.

Plan de cours Module 6 | En présentiel (minutes)

Thèmes et activités	Durée en minutes	Méthodes	Matériel et ressources
Introduction et attentes – Présenter l'ordre du jour et instaurer un climat de discussion respectueux.	10 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, Présentation PowerPoint.
Exercice 1 : « Reconnaître les lunettes standard » Rendre visibles les processus d'altérisation et les présupposés normatifs Introduction accessible au sujet	30 min	1. Travail individuel (5 min) : 2. Petits groupes (10 min) : 3. Plénière (10 min) : 4. Partie 4 : Réflexion en plénière (5)	Fiche de travail n° 1 préparée en fonction du nombre de participants, tableau à feuilles mobiles, tableau d'affichage
Exercice 2 : « Étude de cas »	30 min	Travail en petits groupes (10 min) Discussion en plénière (20 min)	Quatre fiches de travail, chacune contenant une étude de cas
Introduction théorique	10 min	Cours magistral	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint.
Exercice 3 : « Former le formateur – Mise en pratique »	60 min	Travail en petits groupes, présentation	Fiche de travail n° 3, tableau d'affichage, tableau à feuilles mobiles, matériel d'animation.
Messages clés et conclusion.	10 min	Discussion et consolidation des résultats	Tableau à feuilles mobiles.



Exercice 1

« Reconnaître les biais standard »

Durée : 35 minutes

Format : Partie 1 : travail individuel, Partie 2 : petits groupes, Partie 3 : discussion en plénière

Matériel nécessaire : fiches de travail préparées, supports de présentation, tableau à feuilles mobiles ou tableau d'affichage.

Objectifs pédagogiques :

1. Rendre visibles les processus d'altérisation et les présupposés normatifs
2. Introduction accessible au sujet

Déroulement :

1. Travail individuel (5 min) :

Évaluez les affirmations suivantes (par exemple) :

- « Avez-vous un mari ? »
- « À cet âge, ça n'a plus d'importance »
- « Ce n'est certainement qu'une phase »

2. Petits groupes (10 min) :

- En quoi cela pose-t-il problème ?
- Quelle est la norme qui se cache derrière cela ?
- Qui cela exclut-il ?

3. Plénière (10 min) :

Classement par catégories :

- Hétéronormativité
- Normes alternatives
- Évaluation morale

4. Réflexion en plénière (5 min)

- Quelles tendances se dégagent ?
- Quelles affirmations avez-vous l'habitude d'entendre dans votre travail quotidien ?
- Quelles en sont les implications dans vos relations avec les résidents/patients ?

Si nécessaire, approfondissement : sélectionnez 2 à 3 affirmations et reformulez-les de manière empathique et inclusive. Exemple : au lieu de « Avez-vous un mari ? », dites « Aimerez-vous me parler des personnes importantes dans votre vie ? »

Si nécessaire, posez la question suivante : « Comment mèneriez-vous vous-même cet exercice avec une équipe ? »

Résultat : les participants prennent conscience que des phrases apparemment banales ne sont pas neutres, mais normatives (résultat : « *J'écoute différemment désormais.* »), ils peuvent identifier les normes qui se cachent derrière ces phrases (résultat : « *Je comprends pourquoi cela peut poser problème* »), ils deviennent plus sensibles à l'impact sur les personnes concernées (changement de perspective), réfléchissent à leur propre attitude et développent de nouvelles compétences linguistiques (« *Je sais comment le dire autrement* ») et acquièrent, au cours de l'exercice, des compétences en matière de leadership qu'ils peuvent mettre en pratique au sein de leur organisation.

Fiche de travail – « Reconnaître les « biais standard » »

Partie 1 : Travail individuel (5 minutes)

Lisez les affirmations suivantes et cochez spontanément :

1. ✓ = sans problème
2. ? = incertain
3. ! = problématique

Questions :

1. « Avez-vous un mari ? »
2. « À votre âge, la sexualité ne joue plus aucun rôle. »
3. « Ce n'est sûrement qu'une phase. »
4. « Ils sont mignons tous les deux ensemble. »
5. « Votre fille doit souvent venir vous rendre visite, n'est-ce pas ? »
6. « Tu es déjà trop vieille pour ce genre de sujets. »
7. « On veut juste te protéger. »
8. « C'est plutôt inhabituel dans ta culture, non ? »
9. « Tu n'as pas du tout l'air d'une lesbienne. »
10. « Ce n'est pas le bon endroit pour parler de ça. »
11. « Ils n'ont pas de famille à eux. »
12. « Tu ne dis pas ça sérieusement. »
13. « Avant, ce n'était pas si compliqué que ça. »
14. « Ici, on traite tout le monde de la même manière. »
15. « On n'a pas besoin d'aborder ça séparément. »

Partie 2 : Travail en petits groupes (10 minutes)

Échangez vos idées au sein de votre groupe.

Questions clés :

1. Quelles affirmations avez-vous identifiées comme problématiques – et pour quelle raison ?
2. Quelles normes ou présupposés se cachent derrière cela ? (par exemple, l'hétéronormativité, les normes liées à l'âge, les attributions culturelles)
3. Qui pourrait se sentir exclu ou blessé par ces affirmations ?
4. Quelles affirmations peuvent sembler « inoffensives » à première vue, mais restent néanmoins problématiques ?



Exercice 2

Études de cas

Cas n° 1 : « Nous voulons simplement les protéger »

Situation :

Mme M. (82 ans) vit dans une maison de retraite et souffre d'une démence naissante. Elle entretient une relation étroite, y compris physique, avec une colocataire. L'équipe ne sait pas si Mme M. est « réellement capable de donner son consentement ». Une infirmière suggère de séparer les deux femmes – « pour leur protection ».

Consigne :

Analysez ce cas au sein de votre groupe.

Questions clés pour la réflexion :

- Où se manifeste la « marginalisation » ?
- Quelles suppositions concernant l'âge, la sexualité ou les troubles cognitifs apparaissent ?
- Quels principes éthiques sont concernés (autonomie, prise en charge, etc.) ?
- Comment évaluer le consentement de manière responsable dans ce contexte ?
- Quelles sont les options d'action ?

Veuillez noter quelques points clés pour chacun d'entre eux.

Ces questions sont données à titre indicatif. Vous n'êtes pas obligé d'y répondre par écrit.

Choisissez une personne chargée de chronométrer et une autre pour noter les points clés.



Au bout de 15 minutes, vous retournerez à la séance plénière.

Cas n° 2 : « Ce n'est pas le bon endroit »

Situation :

M. K. (76 ans) reçoit régulièrement la visite de son compagnon de longue date. Certains colocataires se plaignent auprès du personnel, estimant que ces visites sont « désagréables » et « inappropriées ». Une infirmière demande à M. K. de « rendre ces visites plus discrètes ».

