

## Table des matières

Résumé.....	ii
Remerciements.....	vii
Glossaire.....	viii
Introduction .....	2
Problématique.....	4
Population et épidémiologie .....	4
Evénements marquants de la communauté LGB.....	4
Evolution des lois suisses.....	5
Religion et homosexualité .....	6
Santé psychique et somatique.....	7
Difficultés sociales et vie en EMS.....	8
Question de recherche.....	9
Objectifs.....	9
Cadre théorique .....	10
Théorie / Aspects théoriques.....	11
Théorie du Human Caring de Watson .....	11
Concepts.....	15
Qualité de vie .....	15
Vulnérabilité – Fragilité.....	16

Méthode .....	19
Argumentation du devis.....	20
Méthode de recherche documentaire .....	20
Extraction des données.....	23
Résultats .....	24
Qualité méthodologique .....	25
Langue et année de publication.....	25
Pays des études.....	25
Lieu du déroulement de l'étude .....	26
Participants de chaque étude .....	26
Type de devis et niveau de preuve.....	27
Sujets abordés dans les articles .....	27
Considérations éthiques .....	28
Tableau de synthèse des articles .....	28
Catégorisation des résultats .....	28
Vision des soins par les personnes âgées LGBT.....	29
Craintes et préoccupations .....	29
Besoins et souhaits .....	30
Initiatives pour l'inclusion.....	31
Formation des soignants .....	31
Autres initiatives .....	33

Réactions des soignants et des résidents hétérosexuels.....	34
Discussion.....	36
Interprétation des résultats.....	37
Vision des soins par les personnes âgées LGBT.....	37
Initiatives pour l'inclusion.....	38
Réaction des soignants et des résidents hétérosexuels .....	39
Réponses à la question de recherche .....	40
Forces et limites.....	42
Recommandations .....	43
Recommandations pour la pratique .....	43
Recommandations pour la recherche .....	43
Conclusion .....	45
Références.....	47
Appendice A.....	52
Appendice B.....	54
Appendice C.....	58
Appendice D.....	60
Appendice E.....	168
Appendice F.....	170

## **Remerciements**

Nous remercions Madame Senn Stefanie, notre directrice de travail de Bachelor, pour son soutien, ses conseils et sa présence durant la rédaction de notre revue.

Nous sommes également reconnaissantes envers nos mamans et nos amis pour leurs corrections et leurs avis.

## Glossaire

La communauté LGBT+ comprend de nombreuses orientations sexuelles et identités de genre. Dans ce but, un glossaire définit toutes les abréviations.

Allié : Une personne hétérosexuelle qui soutient cette communauté

Asexuel : Une personne qui ne ressent pas le besoin d'avoir des relations sexuelles mais qui a des relations amoureuses

Bisexuel : Une personne qui est attirée par une femme ou un homme et qui peut avoir des relations sexuelles avec les deux sexes.

Cisgenre : Une personne dont le sexe anatomique correspond au sexe ressenti

Gay : Un homme qui est attiré et a des relations sexuelles avec un autre homme

Hétéronormativité : La croyance que l'hétérosexualité est la seule sexualité existante

Hétérosexuel : Une personne qui est attirée et a des relations sexuelles avec une personne du sexe opposé

Homosexuel : Une personne qui est attirée et a des relations sexuelles avec une personne du même sexe

Identité de genre : L'identité sexuelle ressentie par une personne indépendamment de son sexe biologique

Intersexué : Une personne qui est née sans sexe anatomique distinct

Lesbienne : Une femme qui est attirée et a des relations sexuelles avec une autre femme

Pansexuel : Une personne qui a une attirance pour n'importe quel genre

Queer : Une personne qui ne se reconnaît pas dans la sexualité hétérosexuelle, ou ne se sent pas appartenir à un genre défini

Questionning : Une personne qui se questionne sur sa sexualité

Transgenre et Transsexuel : Le terme transgenre désigne une personne née avec un sexe, auquel elle ne s'y identifie pas. Tandis que le terme transsexuel désigne les personnes qui se sont faites opérées.

*Si Harry Potter nous a bien  
appris un truc, c'est que  
personne ne mérite de vivre  
dans un placard.*

Inconnu

Rapport-Gratuit.Com

## **Introduction**

Les auteures ont choisi cette thématique, car, dans la vie quotidienne, les personnes LGBT subissent de la discrimination et de la violence injustifiées et il est donc important de sensibiliser la population. Le personnel soignant est ignorant et a des lacunes en ce qui concerne cette communauté, alors que son rôle premier est de soutenir et d'être capable de répondre aux besoins de toutes personnes. Dans notre société actuelle, les lois et les droits des personnes LGBT évoluent, ce qui permet aux personnes âgées de faire leur coming-out. De ce fait, il est possible de trouver cette population dans les EMS mais, malheureusement, la sexualité y est très peu abordée et reste un sujet tabou.

Cette revue de littérature est composée de 5 chapitres. Le premier chapitre concerne la problématique liée à la communauté LGBT et plus spécifiquement aux personnes âgées. Les recherches effectuées ont permis de construire la question de recherche et de fixer les objectifs. Le deuxième chapitre développe la théorie du Human Caring de Jean Watson et les concepts de la qualité de vie et de la vulnérabilité – fragilité pour guider la réalisation de cette revue et analyser les résultats. Le troisième chapitre décrit la méthodologie utilisée dans ce travail afin de trouver les différents articles et les analyser. Le quatrième chapitre présente la qualité des articles et les résultats classés par catégorie. Le cinquième chapitre aborde la discussion, dans laquelle on retrouve l'interprétation des résultats, les réponses à la question de recherche, les forces et les limites de la revue et les recommandations pour la pratique et la recherche.

Ce chapitre expose différentes informations sur la communauté LGBT en Suisse dont les événements marquants et l'évolution des lois Suisses, les différents points de vue des religions, ainsi que la santé physique, psychique et sociale.

## **Problématique**

### **Population et épidémiologie**

Les LGBT forment une communauté regroupant les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres/transsexuelles mais également d'autres orientations sexuelles (asexuelles, queers, intersexes, questionnings, pansexuelles et alliées) (Glossaire). En Suisse, le nombre de LGBT de plus de 65 ans est estimé à 140'000 (Sassoon, 2016).

### **Événements marquants de la communauté LGB**

En Suisse, plusieurs événements ont façonné l'histoire des personnes LGB. La première organisation pour les homosexuels est créée dans les années 1930. Durant la Deuxième Guerre mondiale, de nombreux gays sont morts dans les camps de concentration ou sont castrés. Par conséquent, ces personnes rejoignent Zürich, un terrain neutre, qui devient la métropole gay d'Europe, où le magazine *Der Kreis (Le Cercle)* est créé. De plus, la Suisse est le premier pays germanophone à préciser ce qui est punissable dans l'homosexualité, dont les actes avec des mineurs et la prostitution, rendant ainsi l'homosexualité légale.

*L'association Club 68* est créée en 1968 pour toutes les personnes appréciant les homosexuels, puis, en 1972, plusieurs cantons se sont rassemblés pour créer le groupe de travail homosexuel suisse.

Durant les années 1980, le VIH et le Sida se sont dévoilés, modifiant ainsi la façon de vivre des gays. Dans la même période, à Genève, *Dialogai* permet à ces personnes d'échanger et devient une référence pour la lutte contre le Sida.

En 1992, le nouveau Code Pénal autorise l'homosexualité dans l'armée et la prostitution et modifie la majorité sexuelle afin qu'elle soit identique pour tous. En 1995, après avoir fait une pétition pour que les couples homosexuels aient les mêmes droits, une manifestation, en 1997, a permis d'insérer, dans l'article contre la discrimination de la Constitution, les personnes homosexuelles. En 1999, le Conseil national a débuté les démarches pour une loi concernant le partenariat entre personnes de même sexe. En 2000, il charge le Ministère de la Justice de rédiger un projet de loi qui sera présenté en 2002 et rentrera en vigueur, en 2007. Le mariage, lui, n'est toujours pas autorisé (Pink Cross, n.d.).

### **Evolution des lois suisses**

Dans le passé, les personnes âgées LGBT ont vécu une période de discrimination encore plus difficile qu'aujourd'hui. Quelques dates importantes permettent de mieux comprendre la complexité de la vie des personnes LGBT.

Jusqu'en 1942, il était illégal d'avoir une relation homosexuelle et ce n'est qu'en 1995 que les personnes LGBT ont pu faire partie de l'armée. En 1999, la Constitution suisse a interdit la discrimination collective publique par rapport à l'orientation sexuelle et depuis 2007, les personnes du même sexe peuvent se pacser. Depuis l'année 2012, les personnes transgenres peuvent changer de sexe sans stérilisation forcée et inscrire leur nouveau sexe sur les papiers officiels (Limpo, 2017). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, après l'union de deux personnes du même sexe, le partenaire peut adopter l'enfant de son conjoint au même titre que

les personnes mariées. Elles ne peuvent cependant pas encore adopter d'enfants tiers. En 2018, l'homophobie a été interdite légalement au même titre que le racisme et l'antisémitisme. Cependant, le critère de l'identité de genre n'a pas été pris en compte dans la nouvelle norme car celle-ci est jugée trop floue. Ceci démontre que la Suisse ne prend pas suffisamment en compte les problèmes liés à l'identité de genre (Association humanrights, 2018).

### **Religion et homosexualité**

Chaque religion a son avis sur l'homosexualité. L'islam condamne et met à mort l'homosexualité. En effet, en 2010, les peines de mort liées à celle-ci existent encore dans 5 pays et l'emprisonnement concernent 76 pays. L'Eglise orthodoxe affirme que l'homosexualité est un péché et une maladie. Bien que certaines églises bénissent les couples homosexuels, la religion catholique rejette cette orientation en condamnant la légalisation des unions et en refusant l'ordination des prêtres avec des tendances homosexuelles. Les protestants ont des avis plus divers, car l'acceptation de l'homosexualité varie selon le continent. L'union des couples est possible dans certains temples selon la décision du pasteur. Il est autorisé pour les pasteurs d'être homosexuels et en couple. Dans l'Eglise anglicane et dans le judaïsme, les avis divergent sur la question. Le bouddhisme tolère l'homosexualité, mais déconseille les relations sexuelles car cela n'amène aucune descendance. Malgré une pratique courante de l'homosexualité dans le passé, l'hindouisme l'a rendue tabou et passible de prison (Comité pour la diversité sexuelle, 2012).

## **Santé psychique et somatique**

Les personnes LGBT ont différents risques de pathologies somatiques. En ce qui concerne les personnes gays, ce sont les troubles musculo-squelettiques, l'arthrite, les problèmes au niveau du rachis, le syndrome de fatigue chronique, le risque plus élevé de cancer anal et de cancer de la prostate, ainsi que le risque accru de contracter le VIH. Les troubles gastro-intestinaux qui peuvent, à long terme, amener à des troubles du foie et des reins touchent plutôt les gays et les bisexuels. Les personnes lesbiennes et bisexuelles sont plus à risque d'avoir des ovaires polykystiques, un cancer du sein et un cancer gynécologique ainsi que des maladies cardiovasculaires. Pour finir, les personnes transgenres risquent davantage d'avoir le VIH et des complications liées à l'hormonothérapie telles que des maladies cardiovasculaires (Thornton, 2018 ; Zeeman & al., 2018).

En plus des troubles somatiques, qui peuvent être liés à l'évitement des soins par peur de discrimination et aux risques augmentés de maladies sexuellement transmissibles, ces personnes sont plus touchées par les troubles psychiques. Cela peut être dû au plus grand stress vécu, à la discrimination et au rejet des proches. Ils développent plus de dépression, d'anxiété, de troubles alimentaires, de baisse de l'estime de soi, de dépendance amenant à des idées suicidaires et/ou des tentatives de suicide (Drozdek, D., Senn, S., & Senn-Dubey, C., Il n'y a pas d'âge pour s'aimer [présentation PowerPoint], 01.10.2015 ; Stop suicide, n.d.). En effet, 70% des personnes qui se sont suicidées ont souffert de dépression (Limpo, 2017). Il y a également une plus grande consommation de tabac et d'autres substances amenant à la toxicomanie (Thornton, 2018 ; Zeeman & al., 2018).

### **Difficultés sociales et vie en EMS**

Les personnes âgées LGBT ont souvent eu une vie plus difficile que les autres aînés ; elle était plus chaotique et irrégulière. Ces personnes ont subi de la discrimination et ont été exclues socialement. Elles ont également moins de proches autour d'elles, du fait de leur parcours de vie. Elles n'ont souvent pas eu d'enfants, car elles ne pouvaient pas adopter et ont été rejetées par leur famille suite à leur coming-out. Elles se sont également heurtées à plus de difficultés économiques de par le rejet dû à leur identité et/ou orientation sexuelle. En effet, cela a pu interférer dans leur parcours professionnel. Ces personnes ont rencontré des difficultés dans leur formation, dans leurs recherches d'emploi et dans le maintien de leur emploi. Elles n'ont donc pas pu cotiser correctement à l'AVS, se retrouvant ainsi en difficulté financière (Chomette, 2017).

De plus, durant plusieurs années, elles ont dû lutter pour avoir les mêmes droits que les personnes hétérosexuelles. Par conséquent, elles ne veulent plus avoir à se battre lors de leur entrée en EMS.

Malheureusement, dans les EMS, il n'y a pas de démarches concrètes pour satisfaire les besoins spécifiques des personnes LGBT, ni pour les protéger des discriminations. Le personnel soignant n'est pas formé à leurs besoins sociaux et en santé, ce qui fait que les LGBT préféreront cacher leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre lors de leur entrée pour éviter l'exclusion, la discrimination et la maltraitance (Stehle, 2017 ; Drozdek, D., Senn, S., & Senn-Dubey, C., Il n'y a pas d'âge pour s'aimer [présentation PowerPoint], 01.10.2015).

La sexualité, de manière générale, reste un tabou, mais lorsque celle des LGBT est abordée, ceci empire et certains trouvent cela répugnant. Lors d'appels dans des EMS pour questionner sur cette population, les réponses ont été soit qu'aucun

résident ne faisait partie de cette population, soit que les interlocuteurs étaient scandalisés (Sacco, 2015).

Tous les éléments cités ci-dessus ont pour conséquence un isolement social. Afin d'éviter des isolements sociaux et des discriminations, un EMS pour LGBT and Friendly est en projet pour 2019-2020 à Zürich (Queer Altern, n.d.). À Zürich, il existe déjà des services privés de soins à domicile pour les personnes LGBT (Sacco, 2015). Les problèmes liés à la création de ce type d'établissement sont un manque de place pour les personnes intéressées, le prix coûteux ainsi que le risque de provoquer un isolement par les personnes extérieures (Rouven Gueissaz, 2014).

### **Question de recherche**

Comment prévenir et sensibiliser le personnel soignant dans les EMS afin d'éviter l'isolement, la discrimination et de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées LGBT ?

### **Objectifs**

L'objectif de cette revue de littérature est de prévenir et de sensibiliser, à l'aide de données et d'interventions, le personnel soignant à la réalité du vécu des personnes LGBT, afin d'éviter la discrimination, la maltraitance et l'exclusion et, de ce fait, l'isolement social. Le but final étant d'amener une qualité de vie optimale à ces personnes et de leur permettre de vivre le reste de leur vie en étant elles-mêmes.

## **Cadre théorique**

## **Théorie / Aspects théoriques**

### **Théorie du Human Caring de Watson**

Dans ce travail de Bachelor, la théorie du Human Caring va être utilisée comme cadre de référence. Cette théorie a été créée par Madame Jean Watson, une infirmière née en 1940. Elle est la fondatrice du *Center for Human Caring* à l'Université du Colorado, où elle y a reçu son doctorat. En 2008, elle a également créé la fondation *Watson Caring Science Institute* pour continuer les travaux du Caring dans le monde. Mme Watson a écrit 11 livres dont la plupart parle du Caring (Wayne, G., 2016). Elle est orientée vers l'existentiel, le spirituel et le phénoménologique et elle est inspirée par les arts, les sciences, les humanités et la métaphysique. De plus, elle considère la discipline infirmière comme étant une science humaine et un art.

Le Caring est défini selon Mayeroff comme « l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser ; un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement. » (Hesbeen, W. 1999). De plus, Watson précise que c'est un « ensemble de facteurs caratifs qui fondent une démarche soignante favorisant soit le développement ou le maintien de la santé, soit une mort paisible. » (Hesbeen, W., 1999).

Les 10 facteurs caratifs sont basés sur une philosophie humaniste qui se fonde sur des valeurs de respect, de dignité humaine, de liberté, de confiance dans les capacités de la personne, d'intégrité et de rigueur (Girard, F., & Cara, C., n.d.). Leur but est de se rendre compte du processus thérapeutique interpersonnel entre le patient et le soignant :

1. « Le développement d'un système de valeurs humanistes-altruistes.
2. La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.
3. La culture d'une sensibilité à soi et aux autres.
4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance.
5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs.
6. L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décisions.
7. La promotion d'un enseignement – apprentissage interpersonnel.
8. La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction.
9. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.
10. La prise en compte de facteurs existentiels – phénoménologiques. »

(Hesbeen, W., 1999, p.4)

La théorie du Human Caring de Watson est comprise dans l'école du caring qui fait partie du paradigme de transformation. Ce paradigme infirmier a pour but d'harmoniser le corps, l'âme et l'esprit. Il se construit sur la base d'événements de santé qui se modifient dans une dimension personnelle ardue et d'expériences vécues par la personne avec son environnement complexe. Afin d'aider la personne soignée dans sa trajectoire de vie, l'infirmière l'accompagne, est empathique et l'informe sur la méthode de soins et les conséquences de ses décisions (Lecordier, D., 2011).

Watson définit les 4 méta-paradigmes comme tels (Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F., 2010 ; Girard, F., & Cara, C., n.d.) :

- **Personne/Individu** : Elle comprend 3 sphères – le corps, l'esprit et l'âme. Cet être perçoit des choses, vit des expériences et est en continuité dans le temps et l'espace pour se réaliser et maintenir une harmonie entre les 3 sphères. Il va être influencé par un changement de perception de soi.
- **Soin ou Caring** : Le soin et l'amour inconditionnel sont essentiels à la survie et à la croissance de l'humanité. Ce rôle du caring est propre à l'infirmière, car elle travaille avec la Personne pour être partenaire. Ceci se fait par la valorisation, l'intégration et la reconnaissance de l'épisode de santé/maladie ou de la transition dans le choix des interventions. Le soin a pour but d'assurer la sécurité de la Personne et la qualité des soins, de contribuer au développement du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie ainsi que de préserver la dignité humaine.
- **Santé** : Elle améliore le bien-être, le mieux-vivre et constitue l'harmonie entre l'âme, l'esprit et le corps. Cela engendre une connaissance de soi, un respect de soi et une auto-guérison.
- **Environnement** : Il représente toutes les forces de l'univers et ce qui entoure immédiatement la Personne comme le matériel, le social, le culturel, le spirituel, l'écologique et la sociopolitique. Les relations entre la Personne et l'environnement permettent d'atteindre le bien-être.

L'approche narrative restitue la parole à tous les acteurs. Le récit du patient, par rapport à ses expériences positives ou négatives, aide à la compréhension de son point de vue, de ses besoins, de ses désirs, de ses valeurs et de ses croyances ainsi qu'à la vision de son bien-être. Cette approche est un processus continu qui permet d'assurer une présence authentique. Grâce à l'approche narrative, les professionnels acquièrent des habiletés d'écoute et de compréhension, en plus

d'une connaissance de leurs propres valeurs et du sens qu'ils accordent à leur pratique professionnelle (Saint-Arnaud, J., 2009).

L'établissement d'une relation entre le soigné et le soignant exige des valeurs humanistes et altruistes, dont le savoir, le savoir-être et le savoir-faire, afin d'offrir des soins de qualité (St-Germain, D., Blais, R., & Cara, C., 2008). Cette relation s'effectue en deux étapes. La première consiste en une rencontre pour créer des liens de confiance, pour écouter activement la souffrance du patient et pour le rassurer. La seconde est l'accompagnement du patient sur son propre chemin (Hesbeen, W., 1999). Il est indispensable pour les infirmiers d'avoir la conscience caring, l'ouverture d'esprit et la présence spirituelle pour créer une relation de confiance et comprendre les expériences de la personne (Cara, C., & O'Reilly, L., 2008).

Selon une étude, des soins ne se basant pas sur le caring provoquent de la rage, de la frustration, de l'impuissance voire du désespoir qui amènent un stress important aux patients (St-Germain, D., Blais, R., & Cara, C., 2008).

Cette relation de confiance et cette écoute empreintes de valeurs humanistes vont permettre aux personnes LGBT de communiquer leurs expériences et leurs besoins sans crainte de jugement. Grâce aux facteurs caratifs, le personnel soignant sera plus apte à discuter d'éléments qui ont été tabous pendant de nombreuses années.

## Concepts

En plus de la théorie du Human Caring de Watson, deux concepts de la discipline infirmière vont guider l'analyse des résultats.

### Qualité de vie

Grâce à la définition de l'OMS (1948) sur la santé qui est un « état de complet bien-être physique, mental et social », à l'évolution sociétale, au développement de la psychologie et aux remaniements dans le monde de la santé, les rapports entre médecins et patients ont changé. La santé n'est plus évaluée seulement par la morbidité, la mortalité ou les diagnostics mais elle prend en compte la personne dans son ensemble (Formarier, M., & Jovic, L., 2012, p.260-262).

L'OMS (1994) définit la qualité de vie comme « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » (Formarier, M., & Jovic, L., 2012, p.260-262) Elle s'organise autour du domaine physique et psychologique, des interactions sociales, de la spiritualité, du niveau d'indépendance et de l'environnement (Sager Tinguely, C., 2018, p.73-112).

La qualité de vie ne peut être définie que par la personne elle-même en se basant sur différents critères qui sont :

- Son état physique : autonomie, capacités physiques ;
- Ses sensations somatiques : symptômes, conséquences de traumatismes, procédures thérapeutiques, douleurs ;
- Son état psychologique : émotivité, anxiété, dépression ;

- Ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel (Formarier, M., & Jovic, L., 2012, p.260-262).

La qualité de vie est divisée en qualité de vie liée à la santé et en qualité de vie indépendante de la santé (Sager Tinguely, C., 2018, p.73-112). Elle est, selon Cella, composée de la subjectivité et de la multidimensionnalité. La subjectivité signifie que la qualité de vie n'est comprise qu'au niveau de la perspective du patient et la multidimensionnalité signifie que, dans la qualité de vie, de nombreux éléments sont pris en compte comme le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel et social (Formarier, M., & Jovic, L., 2012, p.260-262). On retrouve également la variabilité, qui est une situation à un moment donné et non un état stable et la non-normativité, qui signifie qu'elle n'a pas de normes de référence et donc que le sujet s'autocontrôle (Sager Tinguely, C., 2018, p.73-112).

Les instruments de mesure sont toujours composés de plusieurs questions, car la qualité de vie contient plusieurs dimensions et il n'est donc pas possible de l'évaluer avec une simple question. Toutefois, ce concept reste difficile à évaluer (Leplège, A., & Debout, C. 2007)

### **Vulnérabilité – Fragilité**

La vulnérabilité est caractérisée par une situation ou un état de faiblesse dans lequel l'intégrité risque d'être diminuée, altérée ou affectée et, de ce fait, se dégrader. Cela peut causer des pertes d'identité et d'estime de soi, de la déshumanisation, de la dépersonnalisation, de la maltraitance et un syndrome de glissement ainsi que d'amener à un risque de développer ou d'aggraver des incapacités. Ce risque est lié à l'âge et à l'état physique ou mental. La vie apporte plusieurs situations de vulnérabilité, telles que les différents stades du

développement ou le contexte sanitaire, familial et social. Les attributs de ce concept sont la faiblesse par déficience physique, mentale, psychologique, familiale ou socio-culturelle et les susceptibilités spécifiques à la personne qui peut être menacée dans son intégrité par un agent extérieur (Formarier, M., & Jovic, L., 2012, p.304-308).

Le concept de la vulnérabilité est proche de celui de la fragilité car les deux concernent l'état d'un individu ou d'un groupe. La vulnérabilité est liée à un agent extérieur et la fragilité à l'individu lui-même (Formarier, M., & Jovic, L., 2012, p.304-308).

Les 3 attributs du concept de la fragilité sont l'état de risque accru ou de vulnérabilité, la diminution des capacités pour les activités et les risques d'incapacité.

De manière plus précise, la fragilité est causée par une « réduction des réserves physiologiques et de l'homéostasie aboutissant à une mauvaise réponse aux stress physiologiques et psychologiques » (Ecole Rockefeller, 2013, p.1). Ceci est lié à de nombreux facteurs dans différents domaines (Rosado Walker, A., Le syndrome de Fragilité [présentation PowerPoint], 12-13.06 2017) :

- Médical : vieillissement physiologique, poly-médication, pathologies, douleurs chroniques, déséquilibre de la santé, trouble alimentaire/dénutrition, incontinence, troubles sensoriels, trouble de la marche et de l'équilibre, faiblesse musculaire, inactivité physique
- Cognitif : syndrome confusionnel, trouble du comportement, déclin cognitif, fatigue
- Psychologique : trouble de la santé mentale, dépression, antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, perception médiocre de sa qualité de vie

- Social : confinement à domicile, absence de visite, manque de proches aidants et leur épuisement, faible niveau scolaire, revenu salarial bas, maltraitance
- Autonomie : altération des activités de la vie quotidienne

Pour identifier la fragilité, ces éléments doivent d'être retrouvés : inappétence, perte de poids, dénutrition, dysfonction immunologique, ostéopénie, incontinence urinaire et/ou fécale, instabilité, perte d'équilibre, faible endurance, activité physique réduite, involution musculaire, diminution de la force musculaire (sarcopénie), épuisement, insomnie, immobilité/inactivité, isolement, pathologie iatrogène (troubles provoqués par un traitement médical ou médicamenteux) et dépression.

La fragilité amène les personnes à une perte de résistance aux stress physiologiques, ce qui provoque une perte d'autonomie, un déclin fonctionnel amenant à un risque accru de chutes et de blessures, une exacerbation d'une maladie chronique, une détérioration des capacités cognitives et des risques de maltraitements de la part des personnes externes. Par conséquent, l'hospitalisation et l'entrée en institution est favorisée par la fragilité (Ecole Rockefeller, 2013 ; Formarier, M., & Jovic, L., 2012, p.304-308 ; Rolland et al., 2011).

La prise en charge infirmière comprend l'évaluation précoce de l'état physiologique et psychologique, la prévention des risques majeurs (infections, chutes, dénutrition, déshydratation, escarres), la création d'une relation de confiance et l'alliance thérapeutique, la restitution de l'autonomie et de l'estime de soi, l'encouragement à l'expression par l'écoute active et à la mobilité, la favorisation du sommeil et le soulagement des douleurs (Ecole Rockefeller, 2013).

## **Méthode**

Ce chapitre explique la méthode appliquée pour ce travail. Il présente le choix du devis, les bases de données utilisées avec les mots-clés, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les procédures d'analyse.

### **Argumentation du devis**

Ce travail de Bachelor en soins infirmiers est une revue de littérature. Selon l'université d'Ottawa (2014) :

« Une revue de littérature est le survol et l'évaluation critique d'un ensemble d'ouvrages liés à une question de recherche. Au lieu d'aborder à tour de rôle chaque ouvrage ou chaque auteur, elle analyse la littérature comme un tout afin de présenter les idées, les théories, les concepts et les débats principaux du domaine d'études et de révéler les lacunes dans la littérature. »

Il s'agit donc d'analyser de manière critique plusieurs articles sur les besoins et les vécus des personnes âgées LGBT en EMS. Ces articles permettent de répondre à notre question de recherche et d'approfondir le thème.

### **Méthode de recherche documentaire**

Après avoir choisi le thème, il a été nécessaire de faire des recherches sur différentes plateformes d'informations dans le but d'avoir davantage de connaissances sur les problématiques qui concernent la population LGBT en Suisse.

Les informations obtenues ont permis d'élaborer la question de recherche selon la méthode PICO afin d'avoir une problématique précise et de permettre une recherche ciblée sur les bases de données.

Population : personnes âgées LGBT

Interventions : prévention et sensibilisation à l'aide de données et d'interventions

Contexte : dans les EMS

Outcome : éviter l'isolement, la discrimination et répondre aux besoins spécifiques

Les bases de données utilisées pour trouver les articles sont CINAHL, PubMed et Google Scholar. La base de données CINAHL est spécifique aux sciences infirmières et paramédicales. Quant à la base de données PubMed, les recherches sont spécialisées en médecine, en sciences de la santé et biomédicale. Google Scholar a été utile pour retrouver les articles entiers en PDF lorsqu'ils ne figuraient pas dans les deux autres bases de données. Le choix d'utiliser ces bases de données a été fait car elles ont été introduites durant la formation en soins infirmiers et présentent des données probantes.

Chaque base de données a son thésaurus, c'est-à-dire des mots-clés spécifiques. Pour PubMed, les mots ont été traduits du français à l'anglais grâce au site HETop qui donne des terme-MeSH, tandis que CINAHL propose directement les descripteurs CINAHL.

