

Nous et eux : l'altérisation dans le travail auprès des personnes âgées et très âgées

Karina Hoßfeld, avec Thomas Wilde et Lars Gockel, VNB Allemagne

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 personnes ou des groupes individuels (« nous ») sont distingués d'autres personnes ou groupes (« les autres »). Dans ce processus social, des personnes ou des groupes sont ainsi considérés comme « différents ». Ce faisant, le groupe « autre » 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/woerterbuch/othering>).

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). Les formes d'« autre-isation » ne se limitent pas aux discriminations liées à l'âge ; en effet, les personnes âgées, en particulier, peuvent être victimes de multiples formes de stigmatisation – en raison de leur âge, de leurs limitations de santé, de la démence, de leurs origines ou de leur situation sociale, ou encore d'une identité ou d'un parcours de vie non hétéronormatifs.

La sexualité et l'identité à un âge avancé sont particulièrement touchées par ces processus d'« autrement ». Les personnes âgées qui expriment des besoins sexuels ou souhaitent nouer 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. Au cours de la vieillesse, la discrimination peut également s'intensifier en raison de l'augmentation des dépendances : les personnes comptent davantage sur un accompagnement professionnel, sur des structures institutionnelles (soins, aide, logement) et sur des réglementations formalisées. Dans ce contexte, ce n'est pas seulement l'« accompagnement » qui est organisé, mais c'est aussi la normalité qui s'impose : les personnes perçues comme « inappropriées » se voient accorder moins d'espace (tant au sens propre que symbolique), moins de crédibilité et moins de marge de manœuvre. Cela est particulièrement pertinent lorsque 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 une maison de retraite, le personnel, dans la salle des professeurs, commente : « Les résidents ont encore fait des siennes aujourd'hui ». Qu'est-ce que cela signifie réellement ? Essentiellement, ils font référence à plusieurs personnes différentes ayant des besoins individuels. Le terme collectif « les résidents » crée une distance. Les causes spécifiques de l'agitation ou du mécontentement sont dans un premier temps ignorées. Ce petit exemple illustre ce que l'on entend par « altérisation » : une première étape, vraisemblablement inconsciente, a été franchie vers une opposition entre « nous, les soignants » et « ces résidents difficiles », qui sont considérés comme un groupe homogène.

Suggestions pour votre propre travail

Les soignants professionnels peuvent observer et réfléchir à leur propre comportement au quotidien :

- Dans quelles situations est-ce que j'utilise cette opposition entre « nous » et « eux » (par exemple « les usagers », « les personnes prises en charge », « celles et ceux dont nous nous occupons ») ?
- Quel effet ce langage a-t-il sur notre attitude et nos actions ?
- Comment pourrions-nous décrire la même situation d'une manière plus individualisée et plus valorisante ?

Il apparaît clairement qu'au cœur de l'« autrisme » 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 en situation de dépendance 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. Sur le plan 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 selon les mêmes normes. Après tout, l'inverse est également vrai : plus les besoins individuels sont pris en compte, plus les personnes prises en charge s'attendent à ce que ces besoins soient satisfaits. Cependant, cela n'est souvent tout simplement pas possible dans le cadre des horaires de travail et du budget impartis. Il est néanmoins utile, tant pour les individus que pour les institutions, de réfléchir aux domaines dans lesquels nous pouvons favoriser ou éviter les « autres-ismes ».

Les « autres-ismes » s'accroissent avec l'âge

Bien que la discrimination ne commence pas avec la vieillesse, ses effets peuvent s'accumuler et s'ancrer dans les institutions à mesure que les personnes vieillissent. Deux mécanismes jouent ici un rôle particulièrement central :

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 visibles avec l'âge (Dannefer, 2003 ; Levitas et al., 2007).

2. La dépendance institutionnelle :

À mesure que les systèmes de soutien se développent, les règles, les routines et les cadres d'interprétation des institutions deviennent le critère central de reconnaissance et d'exclusion (Goffman, 1961 ; Foucault, 1976).

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 exercent une influence particulièrement forte à travers le silence, l'évitement du sujet et les limites implicites de ce qui est considéré comme approprié (Goffman, 1963 ; Gagnon & Simon, 1973). Même si la sexualité et l'identité restent des composantes centrales de la vie humaine tout au long de l'existence, ces sujets sont fréquemment tabous chez les personnes âgées. Cela établit un « ordre de normalité » institutionnel dans lequel l'autonomie et l'âge adulte sont dévalorisés. Deux mécanismes convergent ici : l'âgisme, c'est-à-dire la dévalorisation ou la discrimination fondée sur l'âge, et le capacitisme,

c'est-à-dire la normalisation de la performance et de l'autonomie comme norme, ce qui peut conduire à la déssexualisation, à l'infantilisation, à une surprotection ou à une remise en cause généralisée de la capacité à donner son consentement (Campbell, 2009 ; Goodley, 2014).