Consigne :

Discutez de la manière dont l'équipe pourrait réagir de manière appropriée.

Questions clés pour la réflexion :

- Quelles formes d'« altérisation » peut-on identifier ?



- Quel rôle jouent les idées hétéronormatives ?
- Quels sont les besoins prioritaires ici – et pourquoi ?
- À quoi pourrait ressembler une approche inclusive ?
- Quelles solutions structurelles seraient envisageables ?

Ces questions sont données à titre indicatif. Vous n'êtes pas obligé d'y répondre par écrit.

Choisissez une personne chargée de chronométrer et une autre pour noter les points clés.

➡ Au bout de 15 minutes, vous retournerez à la séance plénière.

Cas n° 3 : « C'est différent dans votre culture »

Situation

Mme A. (79 ans) est issue de l'immigration. Un soignant évite de lui parler de couple ou de sexualité au motif que « c'est certainement un tabou dans sa culture ». Cependant, Mme A. semble de plus en plus renfermée.

Exercice de 15 minutes

Analysez la situation et proposez différentes pistes d'action. Notez vos idées sur des fiches ; veuillez n'inscrire qu'un seul mot-clé par fiche.

Questions guides pour la discussion :

1. Quel est le problème ici ?
2. Que signifie la « culturalisation » dans ce cas précis ?
3. Quels sont les risques pour Mme A. ?
4. Comment pourrait-on aborder le sujet avec tact et franchise ?
5. Quel rôle joue la communication centrée sur la personne ?

Ces questions sont données à titre indicatif. Vous n'êtes pas obligé(e) d'y répondre par écrit.

Choisissez un chronométreur et une personne chargée de prendre des notes sous forme de liste à puces.

➡ Au bout de 15 minutes, vous retournerez à la séance plénière.

Cas n° 4 : « Nous sommes tous là »

Situation :

La charte de l'établissement stipule : « Nous traitons tout le monde de manière égale ». Pourtant, il n'existe pas de formes grammaticales neutres, et les questions LGBTQI+ ne sont pas abordées au quotidien. Une résidente déclare qu'elle se sent « invisible ».

Consigne :

Évaluer la situation d'un point de vue structurel.

Questions clés pour la réflexion :

1. Que signifie ici « l'égalité de traitement » – et quel est le problème ?
2. Où se manifestent le tokenisme ou l'invisibilité ?
3. Quels sont les obstacles structurels existants ?
4. Que faut-il changer concrètement (langage, règles, offres) ?
5. Comment mettre en œuvre une véritable inclusion ?

Ces questions sont données à titre indicatif. Vous n'êtes pas obligé d'y répondre par écrit.

Choisissez un chronomètre et une personne chargée de noter les points clés.

➡ Au bout de 15 minutes, vous reviendrez à la séance plénière.



Exercice 3

« Transposition à votre propre établissement »

Objectif de l'exercice

Les participants élaborent une **mini-intervention concrète et réaliste** leur permettant d'aborder le thème de *l'altérisation* au sein de leur propre établissement.

Priorité à **la mise en œuvre plutôt qu'à la théorie**

Étape 1 : Clarifier le point de départ (10 minutes)

Réfléchissez à votre propre contexte :

Questions clés :

- Dans quelles situations de la vie quotidienne êtes-vous confronté(e) à l'« autre » ? (par exemple : la langue, les relations avec les résidents, les règles, les incertitudes au sein de l'équipe)
- Quelles sont les situations typiques ou récurrentes ?
- Quels sont les points qui nécessitent des éclaircissements ou une réflexion au sein de l'équipe ?

Notez une situation spécifique :

Étape 2 : Choisissez une mini-intervention (10 minutes)

Choisissez **une méthode adaptée** (pas besoin de réinventer la roue !) :

- ☐ Réflexion sur des affirmations (comme dans l'exercice 1)
- ☐ Discussion d'un cas (comme dans l'exercice 2)
- ☐ Brève intervention + discussion
- ☐ Exercice de changement de perspective (« Comment se sentent les personnes concernées ? »)

Quelles autres idées vous viennent à l'esprit ?

Étape 3 : Organisez une mini-formation (20 minutes)

Prévoyez une courte session (10 à 15 minutes) pour votre équipe.

Aide à la structuration :



- **Thème / objectif de la session :**
→ Qu'est-ce que les collègues devraient avoir compris à l'issue de cette session ?
- **Introduction (2 à 3 minutes) :**
→ Comment capter l'attention de l'équipe ? (par ex. affirmation, question, bref cas pratique)
- **Partie principale (5 à 7 minutes) :**
→ Que doivent faire concrètement les collègues ? (discuter, réfléchir, évaluer)
- **Conclusion (2 à 3 minutes) :**
→ Quelle est la conclusion principale ?

Étape 4 : Présentation de votre planning (5 à 10 minutes)

Étape 5 : Retour d'expérience (5 minutes)

Questions clés :

- Qu'est-ce qui était compréhensible et facile à mettre en œuvre ?
- Qu'est-ce qui a suscité la réflexion ?
- Quels éléments étaient peu clairs ou trop complexes ?
- L'attitude semblait-elle bienveillante et ouverte ?

S'il reste du temps pour un exercice pratique :

En petits groupes :

- Une personne anime la mini-session
- Les autres endossent le rôle de l'équipe

Objectif de l'exercice

Les participants :

- transposent **concrètement** le sujet à **leur propre pratique**
- élaborent **des interventions réalistes et courtes** pour leur travail quotidien
- prendre confiance dans leur capacité à **animer des groupes**
- apprendre à **adapter avec souplesse les méthodes existantes**
- prennent conscience que le changement commence souvent par **de petites impulsions au sein de l'équipe**

N'oubliez pas

Vous n'avez pas besoin d'organiser une formation exhaustive : une impulsion bien placée de 10 minutes suffit déjà à déclencher le changement.

Question relative au transfert

Quand et dans quel contexte pourriez-vous mettre en œuvre concrètement votre mini-intervention ? (par exemple, réunion d'équipe, passage de relais, formation continue).