Les principaux mots-clés utilisés sont « LGBT », « homosexuality », « sexual and gender minorities », « nurs\* », « aged », « elderly », « older adults », « residential care », « nursing home », « residential facilities ». Plusieurs essais de groupes de mots-clés sont testés. Lorsque trop de mots sont entrés dans la base de données, aucun article ne ressort, alors qu'en en mettant peu, trop d'articles apparaissent. Plusieurs associations sont faites afin d'avoir différents résultats et, par conséquent, de trouver des articles différents. Pour évaluer la pertinence des articles, la lecture des titres, puis des résumés en ont exclu quelques-uns. Par exemple, pour les

recherches dans Pubmed, les terme-MeSH utilisés ont été « Homosexuality » et « Residential Facilities ». 39 articles sont trouvés, puis 24 sont ressortis grâce à la limite de 10 ans. Après avoir fait le tri des différents articles, d'autres recherches sont faites à l'aide des terme-MeSH « Nursing », « Sexuel And Genre Minorities » et « Residential facilities ». « Residential Facilities » est ensuite remplacé par « Aged » car aucun article n'est trouvé. 6 articles sont ressortis de cette recherche (Appendice B).

Les critères d'inclusion permettent d'être plus précis pour répondre à notre question de recherche :

- Population LGBT âgée
- EMS
- Devis qualitatif, quantitatif ou mixte

Les critères d'exclusion permettent de réduire les études ne correspondant pas à notre problématique :

- Population adolescente, jeune adulte, adulte
- Milieu de soins aigus
- Revues systémiques et méta-analyses

Les limites et les filtres affinent notre recherche en diminuant la quantité d'articles qui ne correspondent pas à nos critères afin d'avoir des données actuelles :

- Articles datant dès 2008
- Articles en français ou en anglais

Un diagramme de flux présente graphiquement les étapes effectuées afin d'atteindre la sélection des articles finaux (Appendice C).

### Extraction des données

Les grilles de résumé et de lecture critique utilisées sont celles qui ont été élaborées par la HEdS, Fribourg (Appendice D). Les articles choisis sont en anglais et, par conséquent, l'utilisation de traducteur comme « Google Translate » et « DeepL » ont aidé, mais les connaissances de la langue ont permis d'avoir un regard critique sur les traductions.

Les articles abordent la thématique des personnes LGBT dans les EMS par différents points de vue. Quelques articles parlent des besoins et des expériences des personnes âgées LGBT, ainsi que des possibilités d'intégration. D'autres articles font part de programmes pour que les soignants aient de bonnes connaissances et également des critères et du contenu nécessaire à la formation. De plus, les réactions du personnel soignant envers cette population sont explorées.

## Résultats

Dans ce chapitre, la qualité méthodologique et les résultats des articles sont présentés. L'analyse des articles permet de faire ressortir les principaux thèmes touchant les personnes âgées LGBT en EMS.

### **Qualité méthodologique**

#### **Langue et année de publication**

Les neuf articles sélectionnés ont été rédigés en anglais et publiés entre 2010 et 2018 respectant ainsi les critères d'inclusion.

#### **Pays des études**

Quatre études ont été réalisées aux États-Unis (Putney, J. M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L., & Halmo, R., 2018 ; Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A., & Houlberg, M., 2013 ; Bell, S. A., Bern-Klug, M., Kramer, K. W.O., & Sauders, J. B., 2010 ; Strong, K. L., & Folse, V. N., 2015), une étude a été faite en Espagne (Villar, F., Serrat, R., Fabà, J., & Celdrán, M., 2015), une en Angleterre (Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K., 2018), une en Irlande (Sharek, D. B., McCann, E., Sherrin, F., Glacken, M., & Higgins, A., 2015), une aux Pays-Bas (Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T. A., 2018) et la dernière étude choisie au Canada (Sussman, T., Brotman, S., Macintosh, H., Chamberland, L., Macdonell, J., Daley, A., Dumas, J., & Churchill, M., 2018). Etant donné qu'aucune étude n'a été réalisée en Suisse, il faut prendre en considération le fait que le système de soins en EMS diffère d'un pays à l'autre.

### **Lieu du déroulement de l'étude**

Deux de ces études ont été menées auprès d'une population vivant à domicile (Putney et al., 2018 ; Sharek et al., 2015), cinq études ont été faites en EMS (Villar et al., 2015 ; Hafford-Letchfiel et al., 2018 ; Leyerzapf et al., 2018 ; Bell et al., 2010 ; Sussman et al., 2018), une en école d'infirmières (Strong & Folse, 2015) et une en centres hospitaliers universitaires, en cliniques communautaires et en EMS (Hardacker et al., 2013).

### **Participants de chaque étude**

2271 participants ont été recensés dont 323 hommes et 736 femmes, mais certains articles ne mentionnent pas de façon précise le nombre et les caractéristiques des participants. Une partie des articles évoquent l'orientation sexuelle des participants. 104 sont hétérosexuels et 247 font partie de la communauté LGBT. Les participants se composent de personnes LGBT (Putney et al., 2018 ; Sharek et al., 2015 ; Leyerzapf et al., 2018 ; Sussman et al., 2018), de professionnels de la santé (Villar et al., 2015 ; Hardacker et al., 2013 ; Leyerzapf et al., 2018), de membres de l'administration (Bell et al., 2010 ; Hafford-Letchfiel et al., 2018 ; Leyerzapf et al., 2018 ; Sussman et al., 2018), d'étudiants (Strong & Folse, 2015 ; Sussman et al., 2018), de professeurs (Sussman et al., 2018), de conseillers communautaires (Hafford-Letchfiel et al., 2018), de militants (Sussman et al., 2018) et de résidents hétérosexuels (Leyerzapf et al., 2018). La population se compose de personnes majeures et les participants LGBT ont, de manière générale, 55 ans et plus.

### **Type de devis et niveau de preuve**

Les études choisies se composent de cinq devis qualitatifs (Putney et al., 2018 ; Villar et al., 2015 ; Hafford-Letchfiel et al., 2018 ; Leyerzapf et al., 2018 ; Sussman et al., 2018), de deux devis quantitatifs (Bell et al., 2010 ; Strong & Folse, 2015) et de deux devis mixtes (Hardacker et al., 2013 ; Sharek et al., 2015). Le fait d'avoir plusieurs sortes de devis aide à répondre à la question de recherche. Le devis qualitatif donne le vécu et les avis des personnes concernées, tandis que le devis quantitatif démontre l'importance de créer des interventions. Le niveau de preuve des articles est de moyen à faible, car les résultats ne sont pas toujours généralisables et, parfois, des informations sont imprécises. Cependant, ils sont cohérents et applicables dans les systèmes de soins (Appendice E). De plus, la revue de littérature, ne comprenant que neuf articles, a, par conséquent, le même niveau de preuve.

### **Sujets abordés dans les articles**

La plupart des articles ont comme participants soit le personnel soignant, soit les personnes LGBT, soit d'autres intervenants envers les personnes LGBT, mais rarement plusieurs de ces groupes en même temps. Trois articles mettent en avant les besoins, les expériences et les recommandations des personnes LGBT pour leurs soins en EMS (Putney et al., 2018 ; Sharek et al., 2015 ; Leyerzapf et al., 2018). Deux articles expriment les réactions des professionnels de la santé face aux personnes LGBT (Villar et al., 2015 ; Hafford-Letchfiel et al., 2018). Le dernier thème ressortant des articles restants, aborde les interventions et programmes à mettre en place pour la formation du personnel soignant, l'inclusion et la prise en charge adéquate des personnes LGBT en EMS (Hardacker et al., 2013 ; Hafford-

Letchfiel et al., 2018 ; Leyerzapf et al., 2018 ; Bell et al., 2010 ; Strong & Folse, 2015 ; Sussman et al., 2018).

### **Considérations éthiques**

La majorité des articles est approuvée par un comité d'éthique et les différents chercheurs ont fait remplir un consentement éclairé aux participants (Putney et al., 2018 ; Villar et al., 2015 ; Hafford-Letchfiel et al., 2018 ; Sharek et al., 2015 ; Leyerzapf et al., 2018 ; Strong & Folse, 2015 ; Sussman et al., 2018). Plusieurs méthodes de protection de données ont été mises en place afin de garantir la confidentialité (Strong & Folse, 2015 ; Leyerzapf et al., 2018 ; Sharek et al., 2015 ; Hafford-Letchfiel et al., 2018 ; Villar et al., 2015 ; Strong & Folse, 2015). Enfin, deux articles ne collectent pas de données personnelles, ce qui fait qu'aucune considération éthique n'a été mise en place (Bell et al., 2010 ; Hardacker et al., 2013).

### **Tableau de synthèse des articles**

Des tableaux de synthèses des 9 articles (appendice F) ont été réalisés afin d'avoir un aperçu de chaque article. Ils aideront à catégoriser les résultats permettant de répondre à la question de recherche.

### **Catégorisation des résultats**

Ce chapitre expose les principales catégories de résultats retrouvées dans les neuf articles analysés. Ces catégories permettent de guider la prise en charge globale de la communauté LGBT âgée en EMS par tout le personnel soignant. En premier lieu, la vision des personnes âgées LGBT est décrite avec leurs craintes et

préoccupations ainsi que leurs besoins et souhaits. En second lieu, les initiatives pour l'inclusion des personnes LGBT sont présentées, dont les formations. En dernier lieu, les réactions des soignants et des résidents hétérosexuels sont expliquées.

## **Vision des soins par les personnes âgées LGBT**

### **Craintes et préoccupations**

Dans plusieurs articles, les personnes âgées LGBT font part de leurs craintes et de leurs préoccupations d'entrer dans un EMS ou d'aller consulter.

Les services de santé sont assez facilement utilisés. Cependant, moins de la moitié se sentent respectées en tant que personne LGBT et un quart pensent recevoir de moins bons soins. Certaines n'osent pas faire leur coming-out par peur des réactions négatives, des stigmatisations et des discriminations (Sharek et al., 2015).

Les personnes âgées LGBT sont préoccupées par l'abordabilité des soins, notamment par les coûts qu'engendre un placement en EMS. De plus, elles sont préoccupées par l'incertitude de savoir qui s'occupera d'eux lorsque leur santé se dégradera. En effet, une partie de cette population n'a ni partenaire, ni enfant (Putney et al., 2018). Le domicile ou les établissements de soins LGBT sont préférés aux EMS traditionnels, car les personnes âgées LGBT craignent de devoir cacher à nouveau leur orientation sexuelle afin de ne pas être discriminées, exclues et stigmatisées par les résidents hétérosexuels et le personnel (Sharek et al., 2015 ; Putney et al., 2018 ; Leyerzapf et al., 2018).

Beaucoup sont préoccupés par la démence et par la régression et le déclin cognitif et craignent pour leur identité LGBT. Les participants ont souligné leurs préoccupations de savoir si, en tant que personnes LGBT, les professionnels de la santé s'occuperaient d'eux de façon sécuritaire et en respectant leur bien-être (Putney et al., 2018). Les personnes transgenres ont peur de perdre leur identité par l'impossibilité de s'exprimer pleinement, surtout lors de liberté et de mobilité réduites (Sharek et al., 2015).

La solitude et l'isolement sont ressentis lors du vieillissement et les personnes âgées LGBT s'inquiètent que cela empire, surtout celles vivant dans une zone rurale ou n'ayant pas d'appartenance à une communauté LGBT. Ces deux sentiments et les pertes amèneraient un bon nombre de ces personnes à penser au suicide. Les préjugés, la discrimination, la violence et la peur sont également mis en lien avec le suicide. (Sharek et al., 2015 ; Putney et al., 2018)

Les personnes LGBT craignent que leur partenaire soit rejeté ou exclu de son rôle dans les soins (Sharek et al., 2015).

### **Besoins et souhaits**

L'ensemble des personnes LGBT aimerait un environnement inclusif et amical pour les minorités sexuelles et de genre afin de se sentir en sécurité, accepté et respecté en tant que personne à part entière. Ces personnes aimeraient également un espace de partage exclusivement LGBT et être protégées contre la discrimination (Putney et al., 2018 ; Leyerzapf et al., 2018).

Cette population ressent le besoin d'avoir du personnel soignant formé et sensibilisé régulièrement pour qu'elle soit intégrée. Idéalement, tout le personnel de

l'établissement devrait être formé afin de créer de bonnes conditions de vie. (Putney et al., 2018; Sussman et al., 2018)

La participation active des résidents hétérosexuels est une étape importante pour l'intégration des personnes LGBT, car ils sont également responsables de discriminations. (Sussman et al., 2018)

Les résidents LGBT trouvent également important que les différents documents administratifs incluent la communauté LGBT (Putney et al., 2018).

### **Initiatives pour l'inclusion**

#### **Formation des soignants**

Le personnel est peu sensibilisé aux événements vécus et aux besoins des personnes LGBT, cela étant causé par le manque d'expérience avec cette population et d'abordabilité de la sexualité avec les personnes âgées (Hafford-Letchfiel et al., 2018).

Le manque d'attention sur la sexualité accroît l'invisibilité, la marginalisation et le manque de confiance des personnes LGBT. Le fait de penser que l'orientation sexuelle est une affaire personnelle ou de traiter tout le monde de la même manière renforce les inégalités sociales, oblige l'autocensure et ne différencie pas les besoins en soins (Hafford-Letchfiel et al., 2018).

Selon l'étude américaine de Bell et al. (2010), les caractéristiques qui favorisent le suivi d'une formation sur l'homophobie sont le fait d'avoir peu d'expériences dans le métier, d'avoir obtenu un haut niveau d'étude récemment, d'avoir un diplôme collégial et/ou d'être dans une certaine région des Etats-Unis.

Deux formations sont proposées pour instruire le personnel :

La première est le programme HEALE qui se constitue de 6 modules. Le module 1 a pour but d'informer sur la terminologie et sur les principaux concepts liés à la communauté LGBT. Le module 2 explique les obstacles et les disparités en matière de santé et analyse les problèmes de santé généraux propres à la population LGBT. Le module 3 parle des avantages pour les personnes âgées LGBT d'avoir une vie sexuelle active, identifie les comportements à risque et les moyens de prévention et explore les techniques de création d'environnements sécuritaires et positifs pour cette population. Le module 4 traite des préoccupations juridiques communes à cette communauté et des problèmes liés aux besoins en matière de soins de longue durée et de logement. Ceux liés à la fin de vie sont également abordés. Le module 5 discute de la communauté transgenre, les différents traitements et chirurgies utilisés par cette communauté et les multiples façons de les soutenir. Le module 6 aborde le VIH, son traitement et les défis que cela engendre chez les personnes âgées (Hardacker et al., 2013).

La deuxième parlant de l'homophobie, se constitue de deux étapes. La première étape va permettre de remettre en question les opinions et les croyances. Une homophobie enracinée se remarque lorsqu'une situation touche les proches et dérange, mais ces personnes peuvent avoir une tolérance partielle aux LGBT dans un environnement professionnel. La culture et la religion peuvent être des obstacles, donc les personnes concernées devraient exprimer leur hostilité ou malaise. Les discours hétéronormatifs et cisgenres influencent les préjugés et la discrimination. La deuxième étape se constitue de séances de conseil qui contiennent le partage d'informations sur l'histoire des LGBT et les lois sur l'égalité. Ces séances, faites dans un environnement émotionnellement sûr et sans jugement, permettent d'évaluer les croyances et les influences sociales et biographiques (Hafford-Letchfiel et al., 2018).

Les différentes formations, même brèves, vont engendrer des changements d'attitudes sur la manière de penser ou de montrer son soutien aux personnes LGBT et vont améliorer les connaissances du personnel (Strong & Folse, 2015 ; Hafford-Letchfiel et al., 2018 ; Hardacker et al., 2013).

### **Autres initiatives**

L'initiative la plus utilisée pour inclure les personnes LGBT est la formation du personnel. La deuxième initiative la plus entreprise est l'offre de programme pour les résidents sur le thème des LGBT, notamment avec des activités comme des projections de films, des tables rondes, des loisirs et des barbecues. Les directeurs ayant appliqué ce programme ont signalé que cela améliorerait la sensibilité et l'acceptation des résidents hétérosexuels par rapport aux résidents LGBT (Sussman et al., 2018).

Dans le but d'améliorer l'inclusion des personnes LBGT, certains établissements ont mis en place des consultations internes ou externes pour soutenir les prestataires de service dans la mise en place des initiatives LGBT (Sussman et al., 2018).

Selon l'étude canadienne, un quart des foyers de longue durée ont élaboré des moyens pour démontrer de façon visuelle l'inclusion des personnes âgées LGBT aux résidents et aux familles comme des drapeaux arc-en-ciel, des chartes mentionnant l'inclusion LGBT, une adaptation des formulaires administratifs et l'invitation de membres d'organisation LGBT pour diffuser et faire connaître cette communauté (Sussman et al., 2018).

Les activités LGBT offrent un espace sûr pour rencontrer et partager des idées, des expériences et des émotions. Elles renforcent le sentiment de forces

individuelles et collectives ainsi que d'appartenance. Les participants peuvent être mixtes (hétérosexuels et homosexuels) si tout le monde est respectueux. L'environnement mixte est plus proche de la réalité, car, pour certains, l'orientation sexuelle n'est qu'un aspect du sentiment de soi et de l'identité sociale, donc le contact varié est important (Leyerzapf et al., 2018).

### **Réactions des soignants et des résidents hétérosexuels**

Plusieurs résidents hétérosexuels et professionnels ignorent que les personnes LGBT sont isolées et marginalisées (Leyerzapf et al., 2018).

Les résidents sont confrontés au tabou sur l'intimité et la sexualité des personnes âgées. Un répondant ne comprend pas pourquoi le personnel croit que l'amour et l'intimité entre les personnes âgées n'existent pas. Un autre dit que comme la sexualité est privée, aucune raison ne fait que les personnes LGBT ne puissent pas participer aux activités, car elles agissent normalement (Leyerzapf et al., 2018).

Selon l'étude de Villar et al. (2015), si des soignants sont confrontés à une situation avec une personne âgée LGBT, la majorité trouverait normal ou accepterait l'orientation sexuelle de la personne. L'autre partie serait surprise par la situation, car, habituellement, les personnes âgées LGBT restent cachées.

Par rapport à la gestion de la situation, une partie du personnel éviterait les problèmes que pourraient engendrer la divulgation de l'orientation sexuelle du résident, une autre partie aiderait la personne et la dernière partie n'interviendrait pas.

Enfin, par rapport à ce que les soignants penseraient que leurs collègues feraient, plus de la moitié a déclaré qu'ils ne changeraient pas leurs habitudes de

soins et une partie a dit qu'ils changeraient négativement leurs façons de faire (Villar et al., 2015).

## Discussion

Dans ce chapitre, les résultats sont mis en lien avec la problématique, la théorie du Human Caring, le concept de la qualité de vie et le concept de la vulnérabilité – fragilité. Par la suite, des réponses à la question « Comment prévenir et sensibiliser le personnel soignant dans les EMS afin d'éviter l'isolement, la discrimination et de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées LGBT ? » sont développées. Les auteures définissent ensuite les forces et les limites de cette revue. Finalement, des recommandations pour la pratique et de futures recherches sont apportées.

## **Interprétation des résultats**

### **Vision des soins par les personnes âgées LGBT**

Toute personne a besoin d'un niveau de qualité de vie qui englobe plusieurs domaines. Les personnes âgées LGBT sont confrontées à de nombreuses peurs et préoccupations telles que le non-respect de la part des soignants, le partenaire non inclus dans leur prise en charge, l'abordabilité des soins, le manque de soutien social, le déclin cognitif qui peut amener à une perte de leur identité LGBT ainsi que la solitude et l'isolement risquant de provoquer le suicide (Putney et al., 2018 ; Sharek et al., 2015 ; Leyerzapf et al., 2018). Tout ceci va impacter leur bien-être psychologique. De par la discrimination et le rejet social (Putney et al., 2018 ; Sharek et al., 2015), elles ont peu d'interactions et leur bien-être social se détériore. Les personnes âgées LGBT ne veulent pas entrer en EMS, car elles pensent que le personnel soignant est fermé d'esprit et ne les prendra pas en charge correctement (Putney et al., 2018 ; Sussman et al., 2018) et de ce fait, leur bien-être physique est affecté. Dans les EMS, peu de choses sont mises en place pour accueillir les LGBT telles que la création d'activités inclusives, la formation du personnel soignant et

l'adaptation des documents administratifs (Putney et al., 2018 ; Sussman et al., 2018 ; Leyerpapf et al., 2018). En effet, cette communauté a besoin de se sentir en sécurité et respectée dans un environnement favorisant leur intégration (Putney et al., 2018 ; Leyerpapf et al., 2018) En conclusion, le fait que ces domaines soient péjorés provoque une diminution de leur qualité de vie et augmente leur vulnérabilité et leur fragilité.

Cette population est vulnérable par différents aspects. L'âge avancé rend toutes personnes vulnérables et, par surcroît, l'appartenance à la communauté LGBT augmente cette vulnérabilité. D'autres facteurs accentuent encore celle-ci comme le changement de lieu de vie et les maladies.

### **Initiatives pour l'inclusion**

Les manques de connaissances et de sensibilité du personnel soignant empêchent une prise en charge globale de la personne et provoquent des soins de mauvaise qualité. En plus de développer leurs connaissances à travers des formations théoriques, les professionnels de la santé doivent améliorer leur savoir-être. Les 10 facteurs carratifs de la théorie du Human Caring aident à soutenir, accompagner et considérer la personne dans son ensemble.

Les opinions et les préjugés des soignants les amènent à être incorrects et maltraitants avec ces personnes (Hafford-Letchfiel et al., 2018 ; Villar et al., 2015), alors que la philosophie humaniste, qui a inspiré le Caring, donne des valeurs essentielles pour la pratique comme le respect, la dignité humaine, la liberté, la confiance dans les capacités de la personne, l'intégrité et la rigueur. Ceci provoquera de l'empathie et du non-jugement de la part des soignants comme le souhaitent les résidents LGBT (Hafford-Letchfiel et al., 2018).

Le manque de connaissances sur l'histoire et les lois de la communauté LGBT, ainsi que l'absence d'attention par rapport à leur sexualité, amènent les soignants à penser que des soins identiques à tout le monde sont suffisants et, par conséquent, ils ne personnalisent par leurs prises en charge (Hafford-Letchfiel et al., 2018 ; Hardacker et al., 2013). Le fait que la Personne dans son ensemble (corps, esprit et âme) n'est pas prise en considération va augmenter sa vulnérabilité et sa fragilité, car ses besoins en santé ne sont pas assouvis.

Sussman et al. (2018) et Leyerzapf et al. (2018) proposent différentes initiatives telles des programmes et des activités LGBT. Grâce aux programmes pour les résidents hétérosexuels sur le thème des LGBT, ils comprennent mieux qui est cette communauté et donc les discriminations et l'exclusion sociale sont évitées et les résidents deviennent plus soutenant. L'utilisation de moyens visibles comme des drapeaux arc-en-ciel ou l'invitation de membres d'organisations LGBT pour indiquer l'inclusion des personnes LGBT aident les familles et les résidents à cerner cette communauté et à montrer le soutien des EMS (Sussman et al., 2018). La mise en place de ces initiatives améliore la qualité de vie et réduit la vulnérabilité par l'accroissement de la compréhension de l'entourage et l'augmentation de la visibilité de cette communauté.

### **Réaction des soignants et des résidents hétérosexuels**

Les vécus des personnes LGBT sont ignorés par l'entourage de l'EMS et lorsqu'elles font leur coming-out, les soignants peuvent être surpris et agir de manière incorrecte en voulant éviter des problèmes liés à la divulgation de l'orientation sexuelle ou en ne faisant rien (Villar et al., 2015). De plus, le tabou sur l'intimité et la sexualité ne va pas permettre de prendre en compte la personne dans

son intégralité (Leyerzapf et al., 2018). Néanmoins, des soignants utilisent une attitude basée sur le Caring en acceptant l'orientation sexuelle de la personne, en l'aidant et en lui évitant les problèmes. Ceci est possible grâce au savoir-être qui se traduit par de l'empathie, du non-jugement et par le soutien des sentiments ; peu importe leurs perceptions des choses (Villar et al., 2015). La manière dont les soignants réagissent va interférer avec la qualité de vie de la personne.

### **Réponses à la question de recherche**

Les auteures ont découvert que les personnes âgées LGBT désirent un environnement inclusif où la discrimination, l'isolement, le non-respect de leur identité et le rejet du partenaire ne sont pas présents. Afin d'éviter cela, des formations centrées sur les différentes compétences culturelles doivent être suivies. Au début de la formation, la remise en question des opinions et des croyances est nécessaire afin de se rendre compte d'une homophobie enracinée pouvant être causée par la culture et la religion. Les connaissances importantes à avoir se portent sur la terminologie liée à la communauté LGBT, l'histoire et les lois la concernant, les obstacles, les disparités et les besoins en matière de santé, la sexualité, le VIH, les difficultés rencontrées en EMS et les problèmes liés à la fin de vie (Hardacker et al., 2013 ; Hafford-Letchfiel et al., 2018).

Les connaissances ne sont pas suffisantes pour soigner adéquatement et pour avoir une relation de confiance avec le résident. L'attitude du soignant doit être empreinte de valeurs humanistes et altruistes. Le soignant doit être respectueux de l'identité, de l'orientation sexuelle, de la personnalité, des choix et de l'histoire de la personne. La dignité de chaque résident doit être préservée par le respect des droits. Le soignant doit avoir confiance dans les capacités de la personne, car elle sait qui elle est, ce qui est bon pour elle et a des connaissances sur les LGBT. Il doit

également la laisser vivre sa sexualité librement. Le professionnel doit assurer l'intégrité de la personne en l'acceptant telle qu'elle est et doit travailler avec la même rigueur envers chaque résident. Afin de créer une relation favorisant le développement et le maintien de la santé, les soignants tiennent compte des facteurs carratifs. En plus d'une attitude basée sur des valeurs humanistes et altruistes, le soignant doit soutenir les croyances et les espoirs de la personne. Il doit rester sensible à lui-même et aux autres, développer une relation d'aide et de confiance et être attentif à l'expression des sentiments. Ces démarches de résolution de problèmes doivent se baser sur des méthodes scientifiques. La relation doit promouvoir un enseignement par l'échange. L'environnement multidimensionnel créé se traduit par du soutien, de la protection et/ou de la correction. Le professionnel doit satisfaire les besoins humains et prendre en compte les facteurs existentiels. Ces facteurs sont essentiels pour établir une relation authentique et de confiance. Grâce à cette relation, le professionnel de la santé va être attentif aux besoins et aux risques encourus par les personnes LGBT et la personne va donc se sentir en sécurité pour s'exprimer ouvertement.

Le personnel soignant doit être attentif à la qualité de vie et à la vulnérabilité de chaque résident et plus particulièrement aux minorités dont les LGBT. Pour ce faire, le soignant évalue, avec le résident LGBT, la qualité du bien-être physique, mental, social et environnemental. Suite à l'évaluation, ils mettent en place des interventions pour améliorer chacun des quatre bien-être. En plus de prêter attention à la qualité de vie, le personnel soignant se préoccupe des conséquences de la vulnérabilité présente chez les LGBT. Les personnes ayant déjà fait leur coming-out risquent de perdre leur identité en cachant leur orientation sexuelle. De plus, la maltraitance que peut subir cette communauté risque de fragiliser la personne et d'aggraver sa vulnérabilité. Ces éléments peuvent pousser la personne au suicide (Putney et al.,

2018). Le soignant devra donc mettre en place différentes interventions qui touchent la personne concernée, les résidents de l'établissement, les visites et l'ensemble du personnel.

### **Forces et limites**

Lors de la rédaction de cette revue littéraire, le peu de temps à disposition a empêché d'approfondir la recherche. Les auteures de cette revue ne connaissaient pas les besoins en santé des personnes LGBT et, par conséquent, les recherches de la problématique et des articles ont pris plus de temps que prévu. Etant donné le faible taux de recherches sur les personnes âgées LGBT vivant en EMS, le niveau de preuve des articles retenus n'est pas idéal. De plus, les échantillons de la majorité des études ne permettent pas la généralisation des résultats dus à leur taille restreinte, donc les résultats sont à prendre avec précaution. Cependant, les idées générales reviennent dans plusieurs articles et, de ce fait, les résultats sont applicables dans la pratique.

Malgré le fait qu'aucune recherche ne s'est déroulée en Suisse, les pays étudiés, qui ont un système de santé différent, ont une culture et une façon de penser proches. Le fait d'avoir neuf articles datant de moins de neuf ans apporte des données qui sont au plus proche de l'actualité des soins et des sources variées et enrichissantes. De plus, les interventions proposées dans différentes études sont concrètes. Les articles, de par la diversité des participants, donnent les besoins des personnes âgées LGBT lors de la vie en EMS, ainsi que les pensées, les connaissances et les besoins du personnel soignant dans la prise en charge globale de ces personnes. Bien que certaines études ne parlent pas des personnes âgées LGBT vivant en EMS, elles se concentrent toutes sur cette communauté et ce lieu.

Les recherches des auteures concernant la problématique en Suisse rencontrent des similitudes avec les recensions des écrits des articles.