Cette convergence est au cœur 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).

L'« autre-isme » : mécanismes de structuration de la sexualité et de l'intimité

- **Invisibilité**

L'invisibilité signifie que les besoins ne sont pas pris en compte, ne font pas l'objet de questions et ne sont pas documentés. 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 de nombreux risques.

L'invisibilité des parcours de vie queer

De nombreuses personnes homosexuelles âgées ont vécu à une époque où l'homosexualité était un délit pénal et où les personnes homosexuelles étaient méprisées par bon nombre de leurs contemporains. De même, les personnes trans* ne bénéficiaient guère d'aucune compréhension par le passé. Ces expériences façonnent la confiance, les sentiments de honte et la manière dont on aborde la question de la transparence concernant son propre parcours de vie.

Point clé : le silence ou la dissimulation ne sont pas synonymes de neutralité. Ils renforcent la norme selon laquelle « vieillesse = absence de sexualité » et font peser le fardeau de la responsabilité sur les personnes concernées, en leur imposant de devoir d'abord « prouver » ou exprimer « courageusement » leurs besoins (Goffman, 1963 ; Link & Phelan, 2001).

Questions de réflexion pour sa propre pratique

- Dans quelle mesure nos formulaires et nos entretiens sont-ils conçus pour refléter la diversité en matière de genre et de relations ?
- Signalons-nous activement que les différents choix de vie sont respectés ?

- **Déssexualisation et infantilisation**

La déssexualisation va au-delà de la simple « absence de sexualité » : 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 confondu avec un manque de capacité juridique (Campbell, 2009 ; Goodley, 2014).

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 lorsque la protection est systématiquement privilégiée au détriment de l'autonomie (Beauchamp & Childress, 2019).

- **Régulation morale par la banalisation ou la défensive**

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

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

- **Pathologisation**

Lorsque la sexualité devient visible chez les personnes âgées, elle est souvent perçue comme un « problème » : un dysfonctionnement, un symptôme ou un risque.

Point clé : Une double logique se dessine : 1. La sexualité est considérée comme « inexistante » ; 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.

- **Une réglementation excessive découlant de l'incertitude (« par mesure de sécurité »)**

En l'absence de lignes directrices, les institutions réagissent souvent par des règles générales. Celles-ci affectent particulièrement les personnes marginalisées, car elles disposent souvent de moins de réseaux de soutien, sont exposées à des risques accrus de stigmatisation et de mise au jour, et ont moins de pouvoir pour faire valoir leurs griefs (Spade, 2015 ; Link & Phelan, 2001).

Point clé : si une question n'est officiellement « pas à l'ordre du jour », il n'existe aucune voie professionnelle à suivre en cas de conflit. Des normes informelles (morale, honte, etc.) entrent alors en jeu – et c'est précisément là que se reproduisent les « -ismes ».

Une perspective intersectionnelle : lorsque les identités se recoupent

L'« altérisation » a un effet particulièrement fort lorsque plusieurs caractéristiques se recoupent. 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 recoupements (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 née en Allemagne, d'origine allemande, qui s'est mariée avec sa partenaire. Cette dernière est également susceptible de mieux s'adapter aux routines de l'établissement, car le fait d'être mariée est de toute façon exigé de tout le monde. Cependant, le secteur des soins ne peut 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. Maintenant que la société a évolué au point où, avec l'ouverture du mariage, les personnes du même sexe sont elles aussi « vues », le secteur des soins doit 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'un nouveau rejet. 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 percevoir la complexité de leurs réalités vécues et à reconnaître que, là où celles-ci se recoupent, les pressions peuvent se renforcer mutuellement.

Suggestions à l'intention des professionnels

Les professionnels de l'éducation et des soins ont une responsabilité particulière. Grâce à la formation continue et au développement professionnel, les professionnels peuvent gagner en assurance dans leurs actions et renforcer leur approche professionnelle.