Outils pratiques

Module 7



Plan de cours

Plan de cours | En présentiel

Thèmes et activités	Durée	Méthodes	Matériel et ressources
Introduction et attentes – Présentation du programme et des objectifs d'apprentissage du module 7	5 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Apport théorique – Pourquoi la méthodologie est-elle importante ? Les principes de la communication inclusive (langage, posture, environnement)	20 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 1 – À faire et à ne pas faire en matière de communication Objectif : identifier et mettre en pratique des techniques de communication inclusive à travers des scénarios concrets. Activité : Les participants travaillent en petits groupes à l'aide d'un jeu de cartes de communication. Pour chaque affirmation, ils déterminent s'il s'agit d'une pratique professionnelle inclusive (À FAIRE) ou d'une communication problématique (À NE PAS FAIRE), expliquent leur raisonnement et proposent une alternative plus respectueuse le cas échéant. Les groupes discutent de leurs réponses et les comparent avec le corrigé fourni par l'animateur lors d'un tour de table en plénière.	25 min	Discussion en petits groupes, tri de cartes, jeu de rôle	Cartes « À faire et à ne pas faire en matière de communication », tableau à feuilles mobiles

PAUSE 1	10 min	–	–
Apport théorique – Créer des espaces sécurisants, s'adapter à différentes réalités (déclin cognitif, handicap, diversité culturelle)	15 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Exercice 2 – Analyse de situations complexes Objectif : analyser des situations délicates (relations entre résidents, opposition de la famille) et élaborer une réponse collective. Activité : En petits groupes, les participants analysent un scénario complexe impliquant l'intimité, les relations, le consentement, les préoccupations familiales ou la diversité chez les personnes âgées. À l'aide de la fiche de réflexion structurée, ils identifient les enjeux clés, les parties prenantes et les principes éthiques en jeu, puis élaborent un plan d'intervention étape par étape. Les groupes présentent et discutent leurs recommandations en plénière.	25 min	Analyse d'étude de cas, discussion en petits groupes, partage en plénière	Fiches de situations complexes
PAUSE 2	10 min	–	–
Exercice 3 – Pratique de l'animation par l'expression photographique Objectif : Découvrir l'outil d'expression par l'image et s'entraîner à animer une brève discussion sur un sujet sensible. Activité : Les participants travaillent en petits groupes et animent à tour de rôle une brève discussion à l'aide	30 min	Exercice d'animation en petits groupes, observation par les pairs	Série d'images « Photo-Expression », cartes de scénarios d'animation

d'images d'expression par la photo et de fiches de scénarios d'animation. Un participant joue le rôle d'animateur, tandis que les autres endossent celui de participants. Les observateurs remplissent le formulaire d'observation par les pairs et formulent des commentaires sur l' le style de communication, les techniques d'interrogation, la gestion du groupe et la manière d'aborder les sujets sensibles.			
Apport théorique – Conseils à l'intention des éducateurs et des professionnels, considérations éthiques, travail en équipe	10 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Messages clés et conclusion – discussion des dernières questions et retours d'expérience	5 min	Présentation, discussion de groupe	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Formulaire de commentaires	5 min	Évaluation du module	Formulaires de commentaires imprimés ou code QR



Exercice 1

EXERCICE 1 – Cartes des bonnes et mauvaises pratiques en communication

Do or Don't

1 « À TON ÂGE, TU NE DEVRAIS PLUS T'INQUIÉTER DE CE GENRE DE CHOSES. »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

2 « EXISTE-T-IL UNE PERSONNE SIGNIFICATIVE DANS VOTRE VIE DONT VOUS SOUHAITERIEZ DISCUTER ? »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

3 À UNE RÉSIDENTE QUI PARAÎT MÉLANCOLIQUE : « VOUS RESSENTEZ PROBABLEMENT SIMPLEMENT LA SOLITUDE DEPUIS LE DÉCÈS DE VOTRE MARI. »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

4 « QUELS PRONOMS PRÉFÉREZ-VOUS ? JE SOUHAITE M'ASSURER DE VOUS ADRESSER CORRECTEMENT. »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

5 RIRE DE MANIÈRE NERVEUSE ET CHANGER DE SUJET LORSQUE QU'UN RÉSIDENT ABORDE SA VIE SEXUELLE.

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

6 « DE NOMBREUSES PERSONNES REMARQUENT QUE LEURS BESOINS INTIMES CHANGENT AVEC LE TEMPS. AIMERIEZ-VOUS DISCUTER D'UN SUJET SPÉCIFIQUE ? »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

7 ENTRER DANS LA CHAMBRE D'UN RÉSIDENT SANS FRAPPER, MÊME SI LA PORTE EST VERROUILLÉE.

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

8 « PRÉFÉREZ-VOUS UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ MASCULIN OU FÉMININ POUR VOUS ASSISTER DANS VOS SOINS PERSONNELS ? »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

9 « C'EST VRAIMENT ADORABLE DE VOUS VOIR VOUS TENIR LA MAIN À VOTRE ÂGE ! »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

10 « JE POSE LA QUESTION À TOUTES LES PERSONNES QUE J'ACCOMPAGNE SUR LEURS ÉMOTIONS ET LEUR INTIMITÉ – CELA CONSTITUE UN ASPECT ESSENTIEL DE LA SANTÉ GLOBALE. »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

11 DEMANDER À UNE FEMME : « QUEL ÉTAIT LE NOM DE VOTRE ÉPOUX ? »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Do or Don't

12 « J'AI OBSERVÉ QUE TU PARAIS PLUS DISTANT CES DERNIERS TEMPS. EST-CE QU'UNE PERSONNE TE MANQUE OU EST-CE QU'UNE SITUATION TE PRÉOCCUPE ? »

Expliquez les raisons pour lesquelles cela doit être fait ou non, et proposez une alternative si cela ne doit pas être fait.

Carte	À FAIRE / À NE PAS FAIRE	Pourquoi	Meilleure alternative
1	✗ À ÉVITER	Méprisant, âgiste, met fin à la conversation	« Beaucoup de gens trouvent que l'intimité reste importante. Est-ce un sujet dont vous aimeriez parler ? »
2	✓ À FAIRE	Inclusif, ouvert, qui laisse place à des relations diverses	
3	✗ À ÉVITER	Part du principe que la personne est hétérosexuelle, présume de la cause de sa tristesse	« Tu as l'air triste. Tu voudrais parler de ce qui te préoccupe ? »
4	✓ À FAIRE	Respectueux, crée un climat de sécurité pour les personnes trans et non binaires	
5	✗ À ÉVITER	Suggère un malaise, sape la confiance, humilie	Restez calme, écoutez, répondez avec sérieux : « Merci de m'avoir fait part de cela. »
6	✓ À FAIRE	Normalise le sujet, ouvre le dialogue	
7	✗ À ÉVITER	Porte atteinte à la vie privée et à la dignité	
8	✓ À FAIRE	Respecte les préférences, ce qui est particulièrement important pour les résidents transgenres	
9	✗ À ÉVITER	Ne pas infantiliser, ni minimiser l'importance d'une relation entre adultes	« C'est merveilleux de vous voir tous les deux si heureux ensemble. »
10	✓ À FAIRE	Normalise la situation, donne le droit de s'exprimer	
11	✗ À ÉVITER	Hétéronormatif, élimine d'autres possibilités	« Y a-t-il eu un partenaire important dans votre vie ? »
12	✓ À FAIRE	Ouvert, bienveillant, invite au partage sans pression	