## **Recommandations**

### **Recommandations pour la pratique**

Dans les EMS, la sexualité est presque inexistante. Le personnel soignant devrait aborder davantage ce sujet, que ce soit avec les résidents hétérosexuels ou les résidents LGBT.

Le personnel soignant doit développer des connaissances sur les problématiques liées aux personnes LGBT afin d'adapter les soins. Le fait de s'occuper de tout le monde de la même manière n'apporte pas une équité dans les soins et augmente les disparités.

Il est important d'amener une ouverture d'esprit, à la fois au personnel soignant et aux résidents hétérosexuels, car tout le monde a le droit d'être respecté en tant que personne à part entière. D'autre part, cette communauté a besoin d'un soutien visible et cela se fait par des affiches, des discours et des modifications de documents administratifs.

### **Recommandations pour la recherche**

Les recherches sur les bases de données ont montré que peu d'études traitent des personnes âgées LGBT en EMS. Ce sujet, faisant partie des préoccupations actuelles de la société, doit se développer dans la recherche afin que le personnel soignant puisse prodiguer des soins optimaux et, ainsi, améliorer la qualité de vie de

cette communauté. Du fait de l'invisibilité des personnes LGBT, il serait intéressant de connaître plus précisément les avis des personnes vivant en EMS.

## **Conclusion**

Le but de cette revue de littérature est de prévenir et de sensibiliser le personnel soignant à la réalité du vécu des personnes LGBT, afin d'éviter tout acte péjoratif qui amène à de l'isolement social.

Les auteures constatent que la formation du personnel permet d'acquérir de nouvelles connaissances et, de ce fait, éviter toute discrimination et de créer un environnement sûr et inclusif pour les personnes LGBT. Les EMS doivent également mettre en place des moyens visibles et des programmes gay-friendly. Ce travail met en avant l'importance de créer une relation de confiance entre le soignant et le résident LGBT en étant attentif à sa qualité de vie et sa vulnérabilité – fragilité.

Les auteures pensent que les professionnels de la santé doivent davantage discuter de la sexualité avec les personnes âgées et leur fournir des soins personnalisés afin de respecter l'équité entre les résidents.

Ce travail a rendu attentif les auteures sur l'hétéronormativité présente dans les soins et celui-ci va leur permettre de prendre en considération les personnes LGBT dans la pratique. Elles pourront sensibiliser les équipes sur l'invisibilité des personnes LGBT et leur vécu et l'importance des soins personnalisés. Les personnes LGBT sont une communauté vulnérable, comme d'autres minorités (ethniques, religieuses, culturelles), auxquelles il est important de connaître les besoins afin d'offrir des soins adéquats.

## Références

- Association Humanrights. (2018). L'interdiction de l'homophobie entre dans le Code pénal. Repéré à <https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-suisse/interieure/groupe/homosexuels/lutter-loi-contre-discriminations-basees-orientation-sexuelle>
- Bell, S. A., Bern-Klug, M., Kramer, K. W. O., & Saunders, J. B. (2010). Most Nursing Home Social Service Directors Lack Training in Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Residents. *Social Work in Health Care*, 49(9), 814-831. <https://doi.org/10.1080/00981389.2010.494561>
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'appropriation de la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers* (pp.37 – 45).
- Centre d'aide à la rédaction des travaux universitaires - Université d'Ottawa (2014). *Revue de littérature* [Document PDF]. Repéré à [https://sass.uottawa.ca/sites/sass.uottawa.ca/files/revue\\_de\\_litterature.pdf](https://sass.uottawa.ca/sites/sass.uottawa.ca/files/revue_de_litterature.pdf)
- Chambre de commerce gaie du Québec, (2014). Lexique LGBT sur la diversité sexuelle et de genre en milieu de travail. Repéré à <https://cclgbtq.org/wp-content/uploads/2015/12/Lexique-LGBT.pdf>
- Chomette, E. (2017). L'isolement social et affectif des seniors des LGBT+. Repéré à <https://www.heureux-en-retraite.com/guide-pratique/lisolement-social-affectif-seniors-lgbt/>
- Comité pour la diversité sexuelle. (2012). *L'homosexualité et les religions : En 2012, que disent les différentes religions concernant l'homosexualité ?*. Repéré à <http://www.colloquehomophobie.org/wp-content/uploads/2012/12/35-homosexualite-et-les-religions.pdf>
- Ecole Rockefeller. (2013). *Concepts fragilité et vulnérabilité* [Document PDF]. Repéré à <http://www.ecole-rockefeller.com/campus-numerique/inf1/cours/ue23/2013/concepts-fragilite-et-vulnerabilite-inf1-08-03-2013.pdf>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. (2<sup>ème</sup> éd., pp.260-262 ; 304-308). Lyon, France : Mallet Conseil.
- Girard, F. & Cara, C. (n.d.). *Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM* [brochure]. Montréal, Canada : faculté des sciences infirmières.
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B. & Almack, K. (2018). Developing Inclusive Residential Care for Older Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People : An Evaluation of the Care Home Challenge Action Research Project. *Health & Social Care in the Community*, 26, n° 2, e312-20. <https://doi.org/10.1111/hsc.12521>
- Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A., & Houlberg, M. (2013). Adding silver to the rainbow: the development of the nurses' health education about LGBT

- elders (HEALE) cultural competency curriculum, *Journal of Nursing Management*, 22, 257-266. doi: 10.1111/jonm.12125
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique* [Brochure]. Saint-Denis La Plaine Cedex, France.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Revue Perspective soignante* 4. <https://www.24heures.ch/suisse/je-ne-veux-pas-faire-de-coming-out-dans-un-ems/story/26774979>
- Lecordier, D. (2011). La santé et les soins infirmiers : l'évolution de concepts centraux dans un contexte scientifique donné. *Recherche en soins infirmiers* (pp.82 – 85).
- Leplège, A., & Debout, C. (2007). Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers* (pp. 18 – 24).
- Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T. A. (2018). Gay-friendly elderly care : creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. *Ageing and Society*, 38(2), 352-377. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001045>
- Libération. (2018). Mais ça veut dire quoi, LGBTQIA+ ?. Repéré à [https://www.liberation.fr/france/2018/01/25/mais-ca-veut-dire-quoi-lgbtqia\\_1625090](https://www.liberation.fr/france/2018/01/25/mais-ca-veut-dire-quoi-lgbtqia_1625090)
- Limpo, M. (2017). *Phase préparatoire en vue d'une enquête-actions sur les besoins des aîné.e.s lesbiennes, gays, bi et trans\* (LGBT) à Genève*. Repéré à [http://www.association-viva.org/LGBT\\_GE.pdf](http://www.association-viva.org/LGBT_GE.pdf)
- Pepin, J., Kérouac, S. & Durcharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3<sup>ème</sup> édition)*. Montréal : Chenelière éducation.
- Pink Cross. (n.d.). *Pink Cross et l'histoire des hommes\* gais et bi en Suisse*. Repéré à <https://www.pinkcross.ch/fr/association-suisse-des-gais-pink-cross/geschichte>
- Putney, J. M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L., & Halmo, R. (2018). "Fear Runs Deep:" The Anticipated Needs of LGBT Older Adults in Long-Term Care, *Journal of Gerontological Social Work*. doi: 10.1080/01634372.2018.1508109
- Queer Altern. (n.d.). Home. Repéré à <https://queeraltern.ch/>
- Rolland, Y., Benetos, A., Gentric, A., Ankri, J., Blanchard, F., Bonnefoy, M., ... Berrut, G. (2011). Fragility in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, (4), 387–390. <https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0311>
- Rouven Gueissaz, I. (2014). Une association veut créer une maison de retraite pour les gays en Suisse. *Radio Télévision Suisse*. Repéré à

<https://www.rts.ch/info/regions/autres-cantons/6256596-une-association-veut-creer-une-maison-de-retraite-pour-les-gays-en-suisse.html>

- Sacco, F. (2015). Vieillir en étant gay: un vrai parcours d'obstacles. *generations-plus.ch*. Repéré à <https://www.generations-plus.ch/?q=magazine/actualit%C3%A9s/editosblogs/vieillir-en-%C3%A9tant-gay-un-vrai-parcours-dobstacles>
- Sager Tinguely, C. (2018). Qualité de vie, maladie chronique et handicap. Dans Sager Tinguely, C., & Weber, C. (2018). *Précis de chronicité et soins dans la durée* (2<sup>ème</sup> édition, pp. 73 - 112). Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Gaëtan Morin, Chenelière éducation.
- Sassoon, G. (2016). Je ne veux pas faire mon coming out dans un EMS. *24heures*. Repéré à <https://www.24heures.ch/suisse/je-ne-veux-pas-faire-de-coming-out-dans-un-ems/story/26774979>
- Sharek, D. B., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M. & Higgins, A. (2015). Older LGBT People's Experiences and Concerns with Healthcare Professionals and Services in Ireland. *International Journal of Older People Nursing* 10, n° 3, 230-40. <https://doi.org/10.1111/opn.12078>
- Sohane, I., (2017). LGBT+ ou LGBTQI, *le Polyscope*. Repéré à <https://www.polyscope.qc.ca/?p=15351>
- Stehle, M. (2017). Un grand besoin d'EMS LGBT-friendly. *NETWORK Gay Leadership*. Repéré à <https://www.network.ch/fr/index.cfm/news/fevrier-2017/un-grand-besoin-d-ems-lgbt-friendly/>
- St-Germain, D., Blais, R., & Cara, C. (2008). La contribution de l'approche du caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. *Recherche en soins infirmier*, 95.
- STOP SUICIDE. (n.d.). *Publication de STOP SUICIDE : Le risque de suicide parmi les personnes LGBT* Repéré à [https://stopsuicide.ch/wp-content/uploads/2017/07/Publications\\_STOP\\_Suicide\\_et\\_LGBT.pdf](https://stopsuicide.ch/wp-content/uploads/2017/07/Publications_STOP_Suicide_et_LGBT.pdf)
- Strong, K. L., & Folse, V. N. (2015). Assessing Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Attitudes, and Cultural Competence in Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. *Journal of Nursing Education*, 54(1), 45-49. <https://doi.org/10.3928/01484834-20141224-07>
- Sussman, T., Brotman, S., MacIntosh, H., Chamberland, L., MacDonnell, J., Daley, A., Dumas, J. & Churchill, M. (2018). Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 37(2), 121-132. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000077>

- Thornton, M. (2018). LGBT Older Adults and Nurse Administrators: An Opportunity for Advocacy. *Nursing Administration Quarterly*, 42(2), 129-135. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000282>
- Villar, F., Serrat, R., Fabà, J., & Celdrán, M. (2015). Staff Reactions Toward Lesbian, Gay, or Bisexual (LGB) People Living in Residential Aged Care Facilities (RACFs) Who Actively Disclose Their Sexual Orientation. *Journal of Homosexuality*, 62, 1126–1143. doi:10.1080/00918369.2015.1021637
- Wayne, G., (2016). We are the light in institutional darkness, and in this model we get to return to the light of our humanity. *Nurseslabs*. Repéré à <https://nurseslabs.com/jean-watson/>
- Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., ... Amadeo, F. (2018). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, 7. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

## **Appendice A**

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Fribourg, le 11 juillet 2019

Tamara Manzione

Handwritten signature of Tamara Manzione in black ink, featuring a stylized 'T' and 'M'.

Zoé Clément

Handwritten signature of Zoé Clément in black ink, written in a cursive style.

Tatiana Cabral Da Veiga

Handwritten signature of Tatiana Cabral Da Veiga in black ink, written in a cursive style.

## **Appendice B**

Systematique de recherche

Equation de recherche <b>CINAHL</b>	LGBT [Descripteur CINAHL] AND elderly or aged or older or elder or geriatric [Descripteur CINAHL] AND nurs*
Résultats	37
Articles retenus	1
"Fear Runs Deep : " The Anticipated Needs of LGBT Older Adults in Long-Term Care.	
Date de consultation	16.02.2019

Equation de recherche <b>CINAHL</b>	LGBT [Descripteur CINAHL] AND Nurs* AND Older adults or elderly or seniors or geriatrics [Descripteur CINAHL] Limite : 2008 - 2018
Résultats	26
Articles retenus	1
Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland	
Date de consultation	04.12.2018

Equation de recherche <b>PubMed</b>	Homosexuality [Mesh] AND Residential Facilities [Mesh]
Résultats	39
Articles retenus	1
Staff Reactions Toward Lesbian, Gay, or Bisexual (LGB) People Living in Residential Aged Care Facilities (RACFs) Who Actively Disclose Their Sexual Orientation.	
Date de consultation	18.12.2018

Equation de recherche <b>CINAHL</b>	LGBT [Descripteur CINAHL] AND Residential Care [Descripteur CINAHL] Limite 2008 - 2018
Résultats	10
Articles retenus	1
Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people : An evaluation of the <i>Care Home Challenge</i> action research project.	
Date de consultation	04.12.2018

Equation de recherche <b>CINAHL</b>	LGBT [Descripteur CINAHL] AND Residential care or Nursing home or long term care or care home [Descripteur CINAHL] Limite : 2008-2019
Résultats	68
Articles retenus	1
Gay-friendly elderly care : creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm	
Date de consultation	16.04.2019

Equation de recherche <b>PubMed</b>	Sexual and Gender Minorities [Mesh] AND Aged [Mesh] AND Nursing [Mesh]
Résultats	6
Articles retenus	1
Adding silver to the rainbow : the development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum.	
Date de consultation	03.05.2019

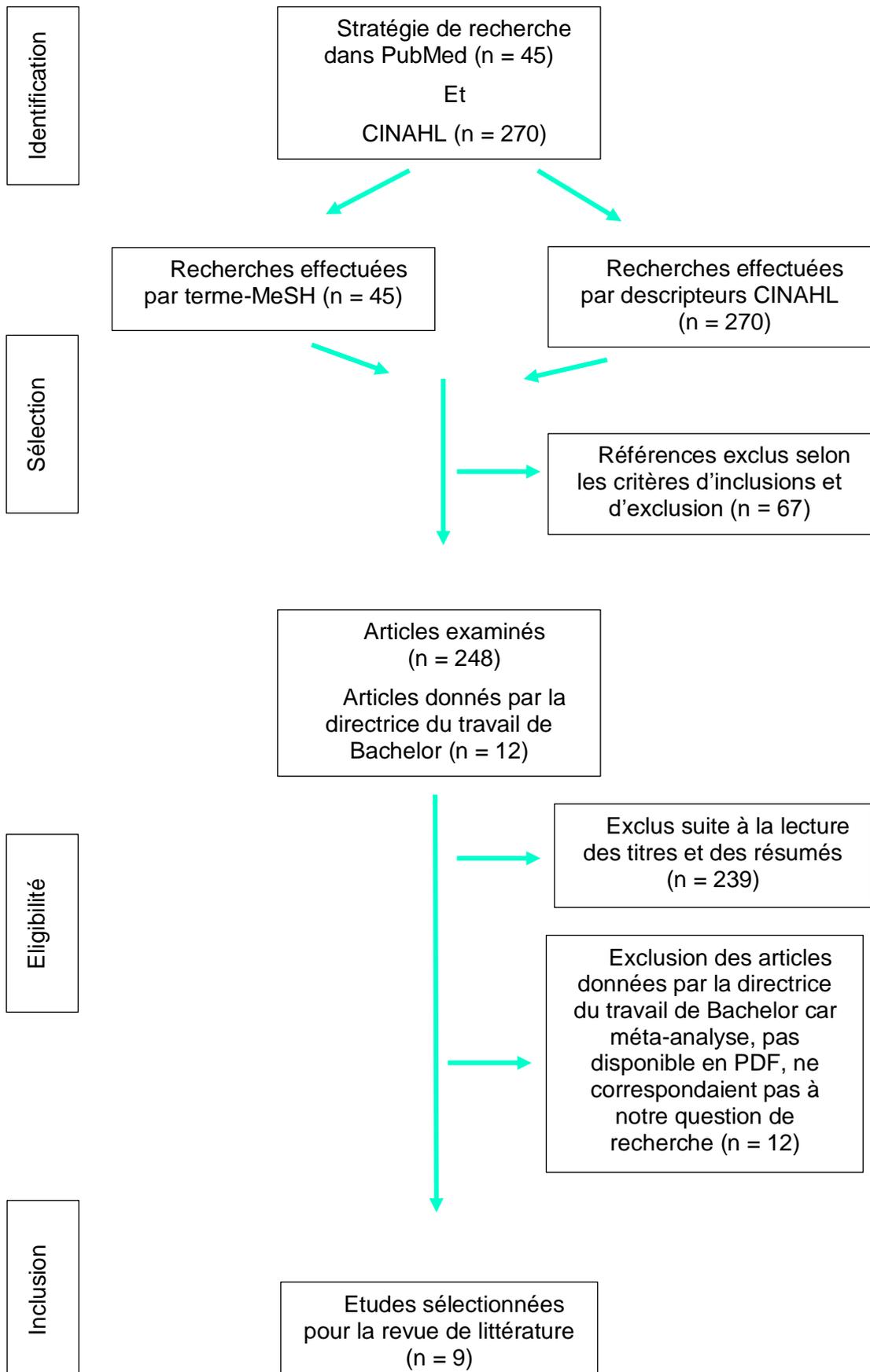
Équation de recherche <b>CINAHL</b>	LGBT or gay or homosexual or lesbian or bisexual or transgender or queer [Descripteur CINAHL] AND Long-Term Care Homes [Descripteur CINAHL] Limite : 2008 - 2019
Résultats	29 et diminue à 25 avec les limites
Articles retenus	1
Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective.	
Date de consultation	15.04.2019

Équation de recherche <b>CINAHL</b>	LGBT or gay or homosexual or lesbian or bisexual or transgender or queer [Descripteur CINAHL] AND nursing home [Descripteur CINAHL] Limite : 2008 - 2018
Résultats	77 et diminue à 51 avec les limites
Articles retenus	1
Most Nursing Home Social Service Directors Lack Training in Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Residents	
Date de consultation	18.12.2018

Équation de recherche <b>CINAHL</b>	LGBT or gay or homosexual or lesbian or bisexual or transgender or queer [Descripteur CINAHL] AND nursing attitudes and competences [Descripteur CINAHL] Limite : 2008 - 2019
Résultats	23 et diminue à 22 avec les limites
Articles retenus	1
Assessing Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Attitudes, and Cultural Competence in Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients	
Date de consultation	16.04.2019

## **Appendice C**

Diagramme de flux



## **Appendice D**

Grilles de résumés et de lecture critique

## Grille de résumé d'un article scientifique – Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Putney, J. M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L., & Halmo, R. (2018). "Fear Runs Deep:" The Anticipated Needs of LGBT Older Adults in Long-Term Care. <i>Journal of Gerontological Social Work</i> . doi: 10.1080/01634372.2018.1508109
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les aînés LGBT veulent un environnement inclusif avec un sens de la communauté où ils se sentiront en sécurité. La dissimulation de leur identité et les pensées suicidaires sont amenées par une crainte d'avoir de mauvais traitements en EMS. En effet, les personnes âgées LGBT ont peur de finir leur vie parmi des soignants et des résidents intolérants alors qu'ils ont déjà vécu une vie d'inégalités et de souffrances.
Recension des écrits	D'ici 2050, aux États-Unis, la population de personnes âgées de 65 ans et plus doublera. Les différentes recherches sur les personnes âgées LGBT font ressortir une résilience de leur part, mais également de la vulnérabilité et des facteurs de stress uniques comme l'instabilité financière. De plus, de par la discrimination perçue et réelle des professionnels de la santé, cette population a moins accès à des soins appropriés et rapides. Les personnes âgées LGBT ont également moins de chance d'avoir des enfants et, de ce fait, elles devront vivre seules et s'appuyer sur des réseaux de soutien informel. Cette communauté a un risque plus élevé de développer de l'incapacité, de la détresse psychologique, de l'obésité et des maladies cardiovasculaires. Le diagnostic sera impacté par les différences au niveau de la prévalence de la maladie, du dépistage préventif et des soins médicaux. Il existe également de la discrimination sur le lieu de travail et par rapport au mariage. Il existe également des disparités par rapport au soutien apporté à la communauté LGBT. En effet, les lesbiennes et les gays en ont davantage par rapport aux personnes bisexuelles et transgenres. 60% des adultes LGBT ont fait part de leurs inquiétudes par rapport à la négligence, les abus, l'accès limité aux services et le harcèlement verbal ou physique qu'ils pourraient recevoir en EMS.

Cadre théorique ou conceptuel	<p>Cette étude utilise deux concepts de sensibilisation : la perspective du cycle de vie et le modèle de stress des minorités.</p> <p>La perspective du cycle de vie signifie qu'un individu va se développer grâce aux interactions avec d'autres personnes dans un climat social et politique en évolution. Ce climat en évolution va contribuer aux besoins et aux résultats sanitaires d'un groupe démographique donné. Pour les personnes âgées LGBT, la perspective du cycle de vie permet de rendre compte du climat social, politique et historique dans lequel ils ont atteint l'âge adulte et qui a eu comme effet d'avoir des soins appropriés.</p> <p>Le modèle de stress minoritaire montre que les conditions distales et proximales créent un stress unique et chronique spécifique aux minorités sexuelles. « C'est un cadre empiriquement étayé permettant de comprendre la détresse psychologique parmi les populations LGBT. » [Traduction libre]</p> <p>« Pris ensemble, la perspective du parcours de vie et le modèle de stress des minorités fournissent un point de départ conceptuel pour une enquête sur les besoins et les craintes anticipés des personnes âgées LGBT lorsqu'ils envisagent des soins de longue durée. » [Traduction libre]</p>
Question de recherche/buts	<p>Cette étude vise à répondre à la question suivante : « Quels sont les besoins et préoccupations actuels et futurs en matière de logement des personnes âgées LGBT, et, en particulier comment ces besoins et préoccupations se rapportent-ils à l'abordabilité, à l'accès au soutien social, à l'emplacement géographique, aux soins de santé et aux services de soutien ? Cette étude cherche donc à connaître les craintes et les besoins des personnes âgées LGBT, en particulier en ce qui concerne l'accessibilité financière des soins de longue durée, l'incertitude quant à savoir qui s'occupera d'eux, la peur de la démence, la peur des mauvais traitements, la fin de vie et la nécessité de créer des établissements de soins de longue durée pour les personnes LGBT. » [Traduction libre]</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis qualitatif

Population, échantillon et contexte	<p>La population interrogée était des personnes âgées LGBT de 55 ans à 87 ans se trouvant dans un État du nord-est des États-Unis. « L'échantillon était principalement composé de blancs (78%), de femmes (57%) et avait un revenu annuel inférieur à 50'000\$ (62%). » [Traduction libre] La récolte de données s'est déroulée dans des zones urbaines, suburbaines et rurales pour que les points de vue de personnes âgées LGBT soient divers sur les plans raciaux, ethniques, financiers et géographiques.</p>
Méthode de collecte des données	<p>Des groupes de discussion ont été réalisés pour la récolte de données afin que les participants se sentent à l'aise pour partager librement leurs expériences, souhaits et préoccupations. Un guide d'entretien semi-structuré a guidé la discussion qui durait 1h30 et se composait de 4 à 10 participants, d'un des chercheurs de l'étude formés au doctorat et travailleurs sociaux cliniciens indépendants ainsi qu'un preneur de notes qui enregistrerait numériquement la discussion et prenait différentes notes sur les thèmes abordés. Ces discussions ont été ensuite retranscrites par des professionnels. Un membre de l'équipe de recherche a, par la suite, corrigé les erreurs de retranscription.</p> <p>Un bref questionnaire anonyme sur la démographie, les conditions de vie et les types de soutien a également été rempli par les participants.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Pour recruter les participants, une stratégie d'échantillonnage a été utilisée. Différentes annonces ont été réalisées dans des lieux fréquentés par des personnes âgées LGBT. 7 groupes de discussion ont été faits entre octobre 2015 et février 2016.</p> <p>Les chercheurs se sont aidés d'une approche d'analyse thématique inductive dans la réalisation de la collecte, de l'organisation et de l'analyse des données. « Avant la discussion de groupe, une fiche d'information sur la recherche a été remise aux participants et comprenait : l'objectif de l'étude, les détails de la participation, les avantages et les risques possibles, la confidentialité des enregistrements, la reconnaissance de la participation volontaire et le droit de refus, comment les résultats seront utilisés, une offre pour répondre à toute question sur les droits des participants ou des préoccupations en matière d'étude en contactant la CISR ou les chercheurs principaux, et son approbation. » [Traduction libre] Après que l'animateur ait lu le formulaire de discussion au</p>

	<p>groupe, chaque participant y a consenti verbalement. L'enregistrement de la discussion s'est fait après cette étape et les participants utilisaient leurs prénoms ou leurs pseudonymes. Un bref questionnaire anonyme sur la démographie, les conditions de vie et les types de soutien a également été rempli par les participants. Les chercheurs ont ensuite donné une liste de ressources pour personnes âgées LGBT.</p>
Considérations éthiques	<p>« Le comité de révision de l'établissement du premier auteur a approuvé cette étude. Une dispense de consentement éclairé écrit a été demandée et obtenue. » [Traduction libre]</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>Comme dit, une approche d'analyse thématique inductive a été utilisée pour guider toutes les étapes de l'étude.</p> <p>2 chercheurs ont chacun de leur côté, en premier lieu, conduit le codage du « 1<sup>er</sup> cycle inductif de chaque groupe de discussion, en utilisant un codage descriptif, un codage de processus, un sous-codage et un codage simultané. » [Traduction libre]</p> <p>Un 3<sup>ème</sup> chercheur a ensuite comparé les codages pour voir les concordances et les différences dans l'interprétation des données. Les 3 chercheurs ont, par la suite, accordé les écarts de codage, réalisé des catégories en regroupant les codes et identifié les thèmes. Les facteurs importants, qui sont ressortis des thèmes, influencent les personnes âgées LGBT par rapport à leurs décisions de logement ou de soins lorsque leur santé se dégrade. « Les thèmes clés comprenaient la disponibilité (ou l'absence de ressources), les valeurs (telles que l'indépendance) et les expériences antérieures qui façonnent les attentes et les craintes. » [Traduction libre] Des analyses descriptives ont été utilisées pour examiner les caractéristiques démographiques, les conditions de vie et la perception des personnes âgées LGBT qui seraient à l'aise pour demander de l'aide.</p>
Présentation des résultats	<p>5 craintes sont ressorties de l'analyse des données :</p> <p><u>Abordabilité</u></p> <p>Les participants se préoccupent de l'abordabilité des soins en établissement de par le manque de moyens financiers et la préférence de services à domicile. Ils ont également des craintes que les économies, que certains avaient faits diminueraient et des préoccupations sur la qualité des soins qu'ils recevraient. Les participants ont</p>

aussi abordé la nécessité d'avoir une assurance maladie, mais également les difficultés et complications lors de déclin de la santé ou lorsqu'ils sont seuls.

#### Soins

En lien avec les problèmes financiers dont peuvent souffrir cette population, beaucoup de participants ont fourni des soins à leurs parents ou conjoints. De ce fait, ils sont préoccupés par l'incertitude de savoir qui s'occupera d'eux lorsque leur santé se dégradera. En effet, une partie de cette population n'ont ni partenaire, ni enfant. Ils avaient également des craintes, car ils n'ont pas de plan, de système de soutien pour les aider à rester chez eux et de moyens de s'installer en EMS.

#### Démence

Beaucoup sont préoccupés par la démence, par la régression et le déclin cognitif et craignent pour leur identité LGBT. Les participants ont souligné leurs préoccupations de savoir si, en tant que personnes LGBT, les professionnels de la santé s'occuperaient d'eux de façon sécuritaire et en respectant leur bien-être et s'ils seraient compréhensifs et flexibles avec eux.

#### Sécurité

Les participants sont également préoccupés par la sécurité en EMS. En effet, les participants ont expliqué qu'ils dissimuleraient leur identité sexuelle pour ne pas subir de discrimination de la part des soignants.

#### Suicide

La solitude, l'isolement et la perte amèneraient un bon nombre de participants à penser au suicide. Les préjugés, la discrimination, la violence et la peur sont également mis en lien avec ce thème.

En lien avec ces craintes, 2 besoins sont ressortis : Les souhaits des personnes âgées LGBT étaient d'avoir un environnement inclusif et amical pour eux ainsi que d'avoir du personnel LGBT ou gay-friendly et formé pour répondre à leurs besoins.