Les aspects clés du travail dans un contexte d'« altérisation » sont les suivants :

- o La réflexion sur ses propres valeurs, normes et incertitudes concernant la sexualité chez les personnes âgées.
- o La connaissance et la transmission des principes juridiques et éthiques.
- o La promotion d'une culture d'équipe ouverte, propice à la discussion de situations difficiles.
- o La protection active de la vie privée, de l'intimité et de l'autodétermination.
- o Intégrer un travail biographique pour mieux évaluer les besoins individuels.

Principes clés pour éviter l'« autruisation »

• Créer des espaces sûrs et respectueux

Un élément clé réside dans la création d'espaces où la sexualité et l'identité peuvent être abordées ouvertement. Cela nécessite une attitude respectueuse, un langage sensible à la discrimination et une remise en question active de ses propres préjugés. Un tel espace est particulièrement crucial pour les personnes âgées LGBTQIA+, car elles portent souvent en elles toute une vie d'expériences de discrimination (Fredriksen-Goldsen et al., 2017).

Questions de réflexion

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

• Pratiques de communication inclusives

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

- o Décrire plutôt que juger : « J'ai remarqué... » au lieu de « c'est inapproprié ».
- o Posez des questions ouvertes et sans jugement : « Qu'est-ce qui est important pour vous en matière d'intimité, de vie privée ou de relations ? »
- o Ne pas faire de suppositions : ne pas émettre d'hypothèses sur l'orientation sexuelle, le genre, la situation relationnelle ou le « modèle familial » (Warner, 1991).

Langage et attributions culturelles :

- o Quand interprétons-nous hâtivement un comportement en termes culturels ou religieux ?
- o Quelles questions pourrions-nous poser au lieu de faire des suppositions ?
- o 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 clé de l'altérisation. Si les personnes âgées ne parlent pas allemand, ou ne le parlent que de manière limitée, elles sont plus rapidement qualifiées de « désorientées » ou de « peu coopératives ».

- Dans quels cas confondons-nous barrières linguistiques et 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 » ?

Et aussi :

- **Entretiens et formulaires d'admission** : comment sont-ils conçus dans notre établissement ? Des présupposés hétéronormatifs (« mari/femme ») transparaissent également dans les entretiens et formulaires d'admission des établissements de soins, rendant invisibles d'autres types de relations.

L'« altérisation » survient également lorsque les processus institutionnels supposent tacitement une « biographie type » : hétérosexuel, germanophone, élevé dans la foi chrétienne.

- **Vie privée et confidentialité**

La vie privée est un droit humain fondamental qui revêt une importance particulière dans les contextes de soins. Dans les établissements de soins de longue durée, elle est souvent restreinte par le partage des chambres, les procédures organisationnelles ou le manque de personnel. L'intimité et les possibilités de vie privée doivent être activement protégées dans ces lieux, notamment grâce à des chambres verrouillables, des règles de visite claires et des espaces de conversation confidentiels. Sans vie privée, l'intimité est pratiquement impossible – en particulier dans les chambres partagées.

- **Le consentement éclairé en cas de capacité mentale fluctuante**

La question de la capacité à consentir chez les personnes atteintes de démence ou d'autres troubles cognitifs est particulièrement sensible. Les approches éthiques actuelles préconisent de ne pas considérer le consentement 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**

Le personnel se retrouve souvent tiraillé entre la nécessité d'apporter un soutien et le maintien d'une distance professionnelle. Il est essentiel de reconnaître qu'il est à la fois légitime et nécessaire de prendre en compte les besoins de proximité et d'intimité, sans pour autant exploiter les relations de dépendance ni outrepasser les limites. Une supervision régulière et des discussions éthiques autour de cas concrets peuvent s'avérer utiles à cet égard.

- **Incertitude en l'absence de lignes directrices** : lorsque la sexualité n'est « pas abordée », des restrictions ponctuelles apparaissent souvent en cas de conflit (Spade, 2015).

Facteurs de risque et stratégies de prévention

- **Jugement moral**

Réactions du personnel soignant qui ne sont pas neutres, mais qui portent un jugement sur la sexualité des personnes âgées ou des personnes queer – par exemple en la qualifiant de « désagréable », de « répugnante » ou, à l'inverse, en la banalisant de manière puérile.

Exemples :

- Un soignant déclare : « À cet âge-là, ça ne devrait plus arriver... ».
- Rires étouffés ou regards dédaigneux face à l'intimité entre personnes du même sexe.
- Banalisation : « Oh, ces deux-là sont aussi mignons que des adolescents ».

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 une consultation entre pairs.