Exercice 2

NEVER
GETS
OLD

SITUATION A

DEUX RÉSIDENTS DE VOTRE MAISON DE RETRAITE, JEAN (82 ANS) ET MICHEL (79 ANS), ONT DÉVELOPPÉ DES LIENS TRÈS ÉTROITS CES DERNIERS MOIS. ILS PRENNENT TOUS LEURS REPAS ENSEMBLE, PASSENT DES HEURES DANS LE JARDIN MAIN DANS LA MAIN, ET LE PERSONNEL A OBSERVÉ QUE MICHEL VISITE SOUVENT JEAN DANS SA CHAMBRE TARD LE SOIR. CERTAINS MEMBRES DU PERSONNEL TROUVENT CELA ÉMOUVANT, TANDIS QUE D'AUTRES SE SENTENT MAL À L'AISE ET COMMENCENT À FAIRE DES BLAGUES. LA FILLE DE MICHEL A EXPRIMÉ SES PRÉOCCUPATIONS AU DIRECTEUR, EN DISANT : « MON PÈRE EST VULNÉRABLE, JE NE SAIS PAS CE QUE JEAN ATTEND DE LUI. » JEAN PRÉSENTE UN LÉGER TROUBLE COGNITIF, TANDIS QUE MICHEL EST COMPLÈTEMENT AUTONOME.

Quelles mesures prenez-vous en équipe ?

NEVER
GETS
OLD

SITUATION B

MONIQUE, QUI A 76 ANS, VIT DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT DEPUIS DEUX ANS. ELLE A RÉCEMMENT DÉVELOPPÉ UNE RELATION AVEC UNE AUTRE RÉSIDENTE, CLAIRE, QUI A 74 ANS. ELLES SEMBLENT TRÈS HEUREUSES ENSEMBLE : ELLES PRENNENT PART AUX ACTIVITÉS, PARTAGENT LEURS REPAS ET SE SOUTIENNENT L'UNE L'AUTRE. LE FILS DE MONIQUE DÉSIRE VOUS RENCONTRER. IL EST TRÈS PERTURBÉ : « MA MÈRE A ÉTÉ MARIÉE À MON PÈRE PENDANT 40 ANS. ELLE N'EST PAS LESBIENNE. CETTE FEMME LUI FAIT DU MAL. JE VEUX QUE VOUS LES SÉPARIEZ. » MONIQUE A AFFIRMÉ N'AVOIR JAMAIS ÉTÉ AUSSI HEUREUSE ET QUE CLAIRE EST « LA MEILLEURE CHOSE QUI ME SOIT ARRIVÉE DEPUIS DES ANNÉES ».

En tant qu'équipe, quelle stratégie mettez-vous en œuvre pour gérer cette situation ?

NEVER
GETS
OLD

SITUATION B

GINETTE, QUI A 88 ANS, VIT DANS VOTRE MAISON DE RETRAITE. ELLE EST ATTEINTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER À UN STADE MODÉRÉ. SA MÉMOIRE EST FLUCTUANTE : CERTAINS JOURS, ELLE RECONNAÎT SES ENFANTS, D'AUTRES JOURS, ELLE NE LES RECONNAÎT PAS. GINETTE A ÉTABLI DES RELATIONS ÉTROITES AVEC UN AUTRE RÉSIDENT, ROBERT, ÂGÉ DE 85 ANS ET SOUFFRANT ÉGALEMENT DE TROUBLES COGNITIFS. LE PERSONNEL A OBSERVÉ QU'ILS ÉCHANGENT DES BAISERS ET DES GESTES D'AFFECTION. TOUS DEUX SEMBLENT CALMES ET SEREINS EN PRÉSENCE L'UN DE L'AUTRE. AUCUN D'EUX NE MANIFESTE DE SIGNES DE DÉTRESSE OU DE TRISTESSE. CEPENDANT, CERTAINS MEMBRES DU PERSONNEL SOULÈVENT DES PRÉOCCUPATIONS : « PEUT-ELLE RÉELLEMENT DONNER SON CONSENTEMENT ? ET SI ELLE NE SAISIT PAS CE QUI SE PASSE ? ET SI ROBERT NE COMPREND PAS ? » LA FILLE DE GINETTE EST CHOQUÉE ET EXIGE QUE LA RELATION SE TERMINE SUR-LE-CHAMP.

En groupe, comment évaluez-vous la situation et comment réagissez-vous ?





SITUATION D

UN NOUVEAU RÉSIDENT, ALEX, ÂGÉ DE 70 ANS, INTÉGRERA VOTRE ÉTABLISSEMENT LA SEMAINE PROCHAINE. ALEX EST UN HOMME TRANSGENRE. IL A UNE BARBE ET UNE VOIX GRAVE ; SON DOSSIER LE DÉSIGNE COMME « M. ALEX DUBOIS ». LORS DE LA VISITE DE PRÉADMISSION, ALEX A INFORMÉ LE DIRECTEUR QU'IL AVAIT SUBI UNE MASTECTOMIE IL Y A PLUSIEURS ANNÉES, MAIS PAS DE CHIRURGIE GÉNITALE. IL A DÉCLARÉ : « JE VOUS LE DIS CAR JE SAIS QUE QUELQU'UN AURA BESOIN DE M'AIDER POUR LES SOINS PERSONNELS. JE NE VEUX PAS QUE CE SOIT UNE SURPRISE. JE NE VEUX PAS AVOIR À ME JUSTIFIER ALORS QUE JE SUIS NU ET VULNÉRABLE. » LE DIRECTEUR VOUS A TRANSMIS CETTE INFORMATION, À VOUS, L'ÉQUIPE SOIGNANTE. AUCUN D'ENTRE VOUS N'A REÇU DE FORMATION SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS TRANSGENRES.

En groupe, quels préparatifs organisez-vous pour l'arrivée d'Alex ? Quelle est votre réaction lorsque le moment des soins intimes arrive ?