<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les chercheurs pensent que les besoins et les préoccupations des personnes âgées LGBT exprimés dans cette étude sont partagés par les personnes âgées hétérosexuelles et cisgenres comme l'appartenance à une communauté ainsi que d'avoir de la compassion et des soins de qualité de la part des soignants. Cependant, la communauté LGBT a également des besoins uniques comme d'avoir des soignants formés à la culture LGBT, des documents administratifs inclusifs et des programmes et activités qui incluent les LGBT. « Ces personnes ont besoin de fournisseurs capables d'affirmer leur humanité, de préserver leur dignité, de créer un sentiment d'appartenance, de les inclure de manière significative dans leur communauté et de maximiser leur autonomie dans toute la mesure du possible. » [Traduction libre]</p> <p>Une grande partie des participants ne prévoient pas de compter sur leur famille, car ils n'ont pas d'enfant ou ne veulent pas l'alourdir alors que les soins fournis par la famille et les amis sont un pilier des soins de longue durée.</p> <p>Les participants veulent avoir accès à un référentiel d'établissements compétents pour les prendre en charge et une assistance pour la coordination des soins lorsque la santé décline.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Une des limites était la méthode d'échantillonnage. Les groupes de discussion ont été formés grâce aux conseils régionaux sur le vieillissement qui avaient formé des groupes de personnes âgées LGBT, ce qui fait que de nombreux participants étaient en contact avec des professionnels de la santé gay-friendly et les craintes par rapport aux soins pourraient être encore plus prononcées chez les personnes qui n'ont pas accès à ce type de soutien. Les participants à cette étude vivaient tous à domicile et, de ce fait, leurs perspectives ne reflètent pas ce que vivent les personnes âgées LGBT en EMS. La majorité des participants étaient, dans leurs récits, anticipatifs et se basaient sur les expériences, les attentes et les espoirs du passé.</p> <p>Etant donné que la récolte a été réalisée sous forme de discussion, cela rend impossible le fait de savoir la manière dont les expériences individuelles vont se former. Il est donc important que de futures recherches sur le déclin de la santé et les besoins de soins des personnes âgées LGBT soient réalisées.</p>

Conséquences et recommandations	<p>Des recherches supplémentaires sur les besoins en matière de santé et surtout en lien avec le stress et le risque de suicide doivent être faites. Il est également nécessaire de réaliser des études sur les similitudes et les différences entre les besoins des personnes âgées LGBT et celles hétérosexuelles et cisgenres. D'autres recherches doivent également être entreprises sur les besoins et les interventions existantes à adapter pour les personnes âgées LGBT qui souffrent de problèmes cognitifs.</p> <p>Les professionnels de la santé doivent recevoir une formation continue afin de répondre aux besoins des personnes âgées LGBT pour que les environnements de soins soient sûrs.</p> <p>Les différentes politiques doivent permettre un accès égal à des soins pour répondre aux besoins et aux préoccupations des personnes âgées LGBT.</p> <p>Prendre en compte les finances, l'indépendance et la dépendance, la camaraderie et les soins de fin de vie est nécessaire pour l'inclusion, le lien avec la communauté et la qualité de vie.</p>
---------------------------------	--

## Référence :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Jennifer, M., Sara, K., Nicholas, H., Lisa, K., & Rebekah, H. (2018). "Fear Runs Deep:" The Anticipated Needs of LGBT Older Adults in Long-Term Care. <i>Journal of Gerontological Social Work</i> . <a href="https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109">https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			On retrouve la population formée par les personnes âgées LGBT. Les concepts principaux qui sont les besoins de ces personnes dans les soins de longue durée sont présents.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			On retrouve une explication du problème dans la partie objectif. La méthode, les résultats et la discussion sont résumés.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?			X	Il est difficile d'identifier le problème de recherche clairement, mais on peut voir que le principal problème est que les aînés LGBT veulent un environnement inclusif avec un sens de la communauté où ils se sentiraient en sécurité. La dissimulation de leur identité et les pensées suicidaires sont amenées par une crainte d'avoir de mauvais traitements en EMS. En effet, les personnes âgées LGBT ont peur de finir leur vie parmi des soignants et des résidents intolérants alors qu'ils ont déjà vécu une vie d'inégalités et de souffrances.

Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X		Un paragraphe présente différentes connaissances et recherches effectuées sur les personnes âgées LGBT comme les problèmes financiers, la discrimination dans les soins et les problèmes de santé avec leurs besoins et difficultés qu'ils pourraient rencontrer en EMS.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X		<p>Les 2 concepts utilisés dans cette étude sont expliqués : la perspective du cycle de vie et le modèle de stress des minorités.</p> <p>La perspective du cycle de vie signifie qu'un individu va se développer grâce aux interactions avec d'autres personnes dans un climat social et politique en évolution, qui contribue aux besoins et aux résultats sanitaires d'un groupe.</p> <p>Le modèle de stress minoritaire montre que les conditions distales et proximales créent un stress unique et chronique spécifique aux minorités sexuelles.</p> <p>« Pris ensemble, la perspective du parcours de vie et le modèle de stress des minorités fournissent un point de départ conceptuel pour une enquête sur les besoins et les craintes anticipés des personnes âgées LGBT lorsqu'ils envisagent des soins de longue durée. » [Traduction libre]</p>
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X		On retrouve la question de l'étude qui est : « Quels sont les besoins et préoccupations actuels et futurs en matière de logement des personnes âgées LGBT, et, en particulier,

					comment ces besoins et préoccupations se rapportent-ils à l'abordabilité, à l'accès au soutien social, à l'emplacement géographique, aux soins de santé et aux services de soutien ? Et le but est que cette étude cherche à connaître les craintes et les besoins des personnes âgées LGBT, particulièrement ce qui concerne l'accessibilité financière des soins de longue durée, l'incertitude quant à savoir qui s'occupera d'eux, la peur de la démence, la peur des mauvais traitements, la fin de vie et la nécessité de créer des établissements de soins de longue durée pour les personnes LGBT. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?			X	L'article mentionne qu'il s'agit d'une étude qualitative sans développer davantage.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?			X	L'étude n'explique pas clairement les raisons du choix de faire une étude qualitative, mais les chercheurs recherchent les craintes et les besoins des personnes âgées LGBT et donc, les données sont qualitatives et non quantitatives.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population interrogée était des personnes âgées LGBT de 55 ans à 87 ans se trouvant dans un État du nord-est des États-Unis.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		Les chercheurs décrivent de façon détaillée l'échantillon interrogé pour leur étude. « L'échantillon était principalement composé de blancs (78%), de femmes (57%) et avait un revenu annuel inférieur à 50'000 \$ (62%). Afin d'inclure les points de vue des personnes âgées LGBT

				hétérogènes sur les plans raciaux, ethniques, financiers et géographiques, les groupes de discussion ont été organisés dans des zones urbaines, suburbaines et rurales de l'État. » [Traduction libre]
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X		<p>La méthode est expliquée : des groupes de discussion ont été réalisés pour la récolte de données afin que les participants se sentent à l'aise pour partager librement leurs expériences, souhaits et préoccupations. Un guide d'entretien semi-structuré a guidé la discussion qui durait 1h30 et se composait de 4 à 10 participants, d'un des chercheurs de l'étude et d'un preneur de notes qui enregistrerait numériquement la discussion. Ces discussions ont été ensuite retranscrites par des professionnels. Un membre de l'équipe de recherche a, par la suite, corrigé les erreurs de retranscription.</p> <p>Un bref questionnaire anonyme sur la démographie, les conditions de vie et les types de soutien a également été rempli par les participants.</p>
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X		<p>L'étude s'est déroulée de la manière suivante : recrutement des participants âgés de 55 ans et plus et identifiés comme étant LGBT à l'aide de stratégies d'échantillonnage raisonné et en les informant de l'étude par le biais d'annonces ; organisation de 7 groupes de discussion entre octobre 2015 et février 2016 afin de récolter les données ; utilisation d'une approche d'analyse</p>

					thématique inductive pour guider toutes les étapes de la collecte, de l'organisation et de l'analyse des données. Une fiche d'informations et un bref questionnaire démographique ont été donnés aux participants. Les participants ont également reçu une liste de ressources comprenant des ressources spécifiques aux personnes âgées LGBT de l'État.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			<p>Avant la discussion de groupe, une fiche d'informations sur la recherche dont la confidentialité des enregistrements, la reconnaissance de la participation volontaire et le droit de refus a été donnée aux participants. Ils ont également déclaré verbalement qu'ils y avaient consenti et qu'ils souhaitaient participer au groupe de discussion.</p> <p>« Le comité de révision de l'établissement du premier auteur a approuvé cette étude. Une dispense de consentement éclairé écrit a été demandée et obtenue. » [Traduction libre]</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			<p>L'analyse des données est détaillée et a été faite à l'aide d'une approche d'analyse thématique inductive.</p> <p>Les thèmes clés ont été identifiés par les chercheurs comme étant des facteurs importants influençant les décisions des personnes âgées LGBT par rapport au logement et aux soins.</p> <p>Les thèmes clés ressortis étaient : la disponibilité (ou</p>

					l'absence de ressources), les valeurs (telles que l'indépendance) et les expériences antérieures qui façonnent les attentes et les craintes.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Les chercheurs se sont aidés de codage pour analyser les résultats. Ils ont également utilisé des analyses descriptives pour examiner les caractéristiques démographiques de l'échantillon, leurs conditions de vie et leur perception des personnes vers qui elles iraient demander de l'aide.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Le résumé des résultats est compréhensible et décrit chaque thème ressorti : « abordabilité », « soins », « démence », « sécurité », « suicide », « LGBT inclus » et « personnel LGBT et personnel formé et sensible aux LGBT ». On y retrouve également des verbatims pour souligner chaque résultat.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les résultats présentés sont en lien avec le thème de l'étude qui est les besoins et difficultés des personnes âgées LGBT.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	L'étude ne mentionne pas que les chercheurs ont fait évaluer leurs données aux participants ou à des experts.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les auteurs ont mis en lien les résultats avec des recherches déjà effectuées, par exemple, le risque de suicide, son dépistage et son lien avec le stress.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Les chercheurs soulèvent des questions par rapport à chaque besoin et difficulté.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Un paragraphe sur l'implication pour la formation des soignants est développé : les professionnels de la santé doivent recevoir une formation continue afin de répondre aux besoins des personnes âgées LGBT pour que les environnements de soins soient sûrs.  Ils parlent également de l'implication par rapport aux politiques : les différentes politiques doivent permettre un accès égal à des soins pour répondre aux besoins et aux préoccupations des personnes âgées LGBT.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, structuré et bien détaillé. La seule difficulté est d'identifier la recension des écrits.

Référence :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Grille de résumé d'un article scientifique – Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Sharek, D. B., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2015). Older LGBT People's Experiences and Concerns with Healthcare Professionals and Services in Ireland. <i>International Journal of Older People Nursing</i> 10, n° 3, 230-40. <a href="https://doi.org/10.1111/opn.12078">https://doi.org/10.1111/opn.12078</a> .
<b>Introduction</b> Problème de recherche	L'expression de la sexualité est importante durant toute la vie, mais elle est ignorée, négligée ou inexistante lors de la vieillesse. Les orientations sexuelles ou identitaires différentes (LGBT) le sont encore plus et cela s'accroît par le manque de recherches sur ce thème en lien avec les personnes âgées. De plus, les pratiques adaptées et inclusives pour les personnes LGBT ne semblent pas nécessaires du point de vue des manuels.
Recension des écrits	<p>Les services de santé sont vus comme hétéronormatifs et agissent selon les images de la société sur les personnes âgées. Ils ne parlent pas des identités LGBT, ni de leurs besoins en santé, alors que les professionnels de la santé et les infirmiers sont bien placés pour parler de sexualité et de ce qui entoure et concerne les personnes âgées LGBT.</p> <p>Malgré des progrès, la discrimination continue d'être subie par les personnes LGBT. Certaines ont reçu des soins basés sur des pratiques sensibles et inclusives, cependant, une grande partie remarque des insensibilités, des préjugés et des discriminations de différents professionnels de la santé et dans plusieurs contextes. Certains soignants sont homophobes et discriminatoires de manière évidente, explicite ou implicite et ils pensent que l'hétérosexualité est la seule orientation sexuelle possible (hétéronormativité). Les réactions négatives perçues par les personnes LG sont « l'embarras, le rejet, l'hostilité, la suspicion, la pitié, la condescendance, l'ostracisme, l'évitement du contact physique ou le refus du traitement. » [Traduction libre].</p> <p>L'invisibilité des personnes âgées transsexuelles et transgenres empêche le développement de recherches sur leurs besoins et leurs préoccupations. Les éléments connus sont leurs craintes de ne pas avoir leurs besoins</p>

	<p>assouvis par les services de santé, causés par la méfiance, le malaise et l'hostilité de la part des professionnels.</p> <p>L'anticipation de discrimination amène les personnes LGBT à être méfiants et à ne pas utiliser les services de soins qui ont des conséquences sur la qualité de vie et augmentent les problèmes de santé tels que « le diabète, la dépression et les troubles psychiques. » [Traduction libre].</p> <p>Cette génération de personnes âgées LGBT, en Irlande, a vécu dans une culture où les questions sur la sexualité sont taboues et cachées. Toutes autres orientations sexuelles que l'hétérosexualité étaient pathologiques, stigmatisées et criminelles, jusqu'en 1993 où l'homosexualité n'a plus été illégale. Les lois continuent d'avancer telles que le partenariat civil (pacs).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les chercheurs n'ont pas utilisés de cadre théorique.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>« L'objectif était d'examiner la vie et les besoins des personnes âgées LGBT de plus de 55 ans et vivant en Irlande pour formuler des recommandations en matière de politique, de service et de pratique concernant le vieillissement positif, la pleine participation et l'inclusion des personnes âgées LGBT. » [Traduction libre].</p> <p>« L'article détaille l'utilisation, les expériences et les préoccupations des personnes LGBT par rapport à l'accès aux soins, à la révélation de leur identité envers les professionnels, à leurs préférences pour les soins et à leurs suggestions d'amélioration des services. » [Traduction libre].</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis mixte
Population, échantillon et contexte	<p>La supposition que 10% de la population Irlandaise âgée soit des LGBT montre que 87'498 feraient partie des critères de l'étude, qui sont d'avoir plus de 55 ans, de vivre en Irlande et de se considérer comme LGBT.</p> <p>« 144 personnes ont répondu au sondage, soit en ligne (78%), soit par courriers postaux (21%), soit par mail (&lt;1%) et 36 ont participé aux entrevues. » [Traduction libre].</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les grands thèmes de l'enquête, qui contient 84 questions, sont « l'utilisation des services de santé, l'ouverture de l'identité LGBT envers les infirmiers et les autres praticiens, leurs préférences pour les soins » [Traduction libre], et plusieurs questions étaient remplies par l'échelle de Likert en 5 points. Les enquêtes sont peu coûteuses, faciles à faire et permettent d'avoir plus de participants dans une grande zone géographique et de garder l'anonymat.</p> <p>Deux questions ouvertes ont été posées aux participants à propos de ce qu'ils pensaient sur les actions des organisations pour les personnes âgées et pour les LGBT afin d'améliorer leur vie.</p> <p>Les entretiens « reflétaient les problèmes sur la santé des participants, leurs engagements auprès des services de santé et des professionnels, les services utilisés, leurs expériences, leurs préoccupations et leurs recommandations d'amélioration. » [Traduction libre].</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'équipe de recherche et le groupe consultatif ont examiné plusieurs outils de sondage pour élaborer celui-ci. Des questions d'instruments sur les LGBT ont été reprises et modifiées, tandis que d'autres ont été créées.</p> <p>Le contenu de l'enquête a été accepté par des consultants experts des LGBT et 9 personnes LGBT de plus de 55 ans vivant en Irlande ont testé l'enquête afin de la valider. Leurs réactions ont été positives, mais quelques changements minimes ont été effectués selon leurs commentaires.</p> <p>Les entretiens ont approfondi les expériences des personnes âgées LGBT. Les enquêtes et les entretiens se sont faits simultanément.</p> <p>La difficulté d'avoir un quota de participants était attendue, car une précédente étude a eu un faible taux. En effet, l'accès à ces personnes est compliqué à cause de leur invisibilité et de leur peur de la discrimination. L'anticipation a permis de mettre en place un échantillon de proximité, d'annoncer l'étude par des sites web LGBT, par la presse écrite et par les événements nationaux. Le sondage était disponible en ligne, par courrier postal ou électronique ou par téléphone.</p> <p>À la suite de l'enquête, il était possible de participer à une entrevue en envoyant les informations nécessaires séparément. Tous les volontaires ont fait l'entrevue qui a été enregistrée sur audio et a duré entre 60 et 90 min.</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Le comité d'éthique de la recherche de la faculté des sciences de la santé du Trinity Collège de Dublin a donné son approbation pour l'étude. La confidentialité des participants est conservée par le fait que les données électroniques ont un mot de passe et sont stockés selon des lois et que les données papiers sont dans des armoires verrouillées.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Les deux méthodes sont analysées indépendamment l'une de l'autre.</p> <p>Deux chercheurs ont analysé les données d'enquête à partir de statistiques descriptives. Puis, des tableaux croisés permettent de savoir la tendance des réponses entre les groupes de LGBT, mais du fait de la quantité de réponses, les statistiques ne sont pas significatives. Finalement, un tableau Excel a aidé à examiner les textes par thèmes.</p> <p>Les interviews ont été retranscrites et codées par deux membres de la recherche de manière inductive. Malgré le fait que le codage est structuré et rigoureux dans les analyses, il n'arrive pas à ajouter de nouveaux concepts. Les comparaisons régulières ont permis de créer des thèmes.</p> <p>La triangulation entre les 2 méthodes a vérifié et confirmé que les données sont fiables. De plus, le nombre de chercheurs a augmenté la crédibilité et la fiabilité de l'étude.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p><u>Utilisation des services de santé</u></p> <p>« Environ 90% des participants utilisaient un des services de santé proposés. La majorité consultait un médecin généraliste (87%), un dentiste (64%) et un médecin spécialiste (43%). Une plus petite partie rencontrait des services de santé sexuelle (9%) et de psychologies ou de conseils (6%). » [Traduction libre]. La raison de consulter un spécialiste s'expliquerait par le fait qu'environ la moitié des participants ont un problème de santé physique dont les ¾ prennent des médicaments. Les problèmes de santé dévoilés sont liés à l'âge des participants.</p> <p><u>Expériences de prestation de soins de santé et interaction avec les professionnels y compris les infirmières</u></p> <p>43% des participants ne se sentent pas respectés en tant que LGBT par les professionnels de la santé. Certains ont bien vécu leur coming-out avec le personnel de la santé et le partenaire a eu de bonnes expériences</p>

avec les soignants, donc la possibilité que les attitudes et les réactions des professionnels changent envers les LGBT est envisageable. Cependant, 23% ont ressenti avoir reçu de moins bons traitements parce qu'ils sont LGBT et d'autres disent avoir eu de mauvaises interactions avec le personnel de soin.

*Préoccupation concernant le fait de communiquer avec des prestataires de soins*

Le coming-out est difficile à faire et « implique une évaluation des réactions potentielles, du soutien disponible, de la confiance, des relations de pouvoir, de la confidentialité et des attitudes des professionnels de la santé. » [Traduction libre]. 61% parlent de leur identité/orientation sexuelle à quelques ou tous leurs fournisseurs de soins, tandis que 26% n'en parlent pas. 44% n'estiment pas nécessaire d'en parler et 20% ne veulent pas dévoiler leur identité LGBT par crainte des réactions négatives.

*Préoccupation concernant la base de connaissances des infirmières et autres praticiens de la santé*

Les pensées et le langage hétérosexuels de la part des soignants augmentent l'invisibilité des personnes LGBT et les difficultés à faire leur coming-out en plus de la peur d'être stigmatisées et discriminées. Peu de participants disent être discriminés parce qu'ils sont LGBT, mais la majorité pensent que le personnel n'est pas informé de ce qui concerne les LGBT et cela se remarque lorsqu'une personne est en transition sexuelle et par le fait qu'il semble considérer les personnes âgées comme asexuées.

*Préoccupation concernant l'accès aux soins en établissement*

En vieillissant, les participants préfèrent vivre chez eux en premier choix, en deuxième dans une maison avec d'autres personnes LGBT et en troisième dans un EMS. Cependant, ce dernier choix inquiète, car elles ne veulent pas cacher leur orientation sexuelle ou être dans un monde hétéronormative dans lequel le manque de respect et de reconnaissance envers leur sexualité est un risque. Au contraire, d'autres ne veulent pas faire de coming-out et elles s'inquiètent du non-respect de leurs choix et du risque de sentiment de trahison par les personnes la découvrant. Les personnes transgenres se soucient de la perte de leur identité si elles ne peuvent plus s'exprimer en tant que transgenre de manière libre. Quelques participants craignent que leur partenaire soit rejeté et ne soit pas reconnu dans leur rôle concernant les soins

	<p>Des participants s'inquiètent de la solitude et de l'isolement, que certains ressentent déjà avec le vieillissement, surtout ceux venant de zone rurale, n'ayant pas fait de coming-out ou n'ayant pas de lien avec les LGBT. De plus, le fait de ne pas avoir de visite extérieure effraie.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>La vie dans un environnement où l'identité des LGBT était criminelle ou pathologique explique que 26% ne veulent pas révéler leur identité aux soignants. Cependant, le fait de garder caché leur orientation sexuelle et identité de genre a des conséquences sur le type et la qualité des soins offerts. De plus, les professionnels pensent que les services de soins existants ne sont pas utilisés par les personnes LGBT. Alors que certains ne rencontrent pas de problèmes ni de discrimination lors des soins, quelques-uns disent qu'ils ne sont pas adaptés aux besoins des personnes LGBT.</p> <p>Si le contexte historique de la vie des personnes âgées LGBT et leurs craintes liées à leur vécu sont connus par les infirmiers, ils seront plus sensibles aux angoisses et à l'importance d'un contexte de soins sécuritaire et soutenant où elles pourront s'exprimer librement. Les documentations infirmières, les feuillets d'informations et le langage risquent de renforcer l'hétéronormativité et l'exclusion des personnes LGBT et de leur famille s'ils ne sont pas adaptés.</p> <p>La maison est l'hébergement préféré de tous. Si la nécessité d'être dans un EMS arrive, les participants en préféreraient un exclusif aux LGBT, car il sera plus sensible à leurs besoins. « Même si aucun des participants n'était dans un EMS, ils s'inquiétaient que les professionnels pensent que toutes les personnes âgées sont asexuées, qu'ils ne connaissent pas les problèmes des LGBT et ont des préjugés sur eux. » [Traduction libre].</p> <p>Les couples homosexuels ont peur du rejet du partenaire et du manque de reconnaissance dans son rôle lié aux soins. « Les personnes âgées transgenres sont anxieuses et expriment leur ressentiment face au manque de connaissances des soignants et de services répondant à leurs besoins. » [Traduction libre].</p> <p>La formation infirmière devrait aborder le thème des LGBT dont leurs besoins. De plus, les infirmiers peuvent examiner la philosophie des services et des politiques pour inclure les LGBT et rendre positive les publicités et les images qui augmenteraient leur visibilité.</p>

	<p>« Les organisations d’infirmiers devraient soutenir les politiques publiques favorisant la santé des LGBT et réduisant les disparités de santé. » [Traduction libre]. Les EMS ont le nécessaire pour répondre aux besoins médicaux, mais ils ignorent les besoins liés à l’intimité et à la sexualité de n’importe quelles personnes âgées. Des EMS sont hétéronormatives et ils ne reconnaissent ni ne valorisent la différence, par conséquent les personnes LGBT sont marginalisées et se cachent amenant à l’exclusion sociale.</p> <p>Les recherches impliquant les personnes âgées indiquent que peu importe l’orientation sexuelle ou l’identité de genre, ils vivent dans la solitude, l’isolement et la peur de l’isolement. Ces éléments sont accentués chez les personnes LGBT, car elles « risquent plus de vivre seules, de ne pas avoir de partenaire, d’enfant ou de membre de la famille à appeler en cas de besoin. » [Traduction libre]. Vu le risque plus grand d’isolement et de solitude, les infirmiers doivent en être conscients pour aider à créer des réseaux dans la communauté.</p>
Forces et limites	<p>La taille de l’échantillon de l’enquête (144) n’est pas suffisante pour le niveau de confiance (95% avec un intervalle de 9%). Des groupes sont sous-représentés dont « les femmes, les personnes de plus de 70 ans, les bisexuels et transgenres ainsi que les personnes vivant dans des maisons de retraites. » [Traduction libre].</p> <p>La participation volontaire peut biaiser les résultats vers les personnes plus sûres de leur identité.</p> <p>La manière de recruter peut empêcher les personnes avec des difficultés de lecture ou liées à la technologie de participer.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les participants ont donné des recommandations sur les services de santé afin de soutenir les personnes âgées LGBT.</p> <p>Il faut se rappeler de manière consciente que tout le monde n’est pas hétérosexuel, même s’il est marié et a des enfants. Les partenaires existent et ont un rôle dans les prises de décisions et de prise en charge. Tout le monde a des droits. La promotion et la publicité des EMS gay-friendly sont importantes.</p> <p>Les personnes affrontant des problèmes d’identité de genre ont un manque de services, notamment de conseils, de soins médicaux et d’informations, sur les problèmes des transgenres.</p>

Certaines participantes préfèrent avoir un fournisseur de santé femme ou lesbienne et avoir le choix au sein des services, tandis que quelques hommes voudraient avoir plus de médecins homosexuels afin d'être moins gênés de parler de certains problèmes et de n'avoir plus à donner des explications détaillées.

Les orientations sexuelles et les identités de genre sont souvent négligées dans l'enseignement, la pratique et la recherche.

La formation du personnel avec l'acquisition de connaissances et de compétences liées aux besoins spécifiques de cette population sont essentielles pour donner des services inclusifs et sensibles ainsi que des soins adéquats. Les infirmiers devraient être proactifs dans la lutte de la discrimination et de la stigmatisation des LGBT.

De futures recherches devraient explorer la vision des soignants sur leur pratique envers les personnes LGBT ainsi que les défis et les moyens utilisés pour améliorer leur pratique.

### Grille de lecture critique d'un article scientifique- -Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Sharek, D. B., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2015). Older LGBT People's Experiences and Concerns with Healthcare Professionals and Services in Ireland. <i>International Journal of Older People Nursing</i> 10, n° 3, 230-40. <a href="https://doi.org/10.1111/opn.12078">https://doi.org/10.1111/opn.12078</a> .				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le problème est les expériences et les préoccupations dans les services en Irlande, et la population concerne les personnes LGBT et les professionnels de la santé.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Toutes les parties sont séparées même si les titres diffèrent du reste du document. Le résumé est clair et reprend les éléments importants.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est sur le tabou de la sexualité à l'âge avancé et l'orientation sexuelle et l'identité de genre différentes. Les recherches sur les personnes âgées LGBT sont minces et la pratique spécialisée pour les personnes LGBT est méconnue et ignorée par les manuels. Cependant, le contexte est précisé plus tard, par le fait que les questionnaires sont remplis à domicile.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les connaissances actuelles sont résumées de manière claire. Les services de santé sont vus comme hétéronormatifs et la discrimination est toujours présente. Les personnes craignent des soins inadaptés et de la

					discrimination empêchant l'utilisation des services de soins. La génération actuelle de personnes âgées LGBT a vécu dans le tabou de la sexualité, l'illégalité, la pathologie et la criminalité de l'homosexualité.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Il n'y a pas de théorie qui est clairement définie.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les buts sont indiqués, celui d'examiner la vie et les besoins des personnes âgées LGBT en Irlande pour formuler des recommandations et celui de détailler l'utilisation, les expériences et les préoccupations des personnes LGBT dans les soins.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ? Si non, qu'en diriez-vous ?	X			Le devis de recherche mixte est précisé.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population concerne des personnes LGBT de plus de 55 ans vivant en Irlande. Si 10% de la population décrite est LGBT, il y a 87'498 personnes faisant partie de ses critères.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			144 personnes ont répondu au sondage et 36 aux entrevues. Il est précisé le nombre de personne selon leur âge, leur identité sexuelle, leur orientation sexuelle et leur statut relationnel.

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		La taille de l'échantillon n'est pas justifiée, mais ils expliquent comment éviter d'avoir trop peu de monde et d'avoir le plus de réponses possibles.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les instruments sont des sondages de 84 questions et deux questions ouvertes et des entrevues. Ils ont expliqué l'adaptation des outils et leurs buts.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les questions ont été adaptées à la recherche et la méthode permet d'avoir le plus de participants et de réponses possibles.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Les différentes étapes sont expliquées. D'abord, la création de l'outil et son test et ensuite, les enquêtes et les entretiens sont faits simultanément.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'étude a été approuvée par un comité d'éthique de Dublin et différentes démarches ont été faites pour maintenir la confidentialité des participants.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les deux méthodes sont analysées indépendamment l'une de l'autre. Elles ont été examinées par des statistiques descriptives et des tableaux croisés ont identifié les tendances des réponses. La triangulation des méthodes a confirmé la fiabilité des résultats.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont structurés, placés sous forme de tableaux et des verbatim sont présents. 90% des participants consultent, dont la majorité concerne un médecin généraliste, un dentiste et un médecin

				<p>spécialiste.</p> <p>43% ne se sentent pas respectés par les soignants, malgré le fait que certains ont eu de bonnes expériences après leur coming-out.</p> <p>61% parlent de leur identité LGBT à des professionnels de la santé, 44% n'estiment pas nécessaire et 20% ne veulent pas à cause du risque de réactions négatives.</p> <p>L'hétéronormativité des soins augmente l'invisibilité des LGBT. Le personnel soignant ne semble pas informer de ce qui concerne les LGBT.</p> <p>L'entrée en EMS inquiète par le choix d'indiquer son identité LGBT avec le risque de discrimination ou de la cacher avec le risque d'isolement social.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X	Il n'y a pas de cadre théorique pouvant approfondir les résultats, mais des liens sont faits entre les différents résultats, la problématique et d'autres recherches.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		<p>Les résultats sont mis en lien avec les études précédentes comme le prouvent les références des études.</p> <p>L'inconnu sur les personnes âgées LGBT que ce soit au niveau de l'histoire, des connaissances médicales et sociales ou de leurs besoins, empêche d'offrir des soins adéquats et de créer le bon environnement.</p>
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les limites sont notées telles que la taille de l'échantillon insuffisante pour le niveau de confiance, le manque de

				variété des personnes, le volontariat pouvant biaiser les résultats et la méthode de recrutement rendant difficile la participation de certaines personnes.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Les généralisations concernent essentiellement ce que les soignants doivent faire avec les personnes LGBT, puis les besoins et les expériences de ces personnes.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		Des propositions sont faites par les participants pour les services de santé. Les soignants retiennent que tout le monde n'est pas hétérosexuel et l'importance du partenaire dans les soins. La promotion pour les EMS gay-friendly est importante. La formation du personnel sur les besoins spécifiques de cette population est essentielle pour des bons soins. Le choix des prestataires, surtout LGBT, aiderait à être plus ouvert.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X		Des propositions sont faites telles que savoir comment les professionnels considèrent leur pratique avec les personnes LGBT et comment l'améliorer.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Le texte est structuré et clair, les informations données permettent une bonne analyse.