- **Logique protectrice discriminatoire envers les personnes en situation de handicap**

La sexualité des personnes âgées est restreinte, voire empêchée, sous prétexte de « protection » ; en particulier en cas de troubles cognitifs et souvent sans qu'une véritable évaluation de l'autodétermination ait lieu. Le problème ici est que l'autodétermination est restreinte au profit d'une notion excessive de protection.

Exemples :

- Une relation est empêchée parce qu'une personne est atteinte de démence (« Elle ne peut pas en décider »).
- Les proches ou le personnel interdisent les visites d'un partenaire « pour sa protection ».
- L'intimité est catégoriquement jugée « dangereuse ».

Stratégie : Il est ici recommandé de mettre en place une gestion transparente du consentement, des procédures structurées et des lignes directrices visant à garantir la protection des adultes vulnérables (enfants, jeunes) contre toute forme de violence, d'abus, d'exploitation ou de négligence (dispositifs de protection), ainsi qu'une bonne documentation et une évaluation au cas par cas (Beauchamp & Childress, 2019).

- **Le tokenisme**

« Inclusion » symbolique sans véritable changement structurel. Le problème survient lorsque cela se produit sans mesures inclusives supplémentaires ni attitude correspondante. Dans de tels cas, le tokenisme devient une inclusion de façade 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 de mission mentionne la « diversité » – mais les plaintes des personnes LGBTQI+ sont ignorées.
- Bien qu'il y ait un « référent queer », celui-ci n'a aucun pouvoir de décision.

Stratégie : réflexion autocritique au sein de l'organisation

- Langage (utilisons-nous un langage inclusif ?)
- Espaces (disposons-nous, par exemple, d'espaces sécurisés ?)
- Règles (sont-elles sensibles à la discrimination ?)
- Procédures de plainte (qui peut y avoir recours, et dans quelle mesure sont-elles accessibles et efficaces ?)

- **Culturalisation**

Les comportements ou les besoins sont attribués à la hâte à la « culture » plutôt que de prendre en compte le point de vue de l'individu. Cela réduit les personnes à des stéréotypes, ce qui renforce l'altérisation.

Exemples :

- o « C'est tabou dans ta culture, n'est-ce pas ? »
- o Supposer qu'une personne réprime sa sexualité en raison de ses origines.
- o Faire des généralisations abusives sur les « familles religieuses ».

Stratégie :

- o Interrogez directement les personnes concernées plutôt que de formuler des hypothèses irréflechies.
- o Privilégier les approches intersectionnelles (par exemple, Patricia Hill Collins et Sirma Bilge).

Exemples concrets de pratiques inclusives

- Formulaire/antécédents médicaux : utilisation de termes neutres dans les formulaires (« partenaire », « personne de référence »), facultatif : pronoms/titres.
- Respect de la vie privée par défaut : respect des pièces/espaces privés, options « Ne pas déranger », accord sur des règles claires de « frapper avant d'entrer ».
- Culture d'équipe : instaurer une routine de réflexion (« Qu'est-ce qui nous interpelle ? Quelle norme est en jeu ici ? ») plutôt que de recourir à des blagues ou à une attitude défensive (Goffman, 1963).

Résumé

Une pratique inclusive consiste à créer les conditions permettant de faire de la diversité chez les personnes âgées une réalité. Cela inclut un environnement sûr et respectueux, une communication inclusive, la protection de la vie privée et une approche sensible du consentement éclairé. Ces aspects constituent le fondement d'une pratique éthique. En particulier dans les contextes de soins, il est nécessaire de remettre en question de manière critique les structures institutionnelles et de renforcer l'autonomie individuelle. L'altérisation se complexifie lorsque la vieillesse interagit avec des expériences de migration, de racisme, de modes de vie queer ou de barrières linguistiques. Une approche professionnelle du 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 de soins 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.

Références

Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. und 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.

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). *Intersectionnalité*. Polity Press.

Dannefer, D. (2003). Avantages et 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 des personnes souffrent de démence. *Dementia*, 6(1), p. 11–25.

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., & Goldsen, J. (2017). Les troubles cognitifs, déficience cognitive, la maladie d'Alzheimer et d'autres démences chez les 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.

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. et Patsios, D. (2007). *L'analyse multi-de l'exclusion sociale*. Université de Bristol.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualisation de la stigmatisation. *Annual Review of Sociology*, vol. 27,

p. 363–385.

Spade, D. (2015). Une vie normale : violence administrative, politique trans critique et limites du droit. Duke University Press.

Stryker, S. (2008). Histoire transgenre. 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).