SITUATION E

VOUS ÊTES ASSISTANT À DOMICILE ET VOUS APPORTEZ VOTRE SOUTIEN À MME KAUR, ÂGÉE DE 78 ANS, QUI A ÉMIGRÉ D'INDE IL Y A 40 ANS. ELLE VIT SEULE ET BÉNÉFICIE DE VISITES QUOTIDIENNES POUR DES SOINS PERSONNELS ET DE LA COMPAGNIE. MME KAUR NE VOUS A JAMAIS RÉVÉLÉ DE DÉTAILS CONCERNANT SA VIE PERSONNELLE OU SENTIMENTALE. LORSQUE VOUS L'AVEZ INTERROGÉE AVEC DÉLICATESSE SUR SA FAMILLE, ELLE A INDIQUÉ QUE SON MARI ÉTAIT DÉCÉDÉ IL Y A PLUSIEURS ANNÉES ET QU'ELLE N'AVAIT PAS D'ENFANTS. RÉCEMMENT, VOUS AVEZ OBSERVÉ QU'ELLE PARAÎT DISTANTE ET MALHEUREUSE. VOUS AVEZ LE SENTIMENT QU'ELLE SE SENT ISOLÉE OU QU'ELLE DÉSIRE LA COMPAGNIE DE QUELQU'UN, MAIS DÈS QUE VOUS TENTEZ D'ABORDER LE SUJET, ELLE SE TAIT ET CHANGE DE CONVERSATION. DANS CERTAINES CULTURES, IL EST FORTEMENT MAL VU D'ABORDER DES SUJETS PERSONNELS OU INTIMES EN DEHORS DU CADRE FAMILIAL. BIEN QUE VOUS SOUHAITIEZ ÉVITER TOUTE INTRUSION, VOTRE PRÉOCCUPATION POUR SON BIEN-ÊTRE PERSISTE.

Comment aborder cette situation avec une humilité culturelle tout en respectant votre obligation de soin ?

Étape	Questions	Réponse de votre équipe
Étape 1	Quel est le problème principal ici ? Quels sont les différents points de vue en jeu ?	
Étape 2	Qui doit être impliqué pour résoudre cette situation ? (résident, famille, personnel, direction, experts externes ?)	
Étape 3	Quels principes éthiques sont en jeu ? (autonomie, dignité, sécurité, vie privée, consentement, relations familiales ?)	
Étape 4	Quelles mesures faut-il prendre, et dans quel ordre ? (mesures immédiates, à court terme, à long terme)	
Étape 5	Comment consigner et communiquer la décision à toutes les personnes concernées ?	



Exercice 3

Formulaire d'observation par les pairs – Pratique de l'animation

Nom du facilitateur : _____

Scénario : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

Domaine d'observation	Qu'est-ce qui a bien fonctionné ?	Quels aspects pourraient être améliorés ?
Introduction – L'animateur a-t-il expliqué clairement le sujet ? A-t-il créé une atmosphère de confiance ?		
Utilisation des images – L'animateur a-t-il utilisé efficacement l'outil d'expression par la photo ? Les images ont-elles été utiles ?		
Poser des questions – L'animateur a-t-il posé des questions ouvertes et inclusives ? A-t-il écouté activement ?		
Gestion du groupe – Tout le monde a-t-il eu l'occasion de s'exprimer ? Les silences ont-ils été respectés ?		
Gestion des moments délicats – L'animateur a-t-il bien réagi face à un éventuel malaise ou à des émotions ?		



Clôture – L’animateur a-t-il fait un résumé ou remercié les participants de manière appropriée ?		
--	--	--



FORMULAIRE D'OBSERVATION PAR LES PAIRS – Exercices d'animation

Nom de l'animateur : _____

Scénario : ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Etape	Questions	Réponse de l'équipe
Étape 1	Quel est le problème principal ici ? Quelles sont les différentes perspectives en présence ?	
Étape 2	Qui doit être impliqué·e dans la gestion de cette situation ? (résident·e, famille, personnel, direction, expert·es extérieur·es ?)	
Étape 3	Quels principes éthiques sont en jeu ? (autonomie, dignité, sécurité, vie privée, consentement, relations familiales ?)	
Étape 4	Quelles actions doivent être entreprises, et dans quel ordre ? (mesures immédiates, à court terme, à long terme)	
Étape 5	Comment documentez-vous et communiquez-vous la décision à toutes les personnes concernées ?	



SCÉNARIO A

Intimité et vieillissement

SUJET : « QUE SIGNIFIE L'INTIMITÉ POUR VOUS EN VIEILLISSANT ? »

CONTEXTE : VOUS ANIMEZ UNE DISCUSSION DE 10 MINUTES AVEC UN PETIT GROUPE DE RÉSIDENTS D'UN EHPAD*. CERTAINS RÉSIDENTS PEUVENT PRÉSENTER DES TROUBLES COGNITIFS.

UTILISEZ LE PHOTO LANGUAGE POUR AIDER LES GENS À S'EXPRIMER.

Objectif : Aider les participants à partager leurs pensées et leurs sentiments sur l'intimité à un âge avancé.



SCÉNARIO B

Amour et nouvelles relations

SUJET : « EST-IL POSSIBLE DE TOMBER AMOUREUX À TOUT ÂGE ? »

CONTEXTE : VOUS ANIMEZ UNE DISCUSSION DE 10 MINUTES AVEC UN PETIT GROUPE DE PERSONNES ÂGÉES DANS UNE RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES. CERTAINES ONT PERDU LEUR CONJOINT, D'AUTRES SONT CÉLIBATAIRES, D'AUTRES ENCORE SONT EN COUPLE DEPUIS PEU.

UTILISEZ LE PHOTO LANGUAGE POUR ENTAMER LA CONVERSATION.

Objectif : Créer un espace sûr et sans jugement où les gens peuvent partager leurs expériences et leurs espoirs.



SCÉNARIO C

Le toucher et l'affection

SUJET : « L'IMPORTANCE DU TOUCHER ET DE L'AFFECTION AVEC L'ÂGE »

VOUS ANIMEZ UNE DISCUSSION DE 10 MINUTES AVEC LE PERSONNEL D'UNE MAISON DE RETRAITE (JOUÉ PAR D'AUTRES PARTICIPANTS). ILS SOUHAITENT MIEUX COMPRENDRE LES BESOINS DES RÉSIDENTS EN MATIÈRE DE CONTACT PHYSIQUE ET D'AFFECTION, MAIS CERTAINS SONT MAL À L'AISE AVEC CE SUJET.

UTILISEZ LE PHOTO LANGUAGE POUR AIDER LES GENS À S'EXPRIMER.

Objectif : Aider le personnel à explorer ses propres attitudes et à comprendre le point de vue des résidents.



SCÉNARIO D

Diversité et inclusion

SUJET : « SE SENTIR VU ET RESPECTÉ POUR CE QUE L'ON EST »

CONTEXTE : VOUS ANIMEZ UNE DISCUSSION DE 10 MINUTES AVEC UN PETIT GROUPE DE RÉSIDENTS D'UN EHPAD*. CERTAINS RÉSIDENTS PEUVENT PRÉSENTER DES TROUBLES COGNITIFS.