## Grille de résumé d'un article scientifique – Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Villar, F., Serrat, R., Fabà, J., & Celdrán, M. (2015). Staff Reactions Toward Lesbian, Gay, or Bisexual (LGB) People Living in Residential Aged Care Facilities (RACFs) Who Actively Disclose Their Sexual Orientation. <i>Journal of Homosexuality</i> , 62, 1126–1143. doi:10.1080/00918369.2015.1021637
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les études déjà réalisées montrent que les résidents LGB sont moins acceptés que les résidents hétérosexuels, mais aucune n'explore les réactions des soignants face à la divulgation de l'orientation sexuelle d'un résident dont ils s'occupent.
Recension des écrits	La sexualité est présente toute la vie est même si les personnes âgées expriment leurs envies sexuelles de différentes manières, être actif sexuellement est favorable pour leur santé et leur bien-être. Malheureusement, les personnes âgées vivant en RACF (EMS en Espagne) font face à des défis et de ce fait, ils sont sexuellement moins actifs. Les raisons sont le manque de vie privée et de partenaires potentiels, les problèmes de santé et les attitudes face à la sexualité de la part de certains résidents et professionnels. En effet, les médecins et autres soignants n'abordent pas la sexualité avec les résidents, car ils ont des attitudes et des croyances stéréotypées et ont des connaissances limitées sur la sexualité des aînés. Ces attitudes peuvent être une limite majeure pour les personnes LGBT. Les soignants auraient des postures négatives qui seraient affectées également par l'environnement socioculturel. Une des peurs majeures des personnes LGBT est la discrimination dans les soins car encore aujourd'hui, certains soignants prodiguent des soins discriminatoires. Cette discrimination provient également d'autres employés des RACF et de résidents. Cette communauté est donc favorable à entrer dans des établissements gay-friendly. Cette discrimination amène une crainte de la part des personnes LGBT à faire leur coming-out auprès des soignants et ceci amène à des problèmes psychologiques et physiques.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique n'a été utilisé dans cette étude.

Question de recherche/buts	« L'objectif principal de cette étude était de décrire les réactions du personnel soignant en RACF envers les résidents LGB qui révèlent facilement leur orientation sexuelle. Plus précisément, les chercheurs se sont intéressés à identifier ce que les membres du personnel penseraient de cette situation, comment ils le gèreraient et quels changements possibles peuvent se produire dans les prestations de soins à la suite de la révélation de l'orientation sexuelle. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis qualitatif
Population, échantillon et contexte	<p>Les participants se composaient de 53 soignants travaillant en RACF. Ils étaient 48 femmes et 5 hommes, étaient âgés entre 22 et 63 ans et travaillaient en RACF entre 1 an et 25 ans. 23 participants étaient des auxiliaires et 30 des professionnels diplômés. 71,6% participants étaient peu ou pas religieux et le reste étaient moyennement ou très religieux.</p> <p>Les soignants provenaient de 5 RACFs de taille moyenne (jusqu'à 90 résidents) du réseau public de Services sociaux en Catalogne se situant dans des zones socio-économiques de Barcelone.</p>
Méthode de collecte des données	Un entretien semi-structuré parlant de sexualité en RACF a permis de collecter les données. Les chercheurs ont posé quelques questions sur la sexualité et le vieillissement et ont ensuite présenté 5 vignettes parlant de la sexualité de résidents. Les participants ont ensuite répondu à 3 questions : « Qu'en pensez-vous ?, Comment géreriez-vous la situation ?, Pensez-vous que certains de vos collègues de travail changeraient leurs prestations de soins envers le résident ? » [Traduction libre]. Les réponses ont été enregistrées et retranscrites mot pour mot.
Déroulement de l'étude	La direction de chaque RACF a donné sa permission après avoir pris connaissance des objectifs et de la méthode de collecte de données de l'étude et a transmis une liste du personnel répondant aux critères de l'étude. Le hasard a ensuite permis de sélectionner les participants. La seule exigence était que le même nombre d'auxiliaires et de professionnel diplômé dans chaque RACF devait participer pour que l'échantillon final soit équilibré. Avant chaque entretien, le soignant donnait son consentement après avoir pris connaissance des

	objectifs. 2 chercheurs avec une expérience dans la recherche qualitative ont réalisé les entretiens. Avant la recherche officielle, ces chercheurs ont testé leur méthode auprès de 2 soignants et ont discuté des résultats pour apporter des modifications afin d'avoir le plus de données possibles.
Considérations éthiques	« L'autorisation de réaliser l'étude a été obtenue auprès du Comité d'éthique de la Faculté de psychologie de l'Université de Barcelone. Les participants sont des volontaires qui ont reçu une explication détaillée de l'étude et qui ont tous signé un formulaire de consentement. » [Traduction libre]
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>L'analyse du contenu a été utilisée pour traiter les réponses afin d'identifier les thèmes communs et de quantifier leurs fréquences.</p> <p>L'analyse s'est faite en quatre étapes : les réponses entrées dans la base de données ont été passées en revue par les chercheurs afin qu'ils se familiarisent avec les données et qu'ils ressortent les unités de sens de chaque réponse. Ces unités de sens ont ensuite été catégorisées par les chercheurs à l'aide du logiciel NVivo 2.0. Trois groupes de catégories ont donc été créés, un groupe pour chaque question posée lors des entretiens. Puis les chercheurs ont comparé leurs groupes de catégories pour avoir un accord et ils ont classé les unités de sens dans les groupes de catégories. Un autre chercheur a par la suite classé 30% des unités de sens dans les groupes de catégories et son classement a été comparé à l'original pour calculer l'indice de fiabilité de chaque système. Cette comparaison a indiqué que la fiabilité des systèmes était très bonne.</p>
Présentation des résultats	<p>Si les soignants étaient confrontés à une situation avec une personne âgées LGBT par rapport à leur sexualité, la majorité trouverait normal ou accepterait l'orientation sexuelle de la personne. L'autre partie serait surprise par la situation car habituellement, les personnes âgées LGBT restent cachées.</p> <p>Par rapport à la gestion de la situation, une partie du personnel éviterait les problèmes que pourraient engendrer la divulgation de l'orientation sexuelle du résident, une autre partie aiderait la personne et la dernière partie n'interviendrait pas.</p> <p>Enfin, par rapport à ce que les soignants penseraient que leurs collègues feraient, plus de la moitié a déclaré qu'ils ne changeraient pas leurs habitudes de soins et une partie qu'ils changeraient leurs façons de faire.</p>

<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Un des principaux résultats était lié à la génération. En effet, environ la moitié des participants seraient étonnés qu'un résident révèle être LGBT à cause de son âge et de sa génération. Les chercheurs pensent que cela est lié à la réticence des personnes âgées à parler de sexualité. De plus, en Espagne, les résidents vivant en RACF ont grandi durant l'après-guerre espagnole et ont donc reçu une formation sous la dictature avec beaucoup de limites dans leur liberté et leurs droits. De ce fait, les rapports autres qu'hétérosexuels étaient un péché.</p> <p>Les résultats obtenus durant cette étude sont en contradiction avec les études antérieures, car les professionnels de la santé travaillant en RACF sous-entendent qu'avoir une orientation sexuelle LGBT est normale et acceptable. Cependant, les réponses obtenues à la seconde question reconsidèrent ce qu'ils sous-entendent, car près de la moitié pensent qu'une orientation sexuelle LGBT pourrait être un problème et que des mesures devaient être prises pour l'éviter. Par ailleurs, les résidents de RACF ont des troubles cognitifs et il serait donc préférable d'évaluer les capacités des personnes pour empêcher des relations non-consenties entre eux. Une réponse étonnante était d'informer la famille sur l'orientation sexuelle. Même si peu de participants ont suggéré cela, donner toutes informations sans l'accord du résident ne respecterait pas le droit à la vie privée et doit donc être évité à tout prix par les soignants. Malgré ces différentes réponses, certains résultats montrent que les réactions des professionnels sont positives et respectent les droits des résidents. En effet, quatre participants apporteraient de l'aide au résident même si l'un d'eux l'aiderait à dissimuler son orientation sexuelle. Cela n'est pas vraiment utile même si l'intention était d'éviter des réactions négatives de la part d'autres résidents, car ce type d'aide n'est pas réellement respectueux par rapport à la diversité sexuelle, favorise l'invisibilité et pourrait être un obstacle à la normalisation et l'acceptation des LGBT en RACF. Cinq participants ne feraient rien face à un résident déclarant être LGBT. L'étude met en avant qu'aucun accord ni approche commune par rapport à la gestion d'une telle situation était mise en place entre les soignants interrogés. De plus, ils ne connaissent pas la politique officielle par rapport aux LGBT.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Les limites présentes dans cet article sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La taille de l'échantillon est petite et limite la généralisation des résultats. De ce fait, d'autres études quantitatives doivent être faites pour confirmer les résultats obtenus.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Une recherche sur les points de vue et les parcours avec leurs conséquences des résidents LGBT devrait être faite.</li><li>- Les scénarios utilisés durant les entretiens étaient hypothétiques.</li><li>- La grande majorité des participants étaient des femmes.</li><li>- Seules les réactions face aux questions LGBT sont traitées dans l'étude.</li></ul>
Conséquences et recommandations	Les conséquences pratiques de cette étude sont la mise en place de politiques formelles ayant pour rôle de répondre aux besoins des personnes âgées LGBT comme les évitements d'une approche contradictoire face à ces personnes et de soins potentiellement dangereux, l'abordabilité de l'orientation sexuelle lors des formations offertes au personnel et l'adoption de programmes pour sensibiliser les autres résidents.

### Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	FELICIANO, V., RODRIGO, S., JOSEP, F., MONTSERRAT, C., (2015). Staff Reactions Toward Lesbian, Gay, or Bisexual (LGB) People Living in Residential Aged Care Facilities (RACFs) Who Actively Disclose Their Sexual Orientation. doi: 10.1080/00918369.2015.1021637				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			On y retrouve la population interrogée qui est le personnel travaillant en établissement de soins pour personnes âgées. Le principal concept est les réactions du personnel par rapport aux personnes LGB qui révèlent de manière active leur orientation sexuelle.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			On y retrouve un résumé de la méthode avec le problème principal, une synthèse des résultats et les principales questions soulevées dans les discussions sont présentes.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Les chercheurs identifient le problème comme étant une mauvaise acceptation et tolérance d'une orientation sexuelle LGB dans les RACFs (EMS en Espagne).
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Plusieurs paragraphes présentent différentes études sur les besoins des personnes âgées en général, les personnes âgées vivant en établissement de soins et les besoins et obstacles des personnes âgées LGBT.

Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X	Aucun cadre théorique n'est présent dans cet article, car l'étude est exploratoire et les objectifs sont de décrire les expériences des gens et de générer des concepts plutôt que de tester des cadres théoriques.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X		L'objectif principal de cette étude est de « décrire les réactions du personnel soignant en RACF envers les résidents LGBT qui révèlent facilement leur orientation sexuelle. Plus précisément, d'identifier ce que les membres du personnel penseraient de cette situation, comment ils le gèreraient et quels changements possibles peuvent se produire dans les prestations de soins à la suite de la révélation de l'orientation sexuelle. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?			X Le devis de recherche n'est pas clairement mentionné dans l'article, mais on y retrouve des données qualitatives et les chercheurs ont de l'expérience dans la recherche qualitative, donc c'est un devis qualitatif.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?			X L'étude n'explique pas clairement leur choix par rapport au type d'étude qu'ils ont fait mais ils ont recherché les réactions des soignants face à la divulgation de l'orientation sexuelle des personnes âgées LGBT et donc les données sont qualitatives et non quantitatives.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X		<p>La population se composait de 53 soignants travaillants en RACF.</p> <p>Les soignants provenaient de 5 RACFs de taille moyenne (jusqu'à 90 résidents) du réseau public de Services sociaux en Catalogne se situant dans des zones socio-économiques de Barcelone.</p>
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X		<p>L'échantillon se composait de 48 femmes et 5 hommes âgés entre 22 et 63 ans et travaillant en RACF entre 1 an et 25 ans. 23 participants étaient des auxiliaires et 30 des professionnels diplômés. 71,6% participants étaient peu ou pas religieux et le reste étaient moyennement ou très religieux.</p>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X		<p>La méthode est explicitée : Un entretien semi-structuré parlant de sexualité en RACF a permis de collecter les données. Les chercheurs ont posé quelques questions sur la sexualité et le vieillissement et ont ensuite présenté 5 vignettes parlant de la sexualité de résidents. Les participants ont ensuite répondu à 3 questions : « Qu'en pensez-vous ?, Comment géreriez-vous la situation ?, Pensez-vous que certains de vos collègues de travail changeraient leurs prestations de soins envers le résident ? » [Traduction libre]. Les réponses ont été enregistrées et retranscrites mot pour mot.</p>

Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			L'étude s'est déroulée de la façon suivante : La direction a donné sa permission et a transmis une liste du personnel permettant de sélectionner les participants au hasard. 2 chercheurs avec une expérience dans la recherche qualitative ont réalisé les entretiens. Avant la recherche officielle, ces chercheurs ont testé leur méthode auprès de 2 soignants et ont discuté des résultats pour apporter des modifications afin d'avoir le plus de données possibles.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			« L'autorisation de réaliser l'étude a été obtenue auprès du Comité d'éthique de la Faculté de psychologie de l'Université de Barcelone. Les participants sont des volontaires qui ont reçu une explication détaillée de l'étude et qui ont tous signé un formulaire de consentement. » [Traduction libre]
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			L'analyse du contenu a été utilisée pour traiter les réponses afin d'identifier les thèmes communs et de quantifier leurs fréquences. Les chercheurs ont passé en revue les réponses et ont ressorti des unités de sens, qui ont été classées en 3 catégories à l'aide du logiciel NVivo 2.0. Une comparaison du classement des unités de sens dans les catégories avec un autre chercheur a indiqué que la fiabilité des systèmes était très bonne.

	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			À la suite de l'analyse, un chercheur ne participant pas à l'analyse des données a classé 30% des unités de sens choisies aléatoirement dans les groupes de catégories définis et son classement a été comparé à l'original pour calculer l'indice de fiabilité de chaque système. Cette comparaison a indiqué que la fiabilité des systèmes était très bonne (0,95, 0,93 et 0,97, respectivement).
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sont présentés clairement et développés par rapport aux trois questions posées : « Qu'en pensez-vous ? », « Comment géreriez-vous la situation ? » et « Certains de vos collègues changeraient-ils leurs habitudes de prestation des soins ? » [Traduction libre].  On y retrouve également des verbatim pour chaque catégorie.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les thèmes abordés dans la recherche et les résultats obtenus sont en lien avec la problématique. Les réactions des soignants par rapport à une situation avec un résident LGBT ont été analysées.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Les auteurs de l'étude ne mentionnent pas qu'ils ont fait analyser les données obtenues par les participants ou des experts.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les auteurs ont mis en lien les résultats obtenus avec des études antérieures comme par exemple la sexualité des personnes âgées, l'homophobie dans les soins, l'invalidité cognitive des personnes vivant dans les établissements de soins, les conséquences négatives de la dissimulation de l'orientation sexuelle, etc.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		La question de la transférabilité n'est pas abordée.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Les conséquences pratiques de cette étude sont la mise en place de politiques formelles ayant pour rôle de répondre aux besoins des personnes âgées LGBT comme les évitements d'une approche contradictoire face à ces personnes et de soins potentiellement dangereux, l'abordabilité de l'orientation sexuelle lors des formations offertes au personnel et l'adoption de programmes pour sensibiliser les autres résidents.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et structuré. On y retrouve l'introduction, la méthode, les résultats et la discussion qui sont bien détaillés ce qui permet de réaliser une bonne analyse.

### Grille de résumé d'un article scientifique – Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	<p>Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., &amp; Almack, K. (2018). Developing Inclusive Residential Care for Older Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People : An Evaluation of the Care Home Challenge Action Research Project. <i>Health &amp; Social Care in the Community</i>, 26, n° 2, e312-20. <a href="https://doi.org/10.1111/hsc.12521">https://doi.org/10.1111/hsc.12521</a>.</p>
Introduction Problème de recherche	<p>Il n'existe pas de données empiriques, ni de recommandations en pratique pour inclure les personnes âgées LGBT. L'entrée en EMS demande des ajustements et complique le fait de rester soi-même, d'avoir des relations sociales et du soutien.</p>
Recension des écrits	<p>L'estimation des personnes âgées LGB de plus de 55 ans est d'un million et de 300'000 pour les personnes transgenres.</p> <p>Étant donné le manque de documentations pour inclure les personnes âgées LGBT dans les EMS, ces personnes subissent de la discrimination et de l'exclusion. Ces phénomènes ont diminué et elles sont plus reconnues, grâce à des « changements politiques, législatifs et sociaux en ce qui concerne les personnes LGBT au Royaume-Uni. » [Traduction libre].</p> <p>Par le fait de l'invisibilité et de la marginalisation des personnes âgées LGBT, des préoccupations sur la préparation, l'accès et la qualité des soins et un soutien inclusif s'observent. De plus, les histoires de vie, les relations et la culture peuvent être ignorées et provoquées de la violence.</p> <p>Les enquêtes sur les connaissances, les compétences et les attitudes du personnel d'EMS montrent la nécessité de changements afin d'améliorer les soins envers les personnes âgées LGBT. Cependant, la formation ne suffit pas pour les changements organisationnels, il faut également des compétences sur des stratégies pour l'amélioration de la pratique et du développement des EMS.</p>

	<p>Le travail de Polari est le premier à analyser les expériences des personnes LGBT par rapport au logement, à la santé et à la protection sociale. Il est important d'être proactif pour connaître leurs besoins en soins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>« Le projet d'apprentissage par l'action s'appuie sur le cadre de changements organisationnels de Rogers, comprenant 5 phases : la sensibilisation, l'intérêt, l'évaluation, les essais et l'adoption. » [Traduction libre]. Il est combiné à un modèle de leadership participatif qui met l'accent sur l'évaluation de l'impact des changements organisationnels proposés avant l'adoption de changements.</p> <p>« Le Care Home Challenge a pour but d'améliorer les normes de services des foyers de soins et permettre aux personnels soignants d'accroître la sensibilisation et les compétences nécessaire pour aider les résidents LGBT et leurs proches. » [Traduction libre].</p>
Question de recherche/buts	<p>« Le but de l'étude est de combler les lacunes de connaissances et de pratique en utilisant un programme holistique d'activités conçues pour promouvoir l'inclusion des personnes LGBT et encourager le personnel à reconnaître ses propres besoins en matière d'apprentissage. » [Traduction libre].</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis qualitatif
Population, échantillon et contexte	L'étude s'est déroulée dans des foyers de soins en Angleterre. Il y a eu 35 entretiens et 18 répondants dont 6 gestionnaires des foyers (GF), 8 conseillers communautaires (CC), 3 cadres supérieurs (CS) et 1 formateur.
Méthode de collecte des données	<p>Un examen des résultats de recherche a créé un outil d'évaluation afin de connaître les domaines clés de bonnes pratiques d'inclusion qui donneront une structure aux interactions entre les CC et les EMS. Ces domaines sont la politique et les procédures, les consultations, la gestion des risques, l'accompagnement en fin de vie, la sécurité culturelle, les questions spécifiques aux transgenres et le développement de la main-d'œuvre.</p> <p>« Les études de cas ont identifié les problèmes et les stratégies d'action ainsi que favorisé les discussions sur l'affirmation de soi, la connaissance des lois et droits. » [Traduction libre]. La participation de la communauté et</p>

	<p>l'expérience des participants ont aidé à approfondir les problèmes d'inclusion et leurs résolutions.</p> <p>Les entretiens téléphoniques semi-structurés qui ont permis aux GF, CC et CS de parler librement, car le langage corporel n'est pas observé, ont montré des thèmes et des perspectives imprévues.</p> <p>Deux groupes de discussion étaient organisés, un composé du groupe consultatif national LGBT et un autre à mi-parcours avec les GF et les CC.</p> <p>Les communications téléphoniques ont été enregistrées et transcrites.</p>
Déroulement de l'étude	<p>« Le projet a été dirigé par des praticiens universitaires expérimentés dans le domaine de la recherche sur les LGBT, un groupe consultatif national et une équipe de gestion du groupe LGBT de l'organisation de soins. » [Traduction libre].</p> <p>Pour éviter les difficultés d'inclusion des personnes LGBT en EMS, il est nécessaire de « passer par un processus de compréhension, d'attente et d'interprétation du personnel et ces relations. » [Traduction libre]</p> <p>L'étude de sensibilisation des résidents et du personnel sur l'inclusion des LGBT, a duré 4 mois et est composée d'une phase de sensibilisation et d'intérêt selon le modèle de Rogers. « Après ces 4 mois, une discussion sur les résultats a aidé à élaborer un plan d'action et les initiatives d'amélioration des services, puis le partage des connaissances avec des dirigeants a permis d'intégrer les améliorations dans la politique d'égalité. » [Traduction libre]</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité d'éthique de l'Université de Nottingham a approuvé l'étude et les consentements éclairés ont été obtenus par les participants. Les données étaient anonymes et « stockées selon la loi de protection de données. » [Traduction libre].</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>L'évaluation du Care Home Challenge permet de comprendre la manière dont les interventions procurent des changements.</p> <p>Les résultats sont générés par une analyse thématique qui identifie les thèmes clés sortant de l'ensemble des données et les récits courants pour comprendre et construire leurs expériences.</p>

Présentation des résultats	<p><u><i>Commencer le parcours : Reconnaître les problèmes LGBT dans les foyers de soins</i></u></p> <p>Avant d'intervenir, il est observé que le personnel et les résidents ont peu de connaissances par rapport aux vécus et aux besoins de soutien des personnes LGBT et ils ont peu d'expériences avec elles, ce qui peut être influencé par le manque de discours sur la sexualité des personnes âgées. Le peu de questionnement sur la sexualité renforce l'invisibilité, la marginalisation, le manque de sensibilité et de prise de conscience sur les LGBT.</p> <p>La pensée que l'orientation sexuelle est une affaire personnelle, favorise les attitudes oppressives, l'autocensure et le déni de la différence et par conséquent les soignants pensent que l'évaluation des besoins n'est pas une priorité</p> <p>Le fait de traiter tout le monde de la même manière renforce les inégalités sociales et diminue les différences sans adapter les services de soins, alors que l'égalité « implique de prêter attention à la diversité et aux différentes formes de prestations requises. » [Traduction libre].</p> <p><u><i>Défis rencontrés sur le trajet – exigences organisationnelles</i></u></p> <p>Des obstacles structurels et organisationnels empêchent les CC de faire leur rôle, tels que le fait de passer par les GF et le personnel pour débiter un dialogue, l'évolution des équipes compliquant la participation aux réunions et la communication avec les GF par téléphone ou mail.</p> <p>Le personnel est encouragé à assister aux séances de conseil LGBT par les GF, qui n'y allaient pas, ce qui provoque des questionnements sur le leadership et l'engagement de modélisation. Ce problème a été compris en sachant que les GF et le personnel reçoivent de la pression par rapport aux imprévus.</p> <p>Les échéanciers du projet étaient difficiles à cause de la nécessité d'engager le personnel, de planifier, d'organiser des séances et d'initier des changements.</p> <p><u><i>Remettre en question les opinions et les croyances du personnel</i></u></p> <p>Certaines discussions étaient ressenties comme conflictuelles car elles touchaient leur propre identité et/ou genre sexuels. Quelqu'un a dit « savoir comment traiter cette maladie », une autre personne ne laisserait pas</p>
----------------------------	--

sortir son fils ayant fait son coming-out alors qu'elle a travaillé avec des personnes transgenres, d'autres sont moins tolérants de par leur religion ou leur culture. Ce dernier point obstrue la prise de conscience. Les personnes venant d'une culture condamnant par la loi ou moralement les différences entre les sexes, devraient exprimer leur hostilité ou leur malaise afin d'offrir des soins adéquats. « Ce thème rappelle l'existence d'une législation sur l'égalité et le besoin d'une pratique professionnelle et éthique dans laquelle les besoins des adultes vulnérables priment sur les angoisses religieuses ou autres suscitées par les différences entre les sexes. » [Traduction libre].

Malgré les soins centrés sur la personne, une homophobie enracinée et une tolérance partielle aux LGBT dans un EMS restent présentes. De plus, il était difficile de discuter d'homosexualité à l'époque donc ça l'est encore plus avec des résidents ayant une perte de capacité cognitive. Les influences des générations modifient l'acceptation des LGBT, car en vieillissant, une confiance en soi et des ressources émotionnelles et politiques ont pu se développer pour contrer les stéréotypes et les discriminations.

Les témoignages de ceux ayant déjà fait leur coming-out aideraient le personnel et les autres résidents à changer leur point de vue sur les LGBT, l'hétéronormativité et le cisgenre.

*Faire que le changement se produise : opportunités, initiatives et gains – fournir une direction à travers l'expérience vécue*

Les séances animées par les CC, dans un environnement sûr et sans jugement, contenait l'histoire des LGBT et les lois sur l'égalité. Elles ont permis l'échange, l'examen des croyances enracinées, l'exploration des hypothèses et le rôle des influences sociales et biographiques sur l'attitude du personnel.

Des changements sont effectués, comme de penser en termes d'identité ou de forme de différence et de ressentir de la compassion même pour ceux ayant des réserves religieuses. Les séances ont permis l'exploration des conséquences de l'exclusion, de la marginalisation et de l'ostracisme\*.

Le personnel a la volonté de s'engager dans des conversations et de déclarer leurs croyances personnelles ainsi que leur vision de la diversité sexuelle et de genre.

	<p><u>Leadership participatif</u></p> <p>Pour mener des changements d'attitudes et de pratiques, il est nécessaire d'identifier les sources d'hypothèses et de stéréotypes qui ont été possibles grâce aux dialogues ouverts lors des témoignages des CC. De plus, le modèle de leadership participatif permet de créer des relations authentiques qui amèneront à des changements dans la réflexion sur la vie des LGBT.</p> <p>Les séances de conseil vues comme éclairantes, éducatrices et informatives accroissent la confiance mutuelle et permettent de mieux débiter une conversation et d'être plus ouvert afin de connaître et répondre aux besoins des LGBT et d'effectuer les changements nécessaires à l'inclusion.</p> <p>Les discussions critiques et sensibles ont remis en question la pensée hétéronormative. Ceci aide le personnel à être préparé dans le soutien de l'expression personnelle, la reconnaissance des signes de différences et l'expression positive de la reconnaissance.</p> <p>Des changements importants ont été apportés par les GF : « l'engagement de la conversation sur les questions LGBT avec les résidents, la mise à disposition de la littérature sur les LGBT, la convivialité LGBT dans la zone de réception, le placement des affiches et de la publicité sur le projet, le port des rubans arc-en-ciel pour engager la conversation sur les personnes âgées LGBT. » [Traduction libre].</p> <p><u>Pratiques prometteuses dans les foyers de soins</u></p> <p>Les entretiens post-interventions, effectués 7 mois après, ont identifié les changements d'attitudes et les gains de sensibilisations exploitables. Avant l'étude, le personnel ne comprenait pas l'importance du projet, causé par la culture, la religion et le manque de connaissances. Le matériel rendant visible le projet est plus utilisé et des changements d'attitudes se font remarquer.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>« Les soins centrés sur la personne et ceux axés sur les relations, dans des objectifs et intérêts communs entre le personnel et les résidents, sont remis en question par les interactions entre les CC et les GF. » [Traduction libre].</p>

	<p>Lors des soins centrés sur la personne, il est souvent oublié d'avoir un service de soutien, de sécurité et adapté à la culture. De ce fait, les soins personnalisés doivent garantir le respect de la diversité et de l'expression du besoin en soutien « avec des collaborateurs convaincus de travailler avec des personnes indépendamment de leur identité sexuelle, de leurs relations et de leur histoire. » [Traduction libre].</p> <p>Les innovations durant le processus d'évaluation, les motivations aux changements et les capacités d'empathie ont rendu possible la sensibilisation du personnel et la création de relation et d'espace sans jugement pour discuter des suppositions et des stéréotypes, ainsi que de « développer l'empathie nécessaire pour surmonter l'ignorance et l'hostilité. » [Traduction libre].</p> <p>Les services fondés sur la dignité et le respect doivent utiliser diverses sources de consultation pour vérifier que les besoins des personnes âgées LGBT viennent de l'appartenance à la communauté, de leur biographie et de leur récit.</p> <p>Les préjugés enracinés continuent d'exister. Afin de les éliminer, une formation continue sur le libre choix du personnel peut suffire. Une approche participative et collaborative s'appuie sur la volonté individuelle et la transforme en une ressource collective et stratégique afin d'inclure les LGBT.</p> <p>Des preuves évidentes de gains de sensibilisation et de changements d'attitude sont remarquées chez le personnel et les GF, ainsi que l'enthousiasme dans les mesures de sensibilisation et d'inclusion. Cependant, les résidents bisexuels et transgenres continuent d'être invisibles, car ils sont souvent intégrés avec les LG.</p> <p>Les mesures d'égalité par les soins identiques pour tous, basées sur l'hétéronormativité, aggravent les inégalités. De plus, les sous-groupes de LGBT sont différents les uns des autres et demandent d'autres soins et besoins.</p> <p>L'orientation sexuelle et l'identité de genre n'évoquent qu'un aspect de l'identité, car l'identité est un ensemble qui se croisent avec d'autres expériences (classe, ethnie, âge, croyances) qui sont à considérer lors des soins et du soutien.</p>
Forces et limites	Aucune limite n'est mentionnée.