UTILISEZ LE PHOTO LANGUAGE POUR AIDER LES GENS À S'EXPRIMER.

Objectif : Aider les participants à partager leurs pensées et leurs sentiments sur l'intimité à un âge avancé.



SCÉNARIO E

Amour et nouvelles relations

SUJET : « EST-IL POSSIBLE DE TOMBER AMOUREUX À TOUT ÂGE ? »

CONTEXTE : VOUS ANIMEZ UNE DISCUSSION DE 10 MINUTES AVEC LE PERSONNEL ET LA DIRECTION D'UN EHPAD (JOUÉS PAR D'AUTRES PARTICIPANTS). VOTRE ÉTABLISSEMENT SOUHAITE DEVENIR PLUS INCLUSIF ENVERS LES RÉSIDENTS LGBTQIAP+. UTILISEZ LES IMAGES D'EXPRESSIONS PHOTOGRAPHIQUES POUR AMENER LES PARTICIPANTS À RÉFLÉCHIR À CE QUE SIGNIFIE « SE SENTIR VU ».

UTILISEZ LE PHOTO LANGUAGE POUR ENTAMER LA CONVERSATION.

Objectif : Encourager la réflexion sur la manière dont l'environnement et les pratiques peuvent signaler l'inclusion ou l'exclusion.

Outils pratiques

Module 8



Plan de cours

Module 8	Démence et sexualité : points essentiels
Public cible	Formateurs d'adultes, professionnels de santé, travailleurs sociaux, personnel soignant. Pour une interaction optimale, les participants doivent travailler en petits groupes de 3 à 5 personnes. Cela permet une participation active, un échange de points de vue et une discussion plus efficace.
Durée	2,5 heures
Acquis d'apprentissage	Les apprenants seront capables de : • Expliquer comment les changements cognitifs liés à la démence influencent l'intimité et l'expression sexuelle Compréhension structurelle • Distinguer l'autonomie, la protection, la bienfaisance et la dignité du risque Culture éthique • Appliquer une approche adaptée au contexte et au moment pour évaluer le consentement Compétence en matière de consentement • Reconnaître les vulnérabilités intersectionnelles (genre, LGBTQI+, culture, état de santé) Sensibilisation à l'inclusion • Élaborer un plan d'action structuré en trois étapes pour des scénarios éthiques complexes Confiance professionnelle
Préparation	- Préparez la salle en disposant les chaises et les tables de manière à permettre un travail en groupe. - Préparez le projecteur, l'ordinateur portable et le tableau à feuilles mobiles. - Imprimer les fiches de travail « Mythe vs réalité ». - Préparez l'outil de réflexion sur le consentement et les fiches d'étude de cas. - Imprimez les fiches d'exercice « Plan d'action en 3 étapes ». - Préparez les formulaires d'évaluation ou le questionnaire via un code QR.
Liste de contrôle	Matériel technique : vérification du fichier PPTX et du projecteur Exercice 1 : trois feuilles de tableau à feuilles mobiles et des marqueurs

	Exercice 2 : questionnaires imprimés, fiches personnelles et porte-blocs Exercice 3 : fiches de cas et feuilles de travail Général : badges nominatifs et formulaires de retour d'expérience
--	--

Plan de cours | En présentiel (150 minutes)

Thèmes et activités	Durée en minutes	Méthodes	Matériel et ressources
Introduction et attentes – Présenter l'ordre du jour et instaurer un climat de discussion respectueux.	5 min	Présentation	Ordinateur portable, projecteur, présentation PowerPoint
Apport théorique : Sexualité, âgisme et démence La sexualité en tant qu'identité tout au long de la vie ; la stigmatisation ; les changements cognitifs et les besoins relationnels.	15 min	Présentation	Présentation PowerPoint
Exercice 1 – Mythe vs réalité Classification en petits groupes et discussion en plénière	20 min	Travail en groupe + plénière	Fiches de travail imprimées, tableau à feuilles mobiles
Approche théorique : consentement et complexité éthique Consentement adapté au contexte ; indicateurs non verbaux ; dignité du risque.	20 min	Présentation	Présentation PowerPoint
Exercice 2 – Le consentement en pratique Analyse de cas à l'aide de l'outil de réflexion sur le consentement et de la réponse proportionnée.	30 min	Travail de groupe sur une étude de cas	Fiches de cas, outil de réflexion sur le consentement
Courte pause – Les participants font une petite pause pour se reposer et réfléchir avant de poursuivre.	10 min	Pause informelle	-
Exercice 3 – Plan d'action en 3 étapes Réponse immédiate ; raisonnement éthique ; stratégie à long terme.	35 min	Travail en groupe + présentations	Fiches de cas, fiche de travail « Plan d'action »
Messages clés et synthèse Passer de réponses axées sur le contrôle à une pratique centrée sur la dignité.	10 min	Discussion en plénière	Tableau à feuilles mobiles
Évaluation Échelle de confiance + question de réflexion ouverte.	5 min	Réflexion individuelle	Formulaires de retour d'expérience / code QR



Exercice 1

Mythe vs réalité

Durée : 20 minutes

Format : Travail en petits groupes (3 à 5 participants)

Matériel nécessaire : fiche de travail imprimée, tableau à feuilles mobiles, marqueur

1. Objectif de l'exercice

Cette activité vise à :

- Remettre en question les préjugés liés à l'âge et à la stigmatisation concernant la sexualité chez les personnes atteintes de démence
- Renforcer les capacités de réflexion critique des participants
- Encourager une réflexion fondée sur des données factuelles plutôt que sur des jugements réactifs
- Préparer les participants à une analyse éthique plus approfondie lors des activités suivantes

Cet exercice favorise le passage de réponses axées sur le contrôle à une pratique centrée sur la personne et fondée sur les droits.

2. Consignes à l'intention des participants

1. Travaillez en petits groupes.
2. Lisez attentivement chaque affirmation.
3. Déterminez si l'affirmation correspond à un mythe ou à une réalité.
4. Justifiez brièvement votre choix.
5. Préparez-vous à donner brièvement un exemple lors de la discussion en plénière.

3. Fiche de travail « » – Énoncés à classer

Pour chaque affirmation, cochez :

☐ Mythe ou ☐ Réalité

1. Les personnes atteintes de démence perdent tout intérêt pour l'intimité.



2.	L'expression sexuelle chez les personnes atteintes de démence est toujours inappropriée ou pathologique.
3.	La capacité à donner son consentement doit être évaluée pour chaque décision spécifique.
4.	La protection des personnes exige d'interdire les relations intimes dans les établissements de soins.
5.	Un comportement hypersexuel peut résulter de modifications neurologiques affectant le contrôle des impulsions.
6.	Si une personne n'est pas en mesure d'exprimer verbalement son consentement, cela nécessite une évaluation minutieuse, mais cela ne signifie pas automatiquement qu'il n'y a pas de consentement.
7.	Le calme émotionnel et l'absence de détresse peuvent indiquer un consentement situationnel.
8.	La sexualité à un âge avancé englobe l'affection, la tendresse et la proximité affective.
9.	Un désaccord familial justifie automatiquement la rupture d'une relation.
10.	Une désinhibition sexuelle soudaine peut avoir des causes médicales qui nécessitent un examen médical.

4. Guide de débriefing de l'animateur

Classification correcte :

- 1 → Mythe
- 2 → Mythe
- 3 → Réalité
- 4 → Mythe
- 5 → Réalité
- 6 → Réalité
- 7 → Réalité
- 8 → Réalité
- 9 → Mythe
- 10 → Réalité

Points clés de la discussion

- La sexualité persiste tout au long de la vie, même si son expression peut évoluer.

- La démence n'entraîne pas automatiquement la perte de l'identité relationnelle ni du besoin d'intimité.
- Les mesures de protection doivent être proportionnées et ne pas reposer uniquement sur un sentiment de malaise.
- Un changement soudain de comportement doit donner lieu à une évaluation médicale.

5. Questions de réflexion (plénière)

- Quelle affirmation a suscité le plus de débats ?
- Quel mythe est le plus répandu dans votre contexte professionnel ?
- Comment ces idées reçues pourraient-elles influencer les pratiques institutionnelles ?



Exercice 2

Outil de réflexion sur le consentement et la capacité

Durée : 30 minutes

Format : analyse de cas en petits groupes

Matériel nécessaire : fiches de cas, fiche de travail « Outil de réflexion sur le consentement », tableau à feuilles mobiles

1. Objectif de l'exercice

Cette activité vise à :

- Développer des compétences en matière d'évaluation du consentement dans le cadre de la prise de décision
- Renforcer la compréhension de la capacité fluctuante
- Mettre en pratique des mesures de protection proportionnées
- Intégrer le raisonnement éthique dans la prise de décision pratique

Cet exercice favorise l'application d'une approche structurée et adaptée au contexte en matière de consentement.

2. Consignes aux participants

Les participants travaillent en petits groupes (3 à 5 membres).

Chaque groupe reçoit un scénario.



À l'aide de l'outil de réflexion sur le consentement, les groupes doivent :

1. Identifier le type de comportement (à faible risque / à risque modéré / à haut risque).
2. Évaluer s'il existe des problèmes liés à la capacité de discernement.
3. Posez les quatre questions d'évaluation du consentement.
4. Identifier les facteurs médicaux ou contextuels éventuels.
5. Proposer une réponse professionnelle adaptée.

Les groupes présenteront brièvement leurs conclusions en plénière (3 à 5 minutes).

2. Scénarios de cas

Cas n° 1 – Relation affective en milieu de soins

Maria (79 ans) est atteinte d'une forme modérée de la maladie d'Alzheimer et vit dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Elle a noué une relation étroite avec Ion (82 ans), un autre résident. Ils se tiennent la main, s'assoient ensemble pendant les repas et s'embrassent parfois. La fille de Maria insiste pour que cette relation cesse, arguant que sa mère « ne comprend pas ce qu'elle fait ».

Lorsque le personnel s'entretient avec Maria, celle-ci répond : « Il m'apaise. J'aime être avec lui. »

Elle semble détendue sur le plan émotionnel et ne montre aucun signe de détresse.

Cas n° 2 – Comportement désinhibé

Andrew (75 ans) souffre de démence. Au cours des deux dernières semaines, il a commencé à faire des remarques sexuelles explicites à l'égard du personnel et a tenté une fois de toucher un soignant de manière inappropriée.

Ce comportement est nouveau. Il semble impulsif et rit lorsqu'on le fait changer de sujet.

Le personnel est inquiet et ne sait pas si cela reflète une mauvaise conduite intentionnelle ou un changement neurologique.

Cas n° 3 – Expression de genre et malaise du personnel

Alexandre (76 ans) est un résident atteint de démence modérée vivant dans un établissement de soins. Tout au long de sa vie, Alexandre a parfois exprimé une identité de genre non conforme, bien que cela n'ait pas été ouvertement discuté avec sa famille. Récemment, Alexandre a commencé à demander à porter des vêtements traditionnellement associés à un genre différent et a sollicité l'accès à des objets personnels tels que du maquillage et des bijoux.

Certains membres du personnel se sentent mal à l'aise et ne savent pas comment réagir, tandis que d'autres se demandent si cela reflète l'identité authentique d'Alex ou si c'est le résultat d'un déclin cognitif. Alex semble calme et se montre en détresse lorsqu'on l'empêche d'exprimer ces préférences.

Les proches qualifient ce comportement de « confusion » et demandent au personnel de le décourager. Le personnel ne sait pas toujours comment concilier le respect de l'identité, de la dignité et du bien-être avec les attentes des proches et les limites de la profession.

Comment le personnel devrait-il réagir de manière à respecter l'identité, la dignité et le bien-être ?

4. Outil de réflexion sur le consentement (fiche de travail du participant)

Pour le cas qui vous a été attribué, discutez et complétez

A. Classification des comportements

- ☐ Faible risque (marques d'affection, se tenir la main, proximité consensuelle)
- ☐ Risque modéré (consentement ambigu ou fluctuant, capacités cognitives inégales, comportement pouvant causer un malaise, contexte pas entièrement compris)
- ☐ Risque élevé (contrainte, détresse, déséquilibre des rapports de force, contact génital sans consentement clair)

Expliquez votre raisonnement :

B. Évaluation du consentement – Quatre questions clés

1. La personne comprend-elle la nature de la relation ou de l'interaction ?
2. La personne est-elle en mesure d'apprécier les conséquences potentielles ?
3. La personne est-elle en mesure d'exprimer un choix libre et volontaire ?
4. Le consentement est-il cohérent et exempt de détresse, de contrainte ou de crainte ?

C. Considérations relatives à la capacité

- La capacité est-elle spécifique à la décision en question dans cette situation ?
- Pourrait-elle varier ?
- Une évaluation formelle est-elle nécessaire ?

D. Facteurs médicaux / contextuels

E. Réponse professionnelle proportionnée

Quelle est l'intervention la moins restrictive et la plus justifiée sur le plan éthique ?

5. Débriefing en plénière (Guide de l'animateur)

Cas n° 1 :

Approche d'évaluation :

- Observez si les deux personnes semblent à l'aise, détendues et impliquées.
- Recherchez des signes de réciprocité, de cohérence et d'absence de détresse.
- Tenez compte du stade de la démence et de la capacité à comprendre la relation.