Conséquences et recommandations	<p>« L'approche de changement organisationnel systématique associée à un modèle de leadership participatif permet de créer un modèle d'influence plus durable, en veillant aux compétences, aux connaissances et à l'engagement des personnes impliquées pour contrôler et réviser leurs propres prestations. » [Traduction libre]</p> <p>Etant donné que l'identité et la sexualité des personnes LGBT sont peu étudiées dans la formation de soignant, il est essentiel de connaître les niveaux de connaissances, de compétences, d'attitudes et de capacités du personnel d'EMS.</p> <p>Le Care Home Challenge aide à l'apprentissage et au développement de bonnes pratiques de soins holistiques.</p> <p>Les procédures et les structures organisationnelles, ainsi que les mesures de développement du personnel et la planification des actions motivent aux changements grâce à l'outil d'évaluation et de développement.</p> <p>Les préoccupations de soins, de besoins et de soutien sont diversifiées. Les connaissances sur l'hétéronormativité dans les soins sont en croissance et permettent de ne pas perpétuer la marginalisation des résidents LGBT surtout dans une phase de vie vulnérable.</p>
Commentaires	<p>* Rejet hostile par une collectivité ou un de ses membres</p> <p>Gestionnaires des foyers (GF), conseillers communautaires (CC), cadres supérieurs (CS)</p>

### Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing Inclusive Residential Care for Older Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People : An Evaluation of the Care Home Challenge Action Research Project. <i>Health &amp; Social Care in the Community</i> , 26, n° 2, e312-20. <a href="https://doi.org/10.1111/hsc.12521">https://doi.org/10.1111/hsc.12521</a> .				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le concept est de développer des soins inclusifs avec l'évaluation du projet de recherche action « Care Home Challenge » pour la population des personnes âgées LGBT.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Toutes les parties sont résumées et faciles à distinguer même sans séparation par des titres.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème cité est le manque de données empiriques sur l'inclusion des personnes âgées LGBT et la difficulté d'entrée en EMS par les ajustements à effectuer.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Les problèmes courants pour les personnes âgées LGBT sont décrits : le manque de données pour les inclure dans les EMS, la discrimination et l'exclusion dans les services de soin ou ailleurs, les changements politiques, législatifs et sociaux, l'ignorance du vécu et de la culture des LGBT, le manque de formation du personnel et de changement structurel.

Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Les cadres théoriques sont les changements organisationnels de Rogers qui sont combinés à un modèle de leadership participatif. Le Care Home Challenge est utilisé pour améliorer les normes des foyers.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but est de combler les lacunes du personnel et de l'encourager à reconnaître ses besoins en matière d'apprentissage.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?			X	Dans le résumé, il est noté qu'il y a une pré et post-intervention qualitative, mais ce n'est pas précisé ailleurs.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?			X	Même si ce n'est pas précisé, nous devinons le lien étant donné que l'étude se porte sur les lacunes et la reconnaissance des besoins.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les répondants sont 6 gestionnaires de foyers (GF), 8 conseillers communautaires (CC), 3 cadres supérieurs (CS) et 1 formateur dans des foyers de soins en Angleterre.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Un tableau représente les caractéristiques des conseillers communautaires selon leur âge, origine, identité et genre sexuelle ainsi que leur religion et statut relationnel. Cependant, les autres répondants ne sont pas détaillés.
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Il est précisé qui dirige le projet, qu'ils ont créé un outil d'évaluation, que des entretiens téléphoniques semi-structurés et des groupes de discussion ont été effectués. Cependant, il manque des informations sur la saturation.

Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			L'étude se passe sur 4 mois pour la récolte de données et la sensibilisation à l'inclusion des LGBT, puis des discussions sur les résultats sont organisées pour élaborer des plans d'action.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de Nottingham pour le respect des données et de l'anonymat, puis un consentement éclairé est obtenu.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?			X	Les données ont été analysées par thème, mais ce n'est pas précisé comment ils ont fait cela. L'évaluation du Care Home Challenge permet de comprendre la manière dont les interventions procurent des changements, mais là aussi, la façon de faire est floue.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	Mise à part l'utilisation de l'évaluation du Care Home Challenge, il n'y a rien d'autre qui a été mis en place et cette évaluation est floue.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			<p>Les résultats sont structurés par des titres avec un ordre logique, ils contiennent des verbatim des répondants et les éléments sont écrits de manière simple et explicite.</p> <p>Le manque de connaissances et de questionnement sur la sexualité amplifie l'invisibilité des personnes LGBT. La culture, la religion, l'homophobie et la tolérance empêchent de donner de bons soins et les traitements identiques renforcent les inégalités sociales. Les séances et le leadership participatif ont permis des échanges, des</p>

				changements dans leur manière de penser et ceux-ci sont nécessaires à l'inclusion et la création de relations authentiques.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X		Les titres regroupent les différents éléments qui concernent la question de recherche et sont mis dans un ordre chronologique et logique (le début de la recherche, les défis, la remise en question, les changements à faire, le leadership et les pratiques prometteuses).
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X	À aucun moment, les auteurs ne font part d'évaluation des données par les participants ou les experts.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X		<p>Les résultats sont mis en lien avec d'autres études comme le montrent les références.</p> <p>Les soins centrés sur la personne doivent considérer les services de soutien, de sécurité et adaptés à la culture. Les préjugés doivent être éliminés par une formation continue. L'approche participative et collaborative se base sur la volonté individuelle et la transforme en ressource collective et stratégique.</p> <p>L'orientation sexuelle et l'identité de genre ne forment qu'un aspect de l'identité qui elle-même est influencée par d'autres expériences.</p>
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X	Il n'y a pas de référence avec la transférabilité des conclusions.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?			X	Les recommandations pour la pratique sont de savoir les connaissances, les compétences, les attitudes et les capacités du personnel, de le former sur la question des LGBT, de mettre en place des pistes d'action pour leur intégration. Mais il n'y a pas de recommandation pour les recherches futures.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et structuré, même si les titres ne sont pas habituels, ce qui permet une bonne analyse.

### Grille de résumé d'un article scientifique – Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T. A. (2018). Gay-friendly elderly care : creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. <i>Ageing and Society</i> , 38(2), 352-377. <a href="https://doi.org/10.1017/S0144686X16001045">https://doi.org/10.1017/S0144686X16001045</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Dans les soins, une nouvelle population de personnes âgées LGBT apparaît. Cependant, la compréhension de leurs besoins en santé, en soins sociaux et en logement est presque inexistante et les recherches le sont également.
Recension des écrits	<p>De nos jours, les personnes LGBT sont plus acceptées, mais auparavant, l'homosexualité était vue « comme un péché religieux, une anomalie psychologique et médicale et était illégale. » [Traduction libre]. « L'homosexualité en tant que trouble mental a été supprimé par l'OMS, mais jusqu'à la fin des années 70, de nombreux professionnels de la santé la considéraient comme tel. » [Traduction libre]. Dans les soins, l'égalité et l'équité liées à l'orientation sexuelle sont ambivalentes, car même si la légalité de l'homosexualité et du mariage pour tous et l'égalité des droits sont actualisés, la discrimination augmenterait.</p> <p>Les personnes âgées LGBT évitent l'entrée en EMS à cause du risque de stigmatisation et de marginalisation. Alors qu'environ 10% des résidents des EMS sont LGBT, la direction et les professionnels de la santé pensent qu'il n'y a pas de personnes LGBT ou aucun problème avec eux et que par conséquent, il serait inutile d'être attentif ou sensible envers cette communauté.</p> <p>Les interactions sociales, le réseau social et familial, la participation et l'autonomisation des personnes âgées dans les EMS sont importants pour leur bien-être et leur qualité de vie. Le soutien social des personnes LGBT est plus petit, car elles risquent de ne pas avoir d'enfants, alors que ce soutien est un facteur protecteur de la santé physique et psychique. Il est donc nécessaire de sensibiliser les EMS, de stimuler le développement,</p>

	l'amélioration des conditions de vie sociale et l'acceptation des personnes LGBT. L'hétéronormativité et le tabou sur la diversité sexuelle empêchent les personnes LGBT de parler, les rendant plus à risque d'être victime de discrimination. La crainte d'être rejetées autant par le personnel que les résidents, les obligent à cacher leur orientation sexuelle.
Cadre théorique ou conceptuel	L'approche de recherche réactive examine les questions et les résultats seront mis en lien avec la théorie grâce à une analyse critique et empirique. Cette approche est attentive au fait que plusieurs intervenants participent à l'étude. Les résultats obtenus lors d'une phase précédente sont utilisés pour les prochaines phases.
Question de recherche/buts	« Le document se concentre sur les expériences et les besoins des personnes âgées LGBT aux Pays-Bas à propos de leur inclusion sociale, leur participation et leur bien-être dans les EMS prétendant un climat favorable aux gays. L'objectif à long terme est d'améliorer le bien-être, la visibilité sociale et la voix des personnes âgées LGBT dans les soins. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis qualitatif
Population, échantillon et contexte	L'étude se passe dans 3 EMS du Pays-Bas choisis par un échantillonnage de cas critique, qui essaient de créer un climat favorable aux homosexuels par une approche globale et ont eu le prix de gestion de la diversité sexuelle.  Les participants sont les personnes âgées LGBT, les personnes âgées hétérosexuelles, les professionnels de la santé, la direction et les membres du conseil des résidents des EMS. Les participants ont été sélectionnés par l'observation et la méthode de la boule de neige. Les participants devaient être LGBT, hétérosexuels, âgés et résidents ou visiteurs de l'EMS.
Méthode de collecte des données	Des entrevues semi-structurées, des observations informelles non-structurées lors de diverses activités et 5 groupes de discussions suivant un protocole basés sur les sujets et les idées des phases précédentes ont été faits par 3 chercheurs professionnels.

Déroutement de l'étude	<p>Trois chercheurs professionnels ont fait la collecte et l'analyse des données ainsi que la rédaction du rapport final. Un partenaire de recherche expert expérimentiel* dans le domaine des LGBT a suivi toutes les étapes.</p> <p>Les entrevues se déroulaient à domicile ou dans un endroit public de l'EMS et duraient 1 à 2 heures. « Plusieurs thèmes ont été inclus dans le processus : les antécédents personnels ; les expériences et les besoins de la vie quotidienne et de la participation à l'EMS ; les normes sociales dans les EMS ; le contact avec les résidents et les professionnels ; les préférences concernant les activités sociales ; les préférences pour l'inclusion dans les processus décisionnels ; le point de vue sur la diversité sexuelle ; les valeurs personnelles et l'identité perçue. » [Traduction libre]. En plus, les professionnels ont eu des questions sur leurs valeurs et leurs expériences de travail.</p> <p>Les observations aident à comprendre ce qui est fait dans les activités pour les personnes LGBT et hétérosexuelles et à avoir des conversations informelles. Les activités observées sont « les groupes de discussions, les après-midi avec musique et chants, les soirées cinémas, les groupes de réminiscence et le théâtre éducatif. » [Traduction libre].</p> <p>Des groupes de discussions d'une à deux heures ont été constitués pour valider et approfondir les résultats et les idées récoltées ainsi que de développer la compréhension mutuelle. Les groupes pouvaient contenir soit des personnes LGBT, soit des personnes LGBT, hétérosexuelles et des professionnels hétérosexuels et LGBT.</p> <p>La collecte de données a duré jusqu'à la saturation des thèmes selon l'équipe de recherche, le temps et les ressources.</p> <p>Régulièrement, les chercheurs discutaient des résultats et de la suite du processus. De plus, la tenue d'un journal intime a diminué le risque de biais.</p>
Considérations éthiques	<p>Les critères de qualité et d'éthique tels que la confidentialité des données, la vie privée des participants, la transparence dans le traitement et le transport des données récoltées ont été respectés selon les normes du Comité d'Éthique Médicale de l'organisme responsable. De plus, les participants étaient volontaires et ont donné leur consentement éclairé.</p>

	<p>L'accès aux données a été restreint et sécurisé, les bandes audios ont été détruites après la transcription et les données étaient anonymes.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Des notes ont été prises et intégrées dans les rapports préliminaires d'interprétation et de réflexion, tandis que les observations ont été insérées dans des rapports détaillés. Les interviews et discussions étaient enregistrées numériquement et transcrites ad verbatim. Les données étaient analysées au fur et à mesure de la collecte de données pour avoir de nouvelles idées et adapter les outils de recherche. L'analyse thématique induit les thèmes et sous-thèmes. Les descriptions précises et les expériences par procuration ont permis le transfert des résultats.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p><u>Organisation de soins adaptés aux gays :</u></p> <p>Des répondants hétérosexuels et professionnels ignoraient que les personnes âgées LGBT sont isolées et marginalisées, ils pensaient que le mariage gay et la Gay Pride avaient redonné de la liberté individuelle et de la diversité sexuelle à tous.</p> <p>Cette invisibilité et ce manque de sensibilisation se remarquent lorsque les EMS ne disent pas avoir de personnes âgées LGBT.</p> <p>Pour améliorer la sensibilisation de la situation des personnes âgées LGBT et leur inclusion, 2 EMS ont des formations spécifiques pour les professionnels et les 3 EMS ont des activités pour les résidents hétérosexuels et LGBT, les visiteurs et les professionnels.</p> <p><u>Exclusion sociale, (in)visibilité et différence :</u></p> <p>Certains résidents LGBT se sentaient obligés de garder leur orientation sexuelle secrète, car l'exclusion sociale, la stigmatisation de la part des résidents hétérosexuels ou des professionnels, les insultes et les oublis par les soignants, l'humour stéréotypé stigmatisant les LGBT, sont des risques encourus et craints par les LGBT.</p> <p>De nombreux répondants LGBT ont appris à cacher leur orientation sexuelle ou se sont fait passer pour des hétérosexuels envers leur famille, au travail ou dans leur réseau social. Certains étaient mariés et ont eu des enfants. Parfois, ils sont restés mariés en ayant des relations homosexuelles, tandis que d'autres ont parlé de leur orientation sexuelle ouvertement pour garder leur véritable identité.</p>

La différence d'âge indiquerait que si la personne est plus âgée, elle garderait le silence et que si la personne est plus jeune, elle serait ouverte sur son orientation car elle a lutté pour l'égalité des droits et la libération sexuelle.

Sécurité, sentiment d'être chez soi et d'être soi-même :

Les personnes LGBT ont besoin de se sentir en sécurité, d'être acceptées, d'être eux-mêmes, d'être capables de faire et choisir ce qu'elles veulent et d'être reconnues et respectées socialement, ce qui est presque impossible en gardant secret leur identité LGBT. Les activités LGBT offrent un espace sûr de partage et d'échange des expériences et des émotions personnelles.

Lors de ces activités, certains « parlent de leur homosexualité, leur histoire de vie ou de souvenirs douloureux d'exclusion pour la première fois de leur vie » [Traduction libre] et un sentiment de force individuelle et collective est ressenti, ainsi qu'un sentiment d'appartenance dans l'EMS, permettant de s'exprimer ouvertement.

L'atmosphère respectueuse et inclusive avec un coaching professionnel permet de développer un sentiment de sécurité, de confiance et d'appartenance.

Les personnes hétérosexuelles étaient acceptées que si elles sont respectueuses envers les participants LGBT. La sécurité peut être acquise plus facilement si les activités sont exclusives aux LGBT. Cependant, les activités exclusives pourraient être limitatives, car l'orientation n'est qu'un aspect de leur sentiment de soi et de leur identité sociale. Par conséquent, certains disent que le milieu mixte est plus naturel et proche du quotidien et peut améliorer l'inclusion.

Des professionnels des LGBT estiment que les actions doivent aller au-delà des activités exclusives et catégorielles et s'intéresser à l'organisation structurelle et culturelle de l'EMS pour assurer l'acceptation, l'intégration et la participation des personnes âgées LGBT. Un EMS a organisé une après-midi festive pour sensibiliser les résidents, visiteurs et personnels sur les questions LGBT.

Les professionnels parlant ouvertement de leur identité LGBT est un signe de reconnaissance pour les répondants LGBT.

	<p>L'explicité de l'homosexualité contribue à la visibilité de la différence et de la « déviance », ce qui peut empêcher de rendre normal l'homosexualité et montrer qu'ils ne sont que des humains.</p> <p><u><i>Expériences correspondantes entre les personnes âgées LGBT et les hétérosexuels :</i></u></p> <p>Le fait de se sentir en sécurité et inclus dans l'EMS est essentiel et il se fait par une bonne interaction avec les professionnels et les autres résidents. Cependant, ces relations sont difficiles à établir pour tout le monde. Les ségrégations sociales existent dans les EMS par l'exclusion ou par des injures indépendamment des identités sexuelles.</p> <p>« Des aspects influencent la vie des personnes LGBT comme le processus du vieillissement, la perte de capacités physiques, sociales ou cognitives, la perte du partenaire, la diminution du réseau social et les changements dans les modes de vie et les normes sociales liées au sexe. » [Traduction libre]. Dans les EMS, des activités de réminiscence ont été organisées sur l'échange d'histoire de vie.</p> <p>Tous sont confrontés au tabou sur l'intimité et la sexualité chez les personnes âgées. Un répondant ne comprend pas pourquoi le personnel croit que l'amour et l'intimité entre les personnes âgées n'existent pas. Un autre dit que la sexualité est privée et se demande pourquoi les gens LGBT ne participent pas aux activités, car ils agissent normalement.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les personnes âgées LGBT cachent leur identité et leur partenaire et se font passer pour des hétérosexuelles même dans des EMS gay-friendly, afin d'éviter d'être victime de discrimination et d'exclusion, étant donné qu'elles sont soit invisibles, soit hyper-visibles. Les stéréotypes privent les personnes LGBT de leur humanité et de leurs sentiments. Tant que l'hétéronormativité est dominante, elles sont moins valorisées et plus invisibles que les hétérosexuelles.</p> <p>Les activités LGBT de partage d'expériences aident à s'ouvrir, à vivre dans des espaces sûrs, à développer l'autonomie personnelle et relationnelle, à soutenir le bien-être et à améliorer la présence des LGBT. Le besoin de se sentir inclus en tant que personne à part entière et de créer des relations avec toutes les personnes de l'EMS est important pour les LGBT.</p>

	<p>Aux Pays-Bas, l'égalité des droits est obtenue et la discrimination des personnes LGBT est diminuée, donc les discriminations sont plus implicites et invisibles telles que les injures ou l'humour d'exclusion. Elles sont des micro-agressions difficiles à cerner, car les conséquences sur la personne sont ignorées et que les discriminations sont normalisées à cause de l'hétéronormativité.</p> <p>Les personnes LGBT sont vues comme étant différentes par autrui et par elles-mêmes, à cause de l'hétéronormativité. De plus, elles subissent une double invisibilité liée au tabou de la sexualité et l'intimité des personnes âgées ainsi que l'homophobie et l'hétéronormativité.</p> <p>Les organisations de soins néerlandaises prétendent être « ouvertes à tous » et être attentives à l'inclusion des LGBT, sans en faire une priorité à cause de l'égalité qui empêche la reconnaissance et la visibilité des différences. Afin d'inclure les LGBT, les discussions positives et respectueuses et la prise de conscience de la hiérarchie sociale avec son déséquilibre de pouvoir et de l'hétéronormativité sont à prendre en compte.</p> <p>Les échanges de récits permettent de créer un espace de diversités sexuelles dans les soins et de favoriser la dissemblance et l'apprentissage. Les échanges narratifs peuvent aider le personnel à être conscient de l'impact de leurs actions et à voir les perspectives des résidents et ainsi améliorer leur pratique. Une approche biographique incluant les récits sur l'intimité et la sexualité des personnes âgées devrait lutter contre la double invisibilité des LGBT et permettre l'autonomisation et le changement.</p> <p>Il est nécessaire d'avoir d'abord des activités spécifiques aux LGBT, puis des activités hétérogènes intégrant la confiance et la sécurité mutuelle ainsi que les partages de récits pour créer un environnement favorable aux LGBT.</p>
Forces et limites	<p>L'invisibilité des LGBT rend difficile de les inclure, donc ceux présents sont plutôt ouverts sur leur orientation sexuelle.</p> <p>L'approche biographique semble favoriser l'amélioration de la position sociale et du bien-être des personnes âgées LGBT luttant pour des soins adaptés.</p>

Conséquences et recommandations	<p>Pour les futures recherches, il est important d'étudier les personnes âgées LGBT menant une vie cachée et élargir la diversité sexuelle surtout sur les bisexuelles et transgenres qui sont plus invisibles pour faire les liens entre la visibilité/invisibilité sociale, l'identité et la position sociale.</p> <p>Les contextes de soins où la diversité sexuelle n'est pas dans les politiques doivent être étudiés afin de rechercher comment motiver les changements. Le bien-être des personnes âgées LGBT peut être différent dans les petites villes et les zones non-urbaines, cela est à examiner.</p> <p>D'autres recherches sur les expériences et les besoins des personnes LGBT plus jeunes et plus âgées lors de la libération sexuelle devraient être effectuées, ainsi que la différence entre le fait de cacher son identité et de la montrer.</p> <p>L'acceptation de la diversité sexuelle semble différente selon le sexe et par conséquent, des recherches seraient intéressantes.</p> <p>Une comparaison entre les expériences des LGBT et des minorités culturelles/ethnique serait utile, car plusieurs domaines tels l'intégration et l'égalité dans les soins semblent similaires.</p> <p>Une étude empirique impliquant les EMS, les résidents, le personnel soignant et l'administration est à faire, afin de trouver des techniques d'approche et de soins sur la diversité sexuelle et améliorer l'intégration et l'acceptation des personnes LGBT.</p>
Commentaires	<p>* participe à des groupes de défenses et à des activités éducatives sur les droits des LGBT et les alliances homosexuelles et hétérosexuelles et se définit comme LGBT.</p>

### Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A., & Abma, T. A. (2018). Gay-friendly elderly care : creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. <i>Ageing and Society</i> , 38(2), 352-377. <a href="https://doi.org/10.1017/S0144686X16001045">https://doi.org/10.1017/S0144686X16001045</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le concept est de créer un espace pour la diversité sexuelle dans les EMS remettant en question l'hétéronormativité. La population est les personnes âgées gay-friendly.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Les résultats et la discussion se mélangent. Même si les différentes parties ne sont pas distinguées, nous arrivons à les retrouver facilement.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Il est nécessaire de se soucier des personnes âgées LGBT, car elles arrivent dans les EMS, et leurs besoins en santé, en soins sociaux et en logement sont peu connus à cause de la vision de l'homosexualité dans le passé.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Cette partie reprend ce qui est connu sur les personnes LGBT dans le passé et actuellement, que ce soit au niveau des lois ou des différents environnements de ces personnes. Elle reprend aussi les peurs des personnes

				LGBT par rapport aux EMS telles que la stigmatisation et la discrimination. Le personnel ignore la présence exacte des LGBT en EMS et les problèmes qu'ils rencontrent.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X	L'approche de recherche réactive examine les questions et les résultats sont vus de manière critique et empirique en intégrant les données à la théorie. Cependant, ce n'est pas expliqué en quoi cela consiste. On trouve une explication à la recherche réceptive plus loin dans le texte.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X		Le document précise le but de l'article à court et long terme. « Le premier est de se concentrer sur les expériences et les besoins des personnes âgées LGBT sur l'inclusion sociale, leur participation et leur bien-être dans les EMS gay-friendly. Le deuxième est d'améliorer le bien-être, la visibilité sociale et la voix des personnes âgées LGBT. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	X		Le devis qualitatif est écrit.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?		X	Le lien est plutôt fait avec la recherche réactive qui permet de voir la participation de multiples groupes d'intervenants. Les questions relatives aux besoins et aux expériences des personnes âgées LGBT apportent des données qualitatives.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les participants viennent de trois EMS du Pays-Bas essayant de créer un climat favorable aux homosexuels. La population se compose de personnes âgées LGBT et hétérosexuelles ainsi que de professionnels de la santé, de la direction et de membres du conseil des résidents des EMS.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les chiffres sont donnés en distinguant les hommes et les femmes, les LGBT et les hétérosexuels et leur rôle dans l'EMS (personnes de plus de 55 ans, professionnels de la santé, gestionnaires de la santé, membres du conseil des résidents).
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	Les différentes méthodes de collectes de données sont les entretiens semi-structurés, les observations informelles non-structurées lors d'activités et les groupes de discussions.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			<p>Les résultats obtenus permettent de modifier les questions sur les prochaines étapes.</p> <p>Les entretiens se déroulaient à domicile ou dans un endroit public de l'EMS, duraient 1 à 2 heures et contenaient plusieurs thèmes.</p> <p>Les groupes de discussions duraient également 1 à 2 heures</p>

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les critères éthiques ont été respectés. Les participants étaient volontaires et ont donné leur consentement éclairé. Les données étaient sécurisées et anonymes.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Toutes les données ont été analysées thématiquement et intégrées dans les rapports.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	Des notes ont été prises et des discussions ont été faites pour éviter des réflexions personnelles. Cependant, il n'y a pas d'éléments par rapport à la crédibilité des données.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			<p>Des verbatim permettent d'imager les résultats.</p> <p>Les expériences des personnes âgées LGBT sont ignorées des résidents hétérosexuels et des professionnels.</p> <p>Les LGBT cachent leur orientation pour éviter l'exclusion sociale, la stigmatisation, les insultes, les oublis des soignants ou l'humour stéréotypé. D'autres personnes parlent ouvertement de leur orientation pour éviter de perdre leur identité.</p> <p>Le besoin de sécurité, d'acceptation et d'être soi-même est important pour les personnes LGBT. Les activités LGBT offrent un espace sûr de partage et d'échange des expériences et des émotions personnelles et permet de se sentir fort et inclus. L'organisation structurelle doit aussi être modifiée pour accepter et intégrer les personnes LGBT.</p>

	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			<p>Les thèmes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de soins adaptés aux gays</li> <li>- Exclusion sociale, (in)visibilité et différence</li> <li>- Sécurité, sentiment d'être chez soi et d'être soi-même</li> <li>- Expériences correspondantes entre les personnes âgées LGBT et les hétérosexuelles</li> </ul> <p>Ces catégories et cet ordre permettent de mieux comprendre le problème grâce à une certaine chronologie.</p>
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			Des transcriptions ou de courts rapports ont été relus par les répondants pour qu'ils les valident.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			<p>Les résultats sont liés ensemble et avec d'autres études.</p> <p>Le partage d'expérience développe l'autonomie, le soutien du bien-être et la présence des LGBT. L'égalité des droits aux Pays-Bas diminue les discriminations même si elles restent présentes.</p> <p>L'hétéronormativité accentue la différence faite par les autres et par soi-même. L'invisibilité liée au tabou sexuel des personnes âgées et à l'homophobie double l'invisibilité des personnes LGBT.</p>

				<p>Le fait de penser qu'il faut être égal avec tout le monde accentue l'invisibilité des LGBT.</p> <p>Les échanges de récits permettent au personnel de percevoir l'impact de ses actes et les perspectives des LGBT, donc de permettre d'améliorer ses soins.</p>
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X		<p>La transférabilité des résultats est possible grâce aux descriptions détaillées et aux expériences.</p>
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X		<p>Des recherches sur les activités hétérogènes utilisant le dialogue et le partage de récits sont proposées. D'autres devraient se faire dans des contextes différents, d'autres encore devraient comparer les expériences des différentes minorités et des LGBT cachés.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		<p>Les titres structurent les chapitres. Les normes d'écriture sont respectées et le texte est précis. Tout ceci permet une bonne analyse critique.</p>

### Grille de résumé d'un article scientifique – Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A., & Houlberg, M. (2013). Adding silver to the rainbow: the development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. <i>Journal of Nursing Management</i> , 22, 257-266. doi: 10.1111/jonm.12125
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Aux États-Unis, le nombre de soignants et surtout ceux formés pour travailler en gériatrie, fait défaut. La formation infirmière n'offre que peu d'enseignements sur les soins aux personnes âgées alors qu'ils sont 3 fois plus susceptibles d'avoir une péjoration de leur santé. Ils sont également multiculturels et cela ajoute une difficulté pour la prise en charge, car les soignants n'ont pas ou peu de formations sur le vieillissement ou la culture LGBT.
Recension des écrits	Les États-Unis manquent de professionnels, en particulier ceux formés en gériatrie. La majorité n'a également pas eu de formations sur la culture LGBT. Cependant, être formé afin de pouvoir procurer des soins de qualité aux personnes âgées LGBT est capital. Le fait de ne pas consulter lors de problèmes de santé de par l'hétérosexisme et les préjugés homosexuels présents dans les soins est un des risques les plus répandus. En effet, plus de la moitié des aînés LGBT pensent que les soignants ne seront ni respectueux, ni dignes envers eux. L'isolement social dû à la crainte d'une insensibilité et d'une discrimination des soignants pousseront les personnes âgées LGBT à éviter les services sociaux et de santé. Il est essentiel de mettre en place des programmes permettant de supprimer les préjugés afin de permettre un vieillissement sûr et confortable pour cette communauté. Les personnes âgées LGBT ont plus de risque de développer des problèmes de santé graves et ont une mortalité plus élevée que les personnes âgées hétérosexuelles.
Cadre théorique ou conceptuel	Les auteurs n'ont utilisé aucun cadre théorique.