- Évitez de formuler des hypothèses en vous basant uniquement sur le point de vue de la famille.

Réflexion éthique :

- Trouvez un équilibre entre l'autonomie et les responsabilités en matière de protection.
- Évitez toute restriction inutile fondée sur l'âge ou le diagnostic.
- Reconnaissez l'importance du bien-être relationnel.

Réponse

- Soutenir la relation s'il n'y a aucun signe de préjudice ou de contrainte.
- Veiller au respect de la vie privée et de la dignité des deux personnes.
- Communiquez ouvertement avec la famille, en tenant compte de ses préoccupations.
- Consigner clairement les observations et les décisions.

Cas n° 2 :

Approche d'évaluation :

- Identifier les déclencheurs possibles (par exemple, inconfort, confusion, surstimulation).
- Évaluer si le comportement est persistant ou situationnel.
- Envisager les causes médicales sous-jacentes (par exemple, infection, effets des médicaments).
- Observer si d'autres personnes subissent une détresse ou un préjudice.

Réflexion éthique :

- Trouver un équilibre entre la protection des autres et le respect de la personne.
- Évitez tout jugement moral et concentrez-vous sur la compréhension du comportement.
- Veillez à ce que les mesures prises soient proportionnées au niveau de risque.

Réaction

- Adoptez un ton calme et évitez toute confrontation.
- Réorienter le comportement de manière respectueuse.
- Modifiez l'environnement si nécessaire (par exemple, en garantissant l'intimité ou en réduisant les stimuli).
- Consultez un médecin si le comportement change brusquement.
- Fournissez des conseils et un soutien au personnel.

Pour le cas n° 3 :

Approche d'évaluation :

- Observez l'état émotionnel d'Alex et la constance de ses préférences au fil du temps.
- Déterminez si l'expression de son identité de genre apporte un réconfort ou atténue sa détresse.
- Tenir compte de l'identité passée, mais privilégier le bien-être actuel et l'expérience vécue.

- Demandez-vous si ces restrictions sont susceptibles de causer un préjudice ou une détresse.

Réflexion éthique :

- Trouvez un équilibre entre l'autonomie et la dignité d'une part, et les responsabilités en matière de protection d'autre part.
- Évitez les suppositions fondées sur vos valeurs personnelles ou votre malaise.
- Reconnaissez le risque de discrimination ou de dévalorisation de l'identité.

Réponse :

- Soutenir les choix d'Alex lorsqu'ils ne causent pas de préjudice.
- Garantir le respect de la vie privée et créer un environnement respectueux.
- Donnez au personnel des conseils et offrez-lui un espace pour réfléchir à ses propres attitudes.
- Communiquer avec tact avec la famille, en expliquant l'importance de la dignité et du bien-être.



Exercice 3

Fiches d'étude de cas et modèle de plan d'action en 3 étapes

Durée : 35 minutes

Format : travail en petits groupes + présentations en plénière

Matériel nécessaire : fiche de scénario, fiche de travail « Plan d'action en 3 étapes », tableau à feuilles mobiles

1. Objectif de l'exercice

Cette activité vise à :

- Renforcer les compétences en matière de prise de décision éthique dans des situations complexes
- Mettre en pratique les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice
- Mettre en place des mesures de protection proportionnées
- Renforcer la confiance professionnelle dans les situations d'incertitude

2. Cas pratique

Maria (83 ans) vit dans un établissement de soins de longue durée et souffre de démence vasculaire (stade modéré). Elle a noué une relation intime avec Petru (85 ans), qui réside également dans le même établissement et présente des troubles cognitifs légers à modérés.

Ils passent beaucoup de temps ensemble, se tiennent la main et ont été vus en train de s'embrasser. Le personnel indique que tous deux semblent émotionnellement sereins et à l'aise en présence l'un de l'autre.

Cependant, leurs familles ne sont pas d'accord :

- la fille de Maria estime que sa mère « ne comprend plus ce qu'est une relation » et exige leur séparation.
- Le fils de Petru soutient cette relation, affirmant que son père « mérite d'avoir de la compagnie ».

L'établissement ne dispose d'aucune politique écrite claire concernant les relations intimes entre résidents.

Le personnel se sent désemparé et s'inquiète des conséquences juridiques et éthiques.

3. Consignes aux participants

Travaillez en groupes de 3 à 5 participants.

À l'aide du modèle de plan d'action en trois étapes, analysez le cas et préparez une brève présentation (5 minutes par groupe).

Concentrez-vous sur des réponses proportionnées, fondées sur les droits et respectueuses de l'éthique.

4. Modèle de plan d'action en trois étapes (fiche de travail du participant)

ÉTAPE 1 – Réponse professionnelle immédiate

Demandez-vous :

- Y a-t-il des signes visibles de détresse, de contrainte ou de déséquilibre des pouvoirs ?
- Y a-t-il des signes de confusion ou de malentendu ?
- Les causes médicales réversibles ont-elles été exclues ?
- Quel est le niveau de risque (faible / modéré / élevé) ?

Rédigez votre évaluation :

ÉTAPE 2 – Analyse éthique

Cochez les principes concernés :

- ☐ Autonomie
- ☐ Bienfaisance
- ☐ Non-malfaisance
- ☐ Justice

Pour chaque principe sélectionné, expliquez brièvement :

- Autonomie
- Bienfaisance
- Non-malfaisance
- Justice (y compris les questions liées à l'âgisme)
- Quelle est la principale tension éthique dans ce cas ?

ÉTAPE 3 – Stratégie à long terme

Élaborer une réponse proportionnée abordant :

- Évaluation de la capacité (si nécessaire)
- Documentation
- Stratégie de communication avec la famille
- Clarification de la politique institutionnelle
- Le respect de la vie privée et de la dignité

- Consultation pluridisciplinaire

Proposition de plan structuré :

5. Présentation en plénière

Chaque groupe présente :

1. Principal dilemme éthique identifié
2. Niveau de risque évalué
3. Intervention proportionnée proposée

6. Guide de débriefing de l'animateur

À souligner :

- Un diagnostic de démence n'entraîne pas automatiquement la perte de l'autonomie relationnelle.
- Le malaise de la famille ne constitue pas à lui seul une justification suffisante pour imposer une restriction.
- Une protection proportionnée nécessite une évaluation structurée.
- L'incertitude institutionnelle accroît l'anxiété des professionnels — l'élaboration de politiques relève de la responsabilité éthique.
- Il convient toujours d'envisager en premier lieu l'option la moins restrictive.



***Merci de soutenir la dignité, l'inclusion et le bien-être sexuel
des personnes âgées.***