Hypothèses/question de recherche/buts	Le programme HEALE a été mis au point pour les infirmières et autres professionnels de la santé afin d'améliorer leur capacité à fournir des soins adaptés pour répondre aux besoins de santé les plus courants et importants des personnes âgées LGBT. « Les principaux objectifs étaient de développer un programme basé sur les besoins de la communauté des personnes âgées LGBT, d'évaluer le programme, de le présenter dans une série de formations pilotes, de collecter des données et des évaluations des participants et de réaliser une évaluation finale par l'éducation à la santé pour les LGBT. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis de recherche mixte
Population, échantillon et contexte	<p>Le programme HEALE, qui s'adresse aux infirmières et autres professionnels de la santé, a été présenté pendant trois ans à huit centres universitaires, six centres de santé communautaires, un réseau de soins de santé à domicile et un réseau de soins de longue durée comprenant huit EMS. Plus de 500 professionnels de la santé ont suivi ce programme.</p> <p>« De mars 2011 à juin 2012, 848 personnes ont assisté aux sessions du programme HEALE dans 23 lieux différents de Chicago et ses environs. Environ 40% des participants étaient blancs, 25% noirs, 9% hispaniques/latinos et 25% asiatiques. La majorité des participants étaient des femmes et environ 25% avaient moins de 30 ans. Plus du tiers avaient un baccalauréat en sciences infirmières ou étaient infirmières autorisées. » [Traduction libre]</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	La collecte de données se compose d'évaluations pré-test, post-test et celles par les participants et a été réalisée durant 6 modules enseignés. Le module 1 avait pour but d'informer sur la terminologie et sur les principaux concepts liés à la communauté LGBT. Le module 2 expliquait les obstacles et les disparités en matière de santé et analysait les problèmes de santé généraux propres à la population LGBT. Le module 3 parlait des avantages pour les personnes âgées LGBT d'avoir une vie sexuelle active, identifiait les comportements à risque et les moyens de préventions et explorait les moyens de créer des environnements sécuritaires et positifs pour cette population. Le module 4 traitait des préoccupations juridiques communes à cette communauté et des

	<p>problèmes liés aux besoins en matière de soins de longue durée et de logement. Les problèmes liés à la fin de vie étaient également abordés. Le module 5 traitait de la communauté transgenre, les différents traitements et chirurgie utilisés par cette communauté et les multiples façons de les soutenir. Le module 6 abordait le VIH, son traitement et les défis que cela engendre chez les personnes âgées.</p> <p>Afin d'évaluer les connaissances de chaque participant, une évaluation pré-test leur était donnée pendant le module et une évaluation post-test à la fin de celui-ci. Une évaluation était également réalisée afin d'évaluer la qualité de l'enseignement de l'instructeur. Les pré et post-tests étaient composés de questions vrai/faux portant sur les objectifs des modules et chaque réponse correcte rapportait un point.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Avant la réalisation de la récolte de données, plusieurs centres ont évalué le programme et y ont ressorti les forces et faiblesses. Les concepteurs ont ensuite révisé le programme et créé des unités de formation continue.</p> <p>Les instructeurs ont débuté les formations par une description de chaque module avec un résumé des objectifs et du contenu. Les chercheurs ont planifié chaque présentation en s'adaptant aux horaires de travail de chaque institution. Ils ont ensuite comparé les résultats obtenus aux pré et post-tests de chaque module et analysé les évaluations du programme.</p>
Considérations éthiques	<p>« L'évaluation du programme d'études a été réalisée dans le cadre d'un projet financé par la HRSA et, en tant que telle, aucune information de santé protégée n'a été collectée. » [Traduction libre]</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>A chaque formation, le sexe, l'âge, la race/ethnie et le niveau d'éducation ont été collectés. Les scores moyens des pré et post-tests ont été comparés et un t-test jumelé a été utilisé afin d'évaluer si les différences entre les résultats des pré et post-tests étaient statistiquement significatifs. Les différents tests ont été ajustés par rapport au type d'institution recevant la formation. La version 10.1 de STATA a permis d'analyser les résultats.</p>
Présentation des résultats	<p>Dans chaque module, les connaissances acquises étaient statistiquement significatives. Les résultats moyens des pré-tests variaient entre 73,5% dans le 1<sup>er</sup> module à 55,8% dans le 6<sup>ème</sup>. Dans les différents modules, une amélioration des scores s'est faite. Les scores du module 1 ont augmenté de 8,7% et ceux du module 6 de 26,2%. Ces améliorations ont été notées à la fois dans les réseaux de soins à domicile, dans les hôpitaux et dans</p>

	<p>les centres universitaires. Les participants venant des EMS avaient des scores plus bas et une amélioration moins importante.</p> <p>Les participants ont jugé la présentation et les capacités d'atteindre les objectifs des six modules de façon positive. 95% ont évalué l'instructeur excellent ou bon et 80% ont noté de manière élevée l'atteinte des objectifs.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats montrent que les participants avaient moins de connaissances de base sur la communauté LGBT. Ils suggèrent également qu'un besoin de formation sur ce sujet est nécessaire et que la formation HEALE permet d'acquérir des connaissances significatives peu importe le niveau d'éducation et d'être confiant dans les soins administrés aux personnes âgées LGBT. Malgré le changement observé chez les participants, il est impossible de savoir s'il sera durable.</p> <p>Il a été prouvé que les participants qui ont suivi la formation dans son entier ont augmenté leur empathie face aux aînés LGBT et que pour eux, les personnes ayant interrompu leur formation se sont senties obligées d'y participer, étaient inconfortables et pensaient traiter tous les patients de la même manière. Cela montre que beaucoup de soignants ne voient pas l'importance des différences culturelles.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Une des principales limites était la barrière de la langue, ce qui empêchait les participants de répondre aux différents tests. Une seconde limite était que non seulement, certains participants ne parlaient pas anglais, mais qu'en plus ils ne pouvaient pas lire les différents outils utilisés lors de la récolte de données. De ce fait, les résultats ont été biaisés de par le manque de données.</p> <p>La méthode de collecte de données n'a pas permis aux chercheurs de comparer les caractéristiques entre les participants et les non-participants ou ceux incapables de répondre aux tests. Cependant, les six modules enseignés peuvent fournir les connaissances nécessaires à une bonne pratique auprès des personnes LGBT.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Afin de diminuer les obstacles rencontrés dans les soins et d'améliorer la santé des patients, des soins culturellement compétents doivent être dispensés. Les soignants prodiguant des soins aux personnes âgées LGBT non-blancs doivent également avoir des stratégies et enseigner une formation en espagnole va permettre d'atteindre les personnes plus vulnérables encore.</p>

**Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Hardacker, C. T., Rubinstein, B., Hotton, A., & Houlberg, M. (2013). Adding silver to the rainbow: the development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. <i>Journal of Nursing Management</i> , 22, 257-266. doi: 10.1111/jonm.12125				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	<p>Le concept est le développement d'un programme d'éducation sur les compétences culturelles par rapport aux aînés LGBT à avoir dans la santé.</p> <p>Les soignants sont la population cible de ces programmes mais cela n'apparaît pas clairement dans le titre.</p>
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			<p>Dans le résumé, on retrouve l'objectif de l'étude. On y trouve également le contexte où le problème est décrit. La méthode et les résultats sont expliqués de manière synthétique. Le résumé contient également quelques lignes sur l'implication du programme pour la gestion des soins infirmiers.</p>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			<p>Le problème est qu'aux États-Unis, il existe un manque de soignants et surtout ceux formés pour travailler en gériatrie. Les personnes âgées sont 3 fois plus susceptibles d'avoir une péjoration de leur santé. Ils sont également</p>

				multiculturels et cela ajoute une difficulté pour la prise en charge car les soignants n'ont pas ou peu de formations sur le vieillissement ou la culture LGBT.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X		Une synthèse sur différentes recherches déjà effectuées est présente. On retrouve des explications par rapport à la pénurie de soignants formés pour prendre en charge des personnes âgées avec différentes cultures et également des explications par rapport aux besoins des personnes âgées LGBT.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X	Aucune théorie n'est utilisée dans cette article.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X		<p>Le but est défini : Le programme HEALE a été mis au point pour les infirmières et autres professionnels de la santé afin d'améliorer leur capacité à fournir des soins adaptés pour répondre aux besoins de santé les plus courants et importants des personnes âgées LGBT.</p> <p>Les principaux objectifs sont également définis : « développer un programme basé sur les besoins de la communauté des personnes âgées LGBT, évaluer le programme, le présenter dans une série de formations pilotes, collecter des données et des évaluations des participants et réaliser une évaluation finale par l'éducation à la santé pour les LGBT. » [Traduction libre]</p>

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Le devis de recherche n'est pas mentionné dans l'article mais on y retrouve des données qualitatives et quantitatives, donc c'est un devis mixte.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	La population est définie précisément : le programme HEALE, qui s'adresse aux infirmières et autres professionnels de la santé, a été présenté pendant trois ans à huit centres universitaires, six centres de santé communautaires, un réseau de soins de santé à domicile et un réseau de soins de longue durée comprenant huit EMS. Plus de 500 professionnels de la santé ont suivi ce programme.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	L'échantillon est décrit : « de mars 2011 à juin 2012, 848 personnes ont assisté aux sessions du programme HEALE dans 23 lieux différents de Chicago et ses environs. Environ 40% des participants étaient blancs, 25% noirs, 9% hispaniques/latinos et 25% asiatiques. La majorité des participants étaient des femmes et environ 25% avaient moins de 30 ans. Plus du tiers avaient un baccalauréat en sciences infirmières ou étaient infirmières autorisées. » [Traduction libre]
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	La taille de l'échantillon n'est pas justifiée statistiquement.

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Le programme se constituait de 6 modules, tous explicités. La collecte de données comprenait une évaluation pré-test, post-test et une évaluation des participants par rapport à leurs connaissances et à l'enseignement donné.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Le but des tests faits auprès des soignants était de mesurer la capacité de l'instructeur à transmettre efficacement ses connaissances et à mettre en évidence des faits importants tout au long de la présentation et surtout à évaluer les gains de connaissances des soignants après avoir reçu cette formation.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Les différentes étapes de l'étude sont expliquées : modification du programme après avoir reçu des évaluations écrites des forces et des faiblesses lors d'une formation pilote ; déroulement du programme ; recueil d'informations sur les participants ; comparaison des résultats analysés avec la version 10.1 de STATA.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	Ils expliquent qu'aucune information de santé protégée n'a été collectée durant l'étude.

<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X		Des analyses statistiques sont entreprises en lien avec le gain de connaissances des soignants après chaque module enseigné : les scores des pré et post-tests ont été comparés et un t-test jumelé a permis d'évaluer leur signification statistique. Les connaissances acquises étaient statistiquement significatives.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats sont présentés sous forme de tableaux : le 1 <sup>er</sup> tableau présente la population, le 2 <sup>ème</sup> présente les différences dans les scores pré-test et post-test par module et par formation, le 3 <sup>ème</sup> présente la satisfaction des participants et leur note donnée au présentateur.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X	Aucun cadre théorique n'a été utilisé dans l'article et de ce fait, les résultats ne sont pas interprétés en fonction.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?			Les chercheurs expliquent simplement que, comme constaté dans les études déjà effectuées, les résultats ont montré qu'il existe un besoin de formation chez le personnel de la santé par rapport aux personnes âgées LGBT.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les limites sont qu'il existait une barrière de la langue ce qui empêchait les participants de répondre aux différents tests, que non seulement, certains participants ne parlaient pas anglais, mais qu'en plus ils ne pouvaient pas lire les différents outils. De ce fait, les résultats ont été biaisés de par le manque de données.

					La méthode de collecte de données n'a pas permis aux chercheurs de comparer les caractéristiques entre les participants et les non-participants ou ceux incapables de répondre aux tests.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs expliquent que la formation permet une augmentation des connaissances des soignants et de ce fait, ils auraient davantage confiance aux soins qu'ils donneraient aux personnes âgées LGBT, car ils seraient adaptés culturellement. Leur empathie est également augmentée.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils expliquent que pour diminuer les obstacles rencontrés dans les soins et pour améliorer la santé des patients, des soins culturellement compétents doivent être dispensés. Les soignants prodiguant des soins aux personnes âgées LGBT non-blancs doivent également avoir des stratégies et enseigner une formation en espagnole va permettre d'atteindre les personnes plus vulnérables encore.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		Les chercheurs recommandent la création de formations en espagnol mais ne font pas de recommandations pour les recherches futures.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article est clair et bien structuré, mais on ne retrouve pas de cadre conceptuel et le devis de recherches n'est pas expliqué.

### Grille de résumé d'un article scientifique – Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	<p>Sussman, T., Brotman, S., MacIntosh, H., Chamberland, L., MacDonnell, J., Daley, A., Dumas, J., &amp; Churchill, M. (2018). Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, &amp; Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective. <i>Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement</i>, 37(2), 121-132. <a href="https://doi.org/10.1017/S0714980818000077">https://doi.org/10.1017/S0714980818000077</a></p>
Introduction Problème de recherche	<p>Les foyers de soins de longue durée (FSLD) doivent s'améliorer pour que ces environnements soient sensibilisés aux besoins des personnes âgées LGBT, à leurs préférences et à leurs expériences. Les recherches montrent que ces aînés pensent que la discrimination de la part des soignants y est très répandue.</p>
Recension des écrits	<p>Au Canada et aux États-Unis, jusqu'à 1/3 des personnes âgées de plus de 85 ans vivent dans des EMS. Bien que le nombre de personnes LGBT vivant dans ces institutions soit inconnu, ceux souffrant de déficiences cognitives ou physiques courent un risque accru d'y être placés. En effet, beaucoup de personnes âgées LGBT vivent seules, n'ont peut-être pas de conjoint, d'enfant, d'autre membre de leur famille ou d'ami qui peuvent les soutenir dans les soins et ont peu de ressources financières pour les payer.</p> <p>D'après la littérature sur l'expérience des personnes âgées LGBT en EMS, des suggestions ressortent sur le fait qu'il y a des améliorations essentielles à apporter pour s'assurer que ces environnements soient sensibles et inclusifs aux besoins, aux expériences et aux préférences des personnes âgées LGBT.</p> <p>Selon les recommandations de chercheurs et de militants, il faut créer des alliances entre la communauté LGBT et le secteur des soins de longue durée (SLD), de la sensibilisation des communautés LGBT, des pratiques d'emploi inclusives et de la formation du personnel. Cependant, la manière dont ces recommandations ont été appliquées au Canada et ailleurs est inconnue.</p> <p>Les expériences, les besoins et les perceptions des personnes âgées LGBT sont documentés dans la</p>

	<p>littérature et montrent que ces personnes vivant dans la communauté imaginent que la discrimination est présente dans les FSLD et que peu voire aucune mesure pour limiter des soins discriminatoires n'est prise. En effet, selon un rapport, seulement 22% des aînés pensent pouvoir s'ouvrir sur leur orientation et identité sexuelle. Afin d'éviter le rejet, l'ostracisme et la négligence du personnel et des autres résidents, ils ressentent le besoin de cacher leur orientation sexuelle. La non-divulgence de l'orientation sexuelle est associée négativement à la qualité des soins fournis et peut également amener à de l'isolement social, de la solitude et de l'anxiété.</p> <p>La littérature montre qu'utiliser la non-divulgence pour s'auto-protéger peut s'avérer impossible pour les personnes âgées transgenres, car lorsqu'elles reçoivent des soins physiques, la différence entre le sexe anatomique et le sexe identifié est observée. Par conséquent, les personnes transgenres ont un risque accru d'aliénation et de discrimination dans les FSLD de la part du personnel et des résidents.</p> <p>D'autres recherches montrent un manque de sensibilisation et de formation des employés et des administrateurs dans les FSLD.</p> <p>Il est présomptueux de penser que les approches actuelles de la " diversité " sont suffisantes pour répondre aux besoins des LGBT. Les formulaires administratifs ne prennent pas en compte les LGBT et les images des établissements ne représentent jamais de couple LGBT. Cependant, les attitudes du personnel dans les services de gériatrie semblent évoluer et de nombreux employés se déclarent ouverts aux initiatives spécifiques aux LGBT.</p> <p>Il existe des partenariats entre militants, universitaires LGBT et fournisseurs de service qui donnent des outils pour soutenir l'inclusion des LGBT.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique n'est présenté.
Question de recherche/buts	Cette étude vise à éclairer les stratégies et les connaissances pour que les FSLD puissent appliquer l'accès et l'équité des personnes âgées LGBT.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis qualitatif
Population, échantillon et contexte	<p>La récolte de données s'est concentrée sur six villes urbaines situées dans 3 provinces canadiennes : Toronto, Vancouver, Montréal, Ottawa, Victoria et Québec. Les trois premières ont été choisies, car ce sont les zones urbaines avec de nombreuses personnes âgées LGBT et avec diverses sortes de services et de soutiens pour ces personnes. Les trois dernières assurent la représentation de chaque province, donc ces 6 villes devraient être représentatives. Les zones rurales sont exclues car les initiatives les plus progressistes seraient dans les zones urbaines.</p> <p>Les institutions choisies par cette étude sont les foyers de soins infirmiers réglementés par l'État, où les personnes ont besoin de soins élevés et les résidences de retraite qui s'adressent aux personnes âgées semi-autonomes.</p> <p>Ils ont eu recours à un échantillonnage délibéré afin de recruter des représentants de FSLD qui étaient gay-friendly selon leur site Web et des institutions qui ont entrepris certaines initiatives liées aux personnes âgées LGBT.</p> <p>Ils se sont centrés sur ces institutions pour faire progresser la base de connaissances au-delà des lacunes en matière de documentation dans le but de souligner comment, dans quelle mesure et dans quelles circonstances des initiatives ont été adoptées dans les FSLD. Suite à cela, les administrateurs de 32 établissements ont été contactés et ont accepté de répondre aux entretiens téléphoniques.</p> <p>Pour la réunion de 2 jours, il y a eu 25 participants sur 31 potentiels. Cet échantillon était composé de 4 fournisseurs de services, de 9 défenseurs communautaires, de 9 chercheurs et de 3 étudiants qui représentaient collectivement les principales caractéristiques démographiques des personnes âgées, des partenaires des personnes qui reçoivent actuellement des soins et des membres des communautés LGBT.</p>

Méthode de collecte des données	<p>Le projet se composait d'entrevues téléphoniques dirigées par un guide d'entrevue semi-structurée avec des administrateurs de FSLD. Les participants devaient « décrire en termes généraux les initiatives LGBT entreprises dans leur établissement, identifier les défis et les solutions concernant la mise en œuvre des initiatives, commenter l'impact perçu des initiatives entreprises et identifier des plans pour promouvoir l'inclusion des LGBT. » [Traduction libre]</p> <p>Des délibérations lors d'une réunion de deux jours avec des défenseurs, des fournisseurs de services à domicile, des chercheurs et des personnes âgées LGBT ont ensuite été faites.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La première étape était des entrevues téléphoniques afin d'identifier les stratégies envisagées et mises en œuvre pour inclure les personnes LGBT. La deuxième consistait en une réunion de deux jours enregistrée dans laquelle les participants ont discuté des pratiques inclusives et des stratégies globales pour identifier et mettre en œuvre une approche plus large de l'inclusion.</p> <p>La première journée comprenait trois tables rondes qui donnaient un aperçu des initiatives LGBT en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec. Les présentations ont permis d'approfondir certaines des initiatives mentionnées dans les entrevues téléphoniques. La deuxième journée, une technique de groupe nominale adaptée a guidé des débats en petits groupes sur l'état actuel des connaissances et des pratiques d'inclusion des LGBT dans les FSLD ainsi que l'identification des obstacles, des solutions et des lacunes dans la pratique.</p>
Considérations éthiques	<p>« Les deux initiatives ont été faites conformément aux normes de L'Énoncé de politique des trois Conseils concernant l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Les procédures relatives au consentement éclairé, à la gestion et à la diffusion des données ont été acceptées par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université McGill. » [Traduction libre]</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>Les entretiens téléphoniques ont été retranscrits par l'assistant de recherche qui a mené les interviews. Ensuite les notes ont été analysées en trois étapes :</p> <p>En premier, l'analyse classe en 8 catégories les pratiques mises en place pour inclure les personnes âgées LGBT : « formation de personnel, programmes sur le thème LGBT, comité de consultation LGBT, participation à</p>

	<p>des événements LGBT, symboles LGBT dans l'environnement, attention au langage, sensibilisation/recrutement à la communauté LGBT et partenariat officiel avec l'organisation LGBT. » [Traduction libre] Dans un deuxième temps, les entretiens ont été analysés plus profondément et une neuvième catégorie est ressortie, la stratégie globale/approche compréhensive. Elle représentait les caractéristiques des institutions qui ont adoptées des pratiques à plusieurs niveaux. La troisième étape consistait à analyser la fréquence à laquelle les personnes interrogées ont mentionné les catégories, dans le but de savoir quelles pratiques sont le plus et le moins approuvées. Elle a également analysé les commentaires pour savoir la raison de l'adoption ou non des différentes pratiques. Elle a permis de cerner les obstacles, les lacunes et les solutions perçus.</p> <p>Les différents débats et discussions de groupe ont été enregistrés et retranscrits par des étudiants participant à la réalisation de l'étude. Une analyse thématique en deux étapes a été utilisée. La première étape consistait à réunir toutes les notes axées sur les problèmes rencontrés en pratique et les initiatives entreprises dans les FSLD. Durant la deuxième étape, le premier auteur a analysé les extraits de texte ainsi que les enjeux et les initiatives décrits lors des entrevues téléphoniques afin de cerner les défis, les solutions et les lacunes en matière d'inclusion des LGBT donnés par les participants.</p>
Présentation des résultats	<p>Près de la moitié des établissements considérés comme inclusifs étaient des foyers de soins (56 %) et uniquement des établissements dits inclusifs ont été aménagés par le secteur privé pour accueillir spécifiquement la communauté LGBT (9%).</p> <p><i>Résultats des entrevues téléphoniques</i></p> <p>L'initiative la plus adoptée était la formation du personnel (69%), soit à l'ensemble du personnel (45%), soit aux gestionnaires (41%), soit aux professionnels diplômés (14%). La mise en place de programmes sur le thème des LGBT est la deuxième initiative (44%). Ces programmes offrent des activités comme des projections de films, des tables rondes et des barbecues, qui ont permis de sensibiliser, d'améliorer l'acceptation et de renforcer l'alliance entre la communauté LGBT et les résidents LGBT. Cependant, certains des directeurs n'ont pas mis en place ces programmes par peur des réactions négatives de la part des autres résidents. La troisième initiative était la mise en place de consultations internes ou externes (34%) pour soutenir le personnel dans la mise en place des</p>

	<p>initiatives LGBT.</p> <p>25% des foyers ont adopté des moyens visibles pour que les résidents et les familles soient au courant de l'inclusion des LGBT, « comme des drapeaux arc-en-ciel, des chartes, des modifications administratives ou des activités faites avec des organisations LGBT. » [Traduction libre] D'autres ont instauré des stratégies globales, mais il s'agissait souvent d'établissements privés construits pour les LGBT.</p> <p><i>Résultats des délibérations des conférences</i></p> <p>Trois thèmes sont ressortis des délibérations :</p> <p>L'importance de l'inclusion des personnes LGBT : Tous les foyers publics devraient adopter des moyens pour inclure les LGBT, car l'entrée en FSLD est souvent soudaine et imprévue. Elle ne permet pas aux résidents LGBT d'être sélectifs sur le choix de l'institution, car ils sont souvent sur une liste d'attente. De plus, les militants et alliés de la cause LGBT soulignent le manque de moyens financiers et la dotation restreinte qui entravent la mise en pratique de certaines initiatives.</p> <p>La formation initiale du personnel : La sensibilisation du personnel par une formation permet de favoriser l'environnement et d'intégrer les aînées LGBT dans les FSLD. Cette formation devrait être donnée à tout le personnel de l'institution pour établir une bonne efficacité et être continue car le personnel change souvent. Les spécificités de la communauté LGBT sont minimisées par les administrateurs, comme le fait de dire « nous traitons tout le monde de la même manière ». [Traduction libre]</p> <p>L'engagement des résidents dans les stratégies LGBT : La participation active des résidents est essentielle pour l'intégration des personnes LGBT, car cette population peut également avoir des attitudes discriminatoires à l'égard des résidents LGBT et augmenter la vulnérabilité de ceux-ci.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>La littérature souligne que les personnes LGBT veulent aller dans des FLSD destinés exclusivement aux LGBT. Cependant, les personnes qui sont vulnérables et dans une situation de précarité financière ne pourront pas aller dans ce genre de FSLD. De ce fait, les FSLD au Canada doivent tous adopter des stratégies d'inclusion. De plus, les résultats ont montré que la plupart des FSLD sont dirigés par des sociétés privées, ce qui est un</p>

	<p>obstacle étant donné qu'elles sont réfractaires quant à la formation concernant les LGBT. L'investissement des politiques et des gouvernements doit également être mis en avant.</p> <p>La formation continue fait partie des moyens de première ligne en ce qui concerne l'inclusion. Cela améliore l'environnement dans lequel vivent les personnes âgées LGBT.</p> <p>Deux obstacles ont été déterminés par les participants. En premier, tous les FSLD n'étaient pas ouverts d'esprit à avoir une formation à propos des LGBT, ce qui montre que l'ouverture d'esprit face à l'inclusion est plutôt localisée chez les FSLD qui prennent déjà des initiatives pour les LGBT. En second, les organismes LGBT reconnaissent que sensibiliser le personnel est important. Cependant, la majorité n'ont pas assez de temps pour former le personnel étant donné que les ressources sont limitées.</p>
Forces et limites	<p>Les limites de cette étude sont que les zones rurales n'ont pas été incluses dans cette étude. Il serait important de faire une comparaison entre les zones urbaines et rurales. La méthodologie de cette étude n'a pas permis des résultats représentatifs car l'échantillon a été choisi. Les foyers de cette étude ne se concentrent que sur les personnes âgées. En effet, le fait de se concentrer sur d'autres « communautés religieuses, ethniques, linguistiques et culturelles » [Traduction libre] aurait permis de récolter d'autres données. Avec cette étude, ils ont pu relever les obstacles et les défis qui empêchent la bonne mise en place de stratégies inclusives. Il serait intéressant d'analyser les effets de telles initiatives en utilisant des résultats mesurables pour les résidents LGBT, les autres résidents, la famille et le personnel.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les stratégies d'inclusion des LGBT sont en essor dans les foyers canadiens. Souvent, ces stratégies mettent en avant la sensibilisation du personnel comme la formation ponctuelle ou continue. La formation continue peut être un moyen de dissoudre les craintes que les personnes LGBT ont par rapport à l'inconfort et la divulgation dans un environnement qui identifie l'hétérosexualité comme seule sexualité existante. Cependant, dans le contexte où il y a des infrastructures pour faire participer les résidents et les familles, il semble se passer une évolution d'un environnement de tolérance à un environnement de solidarité et d'inclusion. Des recherches futures devraient être faites pour examiner les effets de telles initiatives intensives sur les personnes âgées LGBT, les autres membres de la communauté, le personnel et les familles.</p>

**Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche qualitative**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Sussman, T., Brotman, S., MacIntosh, H., Chamberland, L., MacDonnell, J., Daley, A., Dumas, J., & Churchill, M. (2018). Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective. <i>Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement</i> , 37(2), 121-132. <a href="https://doi.org/10.1017/S0714980818000077">https://doi.org/10.1017/S0714980818000077</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le concept est le soutien des personnes LGBT dans les foyers de soins de longue durée. La population cible est les personnes LGBT.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est complet et synthétique, il contient l'introduction, la recension des écrits, le problème, la méthode, les résultats et la discussion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème est que les foyers de longue durée sont peu sensibilisés aux besoins spécifiques des personnes LGBT. Cette population est confrontée à de nombreuses peurs.

Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			L'état des lieux est fait dans le contexte du Canada et des Etats-Unis sur la mise en place d'initiatives en faveur de la communauté LGBT. La littérature indique que la majorité des personnes qui vont entrer en FSLD ont de nombreuses peurs et appréhensions.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique n'est utilisé.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			« Cette étude vise à éclairer la mise en place de stratégies que les foyers de soins de longue durée pourraient appliquer pour améliorer l'accès et l'équité, en ce qui concerne l'augmentation du nombre de personnes âgées LGBT qui devraient s'y installer au cours des prochaines années. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?			X	Le devis qualitatif de l'étude est mentionné dans l'introduction, mais n'est pas explicite.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Les outils utilisés sont des entrevues semi-structurées et des réunions qui se focalisent sur les récits des interlocuteurs et non sur des données mesurables.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Il est composé de 32 personnes venant d'un FSLD et 25 personnes côtoyant des LGBT ont participé aux réunions.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les institutions choisies pour cette étude sont les foyers de soins infirmiers réglementés par l'État, où les personnes

				ont besoin de soins élevés et les résidences de retraite qui s'adressent aux personnes âgées semi-autonomes. L'échantillon des réunions était composé de 4 fournisseurs de services, de 9 défenseurs communautaires, de 9 chercheurs et de 3 étudiants qui représentaient collectivement les principales caractéristiques démographiques des personnes âgées, des partenaires des personnes qui reçoivent actuellement des soins et des membres des communautés LGBT.
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X		Il s'agit d'entrevues téléphoniques et de délibérations dans le cadre d'une réunion de deux jours avec des défenseurs communautaires dont des personnes âgées LGBT, des fournisseurs de services à domicile, des chercheurs et des étudiants.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X		Les chercheurs expliquent comment ils ont sélectionné leur échantillon et comment s'est passé le recueil de données. Les entrevues avaient pour but d'identifier tous les éléments mis en place. Quant aux réunions, elles ont permis d'approfondir certains sujets.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		« Les deux initiatives ont été faites conformément aux normes de L'Énoncé de politique des trois conseils concernant l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Les procédures relatives au consentement éclairé, à la diffusion et à la gestion des données ont été acceptées

					par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université McGill. » [Traduction libre]
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Les chercheurs ont expliqué l'analyse en 3 étapes effectuée pour obtenir leurs résultats. Ils ont établi des catégories afin de rendre les résultats plus simples. Pour les résultats de la réunion, ils ont également procédé à une analyse qui est expliquée.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		Aucun moyen n'a été utilisé.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sont présentés sous la forme d'un tableau pour mettre en lumière les initiatives mises en place. De plus, les initiatives sont complétées des verbatim de la réunion de deux jours.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les thèmes ressortis sont en lien avec les problématiques de la population concernée. Les thèmes sont multiples comme la formation du personnel, la mise en place de programme, la modification du langage, le partenariat avec des organisations LGBT, etc.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Aucune donnée n'a été évaluée par des participants ou des experts.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Lors de la discussion, les chercheurs font des comparaisons avec la littérature déjà existante.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Les données ne sont pas transférables car les chercheurs expliquent que d'autres études devraient se faire dans d'autres contextes pour avoir des données mesurables.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Des recherches futures devraient être faites pour examiner les effets de telles initiatives intensives sur les personnes âgées LGBT, les autres membres de la communauté, le personnel et les familles.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Les chapitres sont clairs, les tableaux sont bien présentés et expliqués. On trouve suffisamment d'aspects à analyser.

### Grille de résumé d'un article scientifique – Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Bell, S. A., Bern-Klug, M., Kramer, K. W. O., & Saunders, J. B. (2010). Most Nursing Home Social Service Directors Lack Training in Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Residents. <i>Social Work in Health Care</i> , 49(9), 814-831. <a href="https://doi.org/10.1080/00981389.2010.494561">https://doi.org/10.1080/00981389.2010.494561</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Les personnes vivant en EMS sont une population qui est vulnérable c'est pourquoi ils doivent être dans un environnement qui favorise leur bien-être psychosocial et respecte leurs droits. Les travailleurs sociaux sont un élément clé pour maintenir cet environnement, car ils ont le devoir de s'occuper des populations les plus vulnérables.</p> <p>Cependant, la communauté âgée LGB est confrontée à davantage de vulnérabilité et fait face à des défis singuliers en EMS. La littérature concernant cette population âgée est très peu développée et cela handicape l'amélioration du personnel dans la pratique du travail social.</p>
Recension des écrits	<p>Selon la littérature, la population américaine LGB de 65 ans et plus est estimée entre 3 et 8%. La littérature dit également que la population LGB atteindra presque 6 millions en 2030 et 3 à 5 % de cette population vivront en EMS aux Etats-Unis.</p> <p>Deux facteurs peuvent favoriser leur entrée en EMS. Le premier est le manque de soutien familial et le deuxième est le manque de moyen financier. De ce fait, ils peuvent se trouver dans une situation de dépendance au système de santé. De plus, les personnes lesbiennes ont un manque de reconnaissance et non pas les avantages du mariage, ce qui précipitent négativement leur situation financière.</p> <p>Les personnes âgées LGB sont confrontées à de nombreuses peurs comme le comportement négatif du personnel, le manque de compréhension par rapport à leurs besoins et le manque de connaissance lié aux spécificités du vieillissement de la communauté LGBT. D'après une étude pilote auprès de personnes LGBT, leur</p>

	<p>principale appréhension à l'entrée en EMS était le manque d'ouverture d'esprit du personnel et la non acceptation du mode de vie et du partenaire.</p> <p>La discrimination et le déni par rapport au LGBT sont courants chez le personnel. Effectivement, les employés considèrent souvent les résidents comme asexués. De ce fait, l'hypothèse que d'autres sexualités existent est improbable. D'après une étude, les travailleurs sociaux reconnaissent la sexualité des résidents comme étant uniquement hétérosexuelle, sans penser à l'homosexualité. Ce qui est ressorti d'un sondage, c'est que les attitudes du personnel sont beaucoup plus positives lorsque celles-ci sont liées à la sexualité hétérosexuelle plutôt qu'à l'homosexualité.</p> <p>Les personnes LGBT sont vulnérables à cause de l'hétéronormativité, les rendant invisibles et marginalisées. « Invisible est une description récurrente des personnes âgées LGBT. » [Traduction libre]</p> <p>De nombreuses personnes âgées LGBT pensent à la mort, pour éviter le risque d'être stigmatisées et discriminées. Pour les personnes qui ont vécu ouvertement leur identité sexuelle, elles sont confrontées à d'autres traumatismes comme le fait de se cacher à nouveau lorsqu'elles se retrouvent dans une situation de vulnérabilité. Celles qui ont vécu les années 60 « Ascension de la libération gay » sont réellement touchées par cela.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre n'est utilisé dans l'étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	« Le but de cette étude est de rapporter le nombre et le pourcentage de directeurs de services sociaux de maisons de retraite qui signalent avoir eu une formation récente dans des domaines de compétences culturelles, en mettant l'accent sur la formation de l'homophobie. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif

<p>Population, échantillon et contexte</p>	<p>L'échantillon était représentatif à échelle nationale, car 1071 directeurs de services sociaux des EMS ont répondu au sondage.</p> <p><u>Caractéristiques sociodémographiques :</u></p> <p>89,6% participants étaient blancs, 93,4% des femmes, 54,6% ont entre 35 et 54 ans, 68% vivaient en zone urbaine et le reste des participants était réparti dans les agglomérations urbaines et dans les zones rurales.</p> <p><u>Caractéristique concernant le niveau d'étude et années d'expériences :</u></p> <p>80% des directeurs détiennent un diplôme d'études collégiales datant d'au moins quatre ans, 20% un diplôme d'études secondaires ou d'études équivalentes, 50% un baccalauréat ou une maîtrise en travail social et 38,8% un permis de travail social, y compris certaines personnes qui n'avaient pas de diplôme en travail social. 28,4% participants ont obtenu leur diplôme le plus élevé entre 2000 et 2006, 1/3 entre 1990 et 1999 et 40% avant 1990. Les années d'expérience dans les services sociaux des foyers de soins varient de moins d'un an (6,6 %) à plus de 15 ans (21,4 %).</p> <p><u>Autres caractéristiques :</u></p> <p>58% des établissements comprenaient seulement un membre du service social, 64% travaillaient à but lucratif, 53% faisaient partie d'une chaîne de deux foyers de soins ou plus, 70% comptaient moins de 120 lits, 70% étaient certifiés pour recevoir à la fois le régime d'assurance-maladie et le régime Medicaid et 20 % des foyers de soins infirmiers étaient affiliés à une religion.</p>
<p>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</p>	<p>La méthode de collecte de données a été faite par un sondage envoyé par courrier postal. Les catégories principales du questionnaire se concentraient sur les « tâches effectuées habituellement par les services sociaux, les caractéristiques sociodémographiques du directeur des services sociaux, les ressources favorisant le travail, sa rémunération, sa formation et sa satisfaction. » [Traduction libre] L'instrument se composait de 192 questions.</p> <p>Dans cette étude la principale question était : « Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu au moins une heure de formation dans l'un de ces domaines ? Les 6 domaines culturels : racisme, sexisme, âgisme, homophobie, préjugés religieux et discrimination fondée sur le handicap. » [Traduction libre]</p>

Déroutement de l'étude	<p>« Cette étude descriptive s'inscrivait dans une étude plus large qui avait comme but principal de caractériser les directeurs et le personnel des services sociaux des foyers de soins en 2006. » [Traduction libre]</p> <p>Une base de données tenue par Le Center for Medicare and Medicaid Services répertorie tous les renseignements concernant les organisations de soins (dont 16'000 foyers de soins) qui sont officiellement reconnues pour recevoir des remboursements fédéraux.</p> <p>Un échantillonnage aléatoire a été fait auprès des 16'000 foyers et 2016 questionnaires ont été envoyés, dont 1071 ont été remplis et retournés, soit un taux de 53% de réponse.</p> <p>Après l'analyse des différentes caractéristiques des foyers de soins, l'échantillonnage était représentatif à l'échelle nationale.</p>
Considérations éthiques	Aucune considération éthique n'a été prise.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	Les résultats ont été analysés avec le khi-carré pour identifier si les relations entre les variables dépendantes et indépendantes des foyers de soins étaient statistiquement significatives (pour la formation d'au moins une heure au courant des 5 dernières années). Le p-value de 0,1 a été utilisé dans un système de régression logistique afin de voir quelles variables avaient une valeur prédictive pour avoir une formation sur l'homophobie.
Présentation des résultats	<p>« Les variables indépendantes sont reliées aux caractéristiques du foyer de soins comme la région, la zone, l'appartenance religieuse, le nombre de lit, le statut fiscal ainsi que les caractéristiques du directeur comme la formation, le permis de travail, l'année de travail ou l'année d'obtention du plus haut niveau d'études. » [Traduction libre]</p> <p>Les principaux résultats de cette étude montrent que seulement 24% des directeurs ont déclaré avoir eu une formation sur l'homophobie et que le pourcentage le plus faible des 6 domaines culturels était l'homophobie.</p> <p>Les variables significatives qui favorisent au moins une heure de formation sur l'homophobie au cours des 5 dernières années sont le fait d'avoir un diplôme collégial ou en travail social, d'avoir moins d'expériences professionnelles et d'avoir obtenu le diplôme le plus élevé récemment. Néanmoins, les variables significatives qui</p>

	<p>influencent en défaveur de la formation sur l'homophobie sont : être dans une région rurale ou venir du Nord-Est ou du Mid-ouest. Les variables suivantes n'étaient pas significatives : l'affiliation religieuse de l'établissement, le statut fiscal et le nombre de lit.</p> <p>Les facteurs prédictifs pour au moins une heure de formation sur l'homophobie au cours des 5 dernières années sont : la formation, le nombre d'années d'expériences et l'année d'obtention du diplôme le plus élevé pour les directeurs et la région des foyers de soins.</p> <p>Les directeurs sans formation collégiale de 4 ans étaient deux fois moins susceptibles d'avoir reçu la formation que leurs homologues en travail social. Avoir un diplôme collégial participe de façon considérable à augmenter les chances qu'un directeur déclare recevoir une formation sur l'homophobie. Les directeurs qui avaient moins de 4 ans d'expérience étaient presque deux fois plus propices à avoir eu la formation comparativement à leurs homologues ayant travaillé 4 ans et plus. En effet, les directeurs avec moins d'un an à leur actif avaient plus de chance d'avoir eu une formation pour travailler avec les résidents LGB.</p> <p>Si le diplôme le plus élevé était obtenu dès l'an 2000, ils avaient deux fois plus de chance d'avoir suivi au moins une heure de la formation.</p> <p>Les établissements de soins situés dans le Nord-est et le Mid-ouest avaient 30% moins de chance de déclarer avoir eu la formation en opposition avec les établissements du sud ou de l'ouest des États-Unis.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les éléments les plus marquants de cette étude sont que 76% des directeurs n'ont pas suivi au moins une heure de formation au cours des 5 dernières années sur l'homophobie et que l'homophobie est le domaine le moins donné dans la formation. Ce manque de formation est impressionnant sachant que le service social est responsable d'informer les autres membres du personnel, les résidents et les membres de la famille sur les droits des résidents. Cela questionne le niveau de compétences du personnel travaillant avec les résidents LGB et peut suggérer que l'environnement social de ces établissements n'est pas propice aux personnes âgées LGB.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Dans cette étude, le personnel des foyers de soins n'a pas été inclus, car seuls les directeurs de services sociaux étaient concernés. Les personnes transgenres n'ont pas été incluses dans cette étude.</p>

	<p>Aucun des termes de compétence culturelle n'a été défini, comme l'homophobie. L'étendue de l'hétérosexisme dans les institutions de soins n'a pas été évaluée. L'utilisation d'un cadre théorique ou d'un concept aurait ajouté de la plus-value à cette étude. Au cours des 5 dernières années, le niveau de connaissances, les attitudes ou les valeurs liées à l'homophobie n'ont pas été questionnés.</p> <p>La question « A reçu au moins 1 heure de formation sur l'homophobie aux cours des 5 dernières années » n'a pas été utilisée dans des études antérieures.</p> <p>Il n'existe aucune recherche empirique qui s'interroge sur la corrélation entre la formation du personnel et de meilleurs résultats pour les résidents LGB.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Une des principales recommandations qui ressort de cet article est que les directeurs sociaux ayant reçu leur formation avant 2000 actualisent leurs connaissances en faisant une formation sur l'hétérosexisme et l'homophobie le plus rapidement possible. Ils recommandent également de faire davantage de recherches sur les personnes LGB vivant en EMS pour voir si ceux-ci sont sûrs. Chaque institution est responsable de créer un environnement propice pour atteindre le bien-être (physique, mental, psychosocial, etc.) en intégrant la sexualité qui est un élément fondamental. De plus, lors d'une entrée en EMS, le bien-être des personnes LGB ne devrait pas se péjorer en fonction des attitudes du personnel.</p> <p>Les besoins des personnes transgenres sont uniques. La littérature expliquant la façon d'accueillir les personnes transgenres en EMS est très pauvre, alors que l'identité sexuelle est un élément essentiel à prendre en considération. « Healy fournit des lignes directrices dans quatre domaines essentiels : la sensibilisation, la lutte contre les hypothèses hétérosexistes, l'apprentissage des pratiques culturelles compétentes et l'utilisation d'un langage et des actions inclusives » [Traduction libre]. Les formations devraient inclure une base sur les connaissances par rapport aux lois et aux actes politiques qui protègent ou non les personnes LGB vivant en EMS. De façon générale, les personnes travaillant dans des situations sociales devraient davantage s'investir dans leur formation et discuter en équipe pour respecter et garantir un environnement propice au maintien de la qualité de vie de leurs résidents.</p>

### Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Bell, S. A., Bern-Klug, M., Kramer, K. W. O., & Saunders, J. B. (2010). Most Nursing Home Social Service Directors Lack Training in Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Residents. <i>Social Work in Health Care</i> , 49(9), 814-831. <a href="https://doi.org/10.1080/00981389.2010.494561">https://doi.org/10.1080/00981389.2010.494561</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La population est des directeurs de services sociaux des foyers de soins et le concept est leur manque de formation dans le domaine de la communauté LGB.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé décrit brièvement le but de l'étude, la méthodologie, les résultats et la discussion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			La plupart des directeurs et personnel soignant dans les foyers de longue durée manquent de formation pour travailler avec les résidents LGB.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Il résume les problématiques rencontrées chez les personnes LGB lorsqu'elles sont en institution de soins et font remarquer le peu de littérature concernant les LGB en EMS. Il décrit également les attitudes du personnel.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Il n'y a pas de concept ou de théorie défini.

Hypothèses/ question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			« L'étude a pour but de faire état du nombre et du pourcentage de directeurs de services sociaux de foyers de soins qui ont déclaré avoir reçu une formation récente dans des domaines de compétences culturelles, en mettant l'accent sur la formation en homophobie. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Le devis n'est pas explicité mais les chercheurs ont précisé qu'il s'agit d'une étude transversale. Les données ont été récoltées par un sondage avec des questions fermées, de ce fait, c'est un devis quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			L'échantillon est composé des directeurs de services sociaux de 1071 foyers de soins.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Ils décrivent les caractéristiques démographiques, le niveau d'étude, l'année d'obtention des diplômes et le nombre d'années d'expériences dans les EMS.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Un échantillon aléatoire a été fait au moyen de la fonction d'échantillonnage aléatoire du SPSS. Le nombre de réponses est représentatif à l'échelle nationale
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Il s'agissait d'un sondage accessible en ligne, où les items sont décrits.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les principales catégories du questionnaire se concentraient sur « les tâches effectuées habituellement par les services sociaux, les caractéristiques sociodémographiques du directeur des services sociaux,

					les ressources favorisant le travail, sa rémunération, sa formation et sa satisfaction. » [Traduction libre]
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Ils ont décrit les étapes statistiques réalisées afin de voir s'il y avait des corrélations entre les éléments.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?		X		Aucune considération éthique n'a été prise.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Ils ont utilisé le khi-carré pour identifier les liens entre les variables dépendantes et indépendantes. Ils ont également utilisé les relations bivariées pour avoir des résultats statistiquement significatifs.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Ils décrivent les caractéristiques démographiques, les personnes ayant une formation sur l'homophobie et ils ont mis des tableaux avec les résultats. Ils ont identifié quels étaient les caractéristiques et les facteurs prédictifs qui favorisaient le fait d'avoir eu une formation.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Il n'y a pas de cadre théorique.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X		La discussion se concentre davantage sur des réflexions éthiques et morales quant à la formation du personnel concernant l'inclusion des personnes LGB, sans faire référence à de précédentes études.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites sont le fait que seul les directeurs sociaux ont

				été interrogés et non le personnel soignant, que la définition du terme homophobie n'a pas été défini de façon explicite, qu'ils n'ont pas pu récolter de données sur l'ampleur de l'hétérosexisme, qu'il n'existe pas d'étude empirique faisant état de liens entre la formation et l'homophobie et qu'ils auraient pu utiliser un cadre théorique pour ajouter une plus-value à l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	La généralisation n'est pas abordée dans cette étude.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		L'étude a montré que la plupart des directeurs sociaux n'ont pas fait de formation sur l'homophobie. Les chercheurs questionnent la dignité et l'intégrité des personnes LGBTQ si le personnel n'est pas formé. Cela peut avoir des impacts négatifs sur cette population déjà vulnérable.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X		Ils suggèrent qu'on s'intéresse davantage aux besoins de la population en EMS et que la littérature s'intéresse également aux besoins uniques des personnes transgenres.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		L'article est bien écrit malgré un manque de structure. Suffisamment d'aspects sont présents pour une analyse minutieuse.

### Grille de résumé d'un article scientifique - Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Strong, K. L., & Folse, V. N. (2015). Assessing Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Attitudes, and Cultural Competence in Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. <i>Journal of Nursing Education</i> , 54(1), 45-49. <a href="https://doi.org/10.3928/01484834-20141224-07">https://doi.org/10.3928/01484834-20141224-07</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	« Les personnes LGBT rencontrent des obstacles dans les soins aux États-Unis causant des disparités en matière de santé. La discrimination à l'égard des patients LGBT et l'ignorance des professionnels de la santé par rapport aux besoins spécifiques des personnes LGBT ne font qu'exacerber ce problème. La profession d'infirmière doit redoubler d'efforts pour créer une main-d'œuvre compétente sur le plan culturel tout en éliminant les disparités en matière de santé et en améliorant les résultats pour les patients dans les populations vulnérables, y compris la communauté LGBT. » [Traduction libre]
Recension des écrits	Beaucoup d'éléments dissuadent les personnes LGBT d'accéder aux soins de santé, comme la stigmatisation des personnes LGBT, les attitudes négatives et le manque de connaissances des professionnels de la santé. « Le concept de stress de minorité est défini comme un stress que subissent des personnes d'une catégorie sociale stigmatisée. » [Traduction libre] Les personnes sujettes aux stress de minorité subissent une augmentation de problèmes de disparité en santé, comme les problèmes de dépendance au tabac et aux drogues et les troubles mentaux. La littérature est peu développée en ce qui concerne les patients LGBT et les attitudes des prestataires des soins face à cette population. Un des principaux défis identifiés à la bonne prise en charge des populations LGBT est le manque de formation des professionnels de la santé. La littérature en sciences infirmières est très peu développée, de 2005 à 2009 sur un total de 5000 articles 8 concernaient la question de la communauté LGBT. D'autre part, beaucoup d'études auprès des étudiants en médecine ont montré une amélioration des connaissances par rapport aux patients LGBT. Cependant, aucune étude n'a fait état des lieux concernant les étudiants en sciences infirmières.

Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique
Hypothèses/question de recherche/buts	« Le but de cette étude était de répondre aux besoins en matière d'éducation suggérés par la littérature et de définir si les connaissances, les attitudes et les compétences culturelles des étudiants de premier cycle en sciences infirmières à l'égard des patients LGBT pourraient être améliorées. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif
Population, échantillon et contexte	Il s'agit d'un échantillon de 58 étudiants en sciences infirmières d'une université de premier cycle de l'Ontario. Les étudiants devaient être majeurs et dans la filière de soins infirmiers. L'échantillon était composé de 4 étudiants de première année, 6 étudiants de deuxième année, 20 étudiants de troisième année et 28 étudiants de quatrième année. Tous les élèves de l'échantillon se sont identifiés comme hétérosexuels. 82,8 % des élèves ont indiqué qu'ils s'identifiaient à une religion.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>L'échelle Attitudes envers les lesbiennes et les gays (ATLG) modifiée a été faite pour évaluer les attitudes des participants par rapport à la population LGBT en ajoutant les spécificités des personnes bisexuelles et transgenres. L'échelle ATLG a été modifiée et utilisée avec l'approbation de ses auteurs. L'échelle modifiée était composée d'une version en trois points et d'une échelle de Likert à 5 points pour la notation.</p> <p>L'échelle de soins de santé LGBT permet de faire des commentaires et est composée de 6 items qui questionnent les professionnels de la santé, la perception, la compétence, l'habileté, la sensibilité culturelle et le programme d'étude en sciences infirmières. Cette échelle a été adaptée à l'échantillon.</p> <p>Un questionnaire vrai ou faux sur les connaissances LGBT se constitue de 15 points. La grande majorité des points a été élaborée par l'équipe de recherche après une analyse documentaire et deux points ont été tirés d'un questionnaire sur les connaissances de l'homosexualité.</p> <p>Toutes les échelles ont été faites en pré-test et en post-test.</p>

Déroutement de l'étude	<p>L'intervention de 45 minutes a été faite sous la forme d'une présentation. L'outil a été testé au préalable afin de promouvoir sa validité. Celui-ci a été fait auprès de 7 étudiants LGBT, membre de la Pride Alliance de l'université.</p> <p>L'évaluation de la pertinence et la prestation du contenu ont été faites par l'organisation et ils ont également fait quelques commentaires. Suite à cela, des changements ont été apportés par l'équipe de recherche. L'intervention pédagogique a été axée sur les définitions pertinentes, les disparités en santé des LGBT, la compétence culturelle et les soins de santé spécifiques aux transgenres. Pour finir, un test a duré une heure pour évaluer les connaissances acquises. La technologie Polycom® a permis aux étudiants à l'étranger de participer de façon synchrone.</p>
Considérations éthiques	<p>« Une approbation a été faite par le comité d'examen de l'établissement et les participants ont été sélectionnés en collaboration avec quatre professeurs, à l'heure prévue des cours. L'étude a été expliquée, un consentement éclairé a été obtenu et un dossier avec les pré-tests et post-tests est donné aux participants potentiels. Les données démographiques et les pré-tests ont été séparés des documents de consentement éclairé pour préserver la confidentialité des participants. Tous les documents pré-test et post-test ont été codés permettant d'assortir les données de la collecte pour l'analyse. Aucune incitation académique ou monétaire n'a été offerte pour participer à l'étude et il n'y a aucune conséquence en cas de refus d'y participer. » [Traduction libre]</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>Les résultats ont été analysés à l'aide d'IBM SPSS® Statistics for Windows, version 21.0.</p> <p>Pour mesurer la fiabilité des résultats, les chercheurs se sont aidés de la cohérence interne qui a été calculée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach pour l'échelle ATLG et l'échelle des soins de santé des LGBT et le coefficient alpha Kuder-Richardson 20 (KR-20) pour le questionnaire des connaissances sur les LGBT.</p> <p>Ils ont utilisé un T-test pour savoir si leurs résultats pré-test et post-test étaient dus au hasard, ce qui a vérifié la validité des critères.</p>
Présentation des résultats	<p>« Les données démographiques ressorties sont que 79,3 % des étudiants ont dit connaître personnellement quelqu'un faisant partie de la communauté LGBT, 55,2% ont dit avoir une connaissance et 24,1% ont déclaré avoir un membre de leur famille. Plusieurs facteurs influencent l'attitude des étudiants par rapport à la</p>

	<p>communauté LGBT. 89,7% des étudiants ont cité leurs amis et leur famille comme influençant leurs attitudes, 56,9% ont expérimenté une relation positive ou négative avec la communauté, 27,6% ont notifié les médias comme étant le plus important influenceur et 3,4% ont cité la religion comme influençant bien que cette option ne figurait pas sur les feuilles démographiques. » [Traduction libre]</p> <p>Pour l'échelle ATLG, les moyennes des réponses ont augmenté en post-test, ce qui indique une augmentation des attitudes positives. De plus, la différence des scores des sous-échelles concernant les personnes lesbiennes, bisexuelles et transgenres était statistiquement significative.</p> <p>Pour l'échelle des soins de santé des LGBT, les scores ont également augmenté du pré-test au post-test, sauf le score concernant l'item du refus de soigner un patient LGBT. Les réponses narratives ont également montré l'acquisition d'une multitude de nouvelles connaissances et ont validé la nécessité de mettre davantage l'accent sur les soins de santé spécifiques aux LGBT dans le programme des sciences infirmières.</p> <p>Il y a eu des résultats statistiquement significatifs comme l'augmentation des scores au questionnaire sur les connaissances en post-test. Par rapport aux 15 items, 5 étaient significatifs entre le pré-test et le post-test. En pré-test, les élèves n'ont répondu correctement qu'à un seul des 15 items.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Une amélioration s'est constatée par rapport aux changements d'attitudes à l'égard des personnes lesbiennes, bisexuelles et transgenres. Les recherches sur les personnes transgenres sont plus rares comparées aux autres personnes de la communauté LGBT, par conséquent les chercheurs s'attendaient à un score plus bas à l'échelle ATLG les concernant. Cependant, c'est la bisexualité qui a été accueillie avec le plus d'attitudes négatives.</p> <p>Les connaissances se sont améliorées comme le montre l'augmentation du score post-test statistiquement significatif. Ces résultats concordes avec une précédente étude faisant une intervention pédagogique de deux heures avec des patients et des études de cas.</p>

	<p>Le fait d'avoir un changement positif d'attitude et de connaissance des élèves après une intervention brève a montré un potentiel. Le résultat en lien avec les soins de santé des LGBT était faible. Effectivement, les étudiants ont révélé que leur programme n'était pas suffisamment complet et ne prenait pas en considération les soins aux patients LGBT. Cela renforce le fait qu'il est nécessaire d'intégrer les soins aux patient LGBT dans le programme d'étude.</p>
Forces et limites	<p>« La fiabilité des deux outils (échelle des soins de santé et questionnaire des connaissances sur les LGBT) était sous-optimal, ce qui peut avoir été influencé par le petit nombre d'éléments de chaque instrument. La révision des outils doit être envisagée avant utilisation dans les études ultérieures. » [Traduction libre]</p> <p>L'étude s'est déroulée majoritairement durant les périodes de cours pour favoriser la participation, mais cela à poser des limites dans la quantité du contenu qui pouvait être abordé.</p> <p>La taille de l'échantillon a pu être influencée par le moment du recrutement et les difficultés rencontrées lors de la collecte de données. L'intervention éducative via la technologie Polycom a pu être dissuasive, du fait de la complexité de son utilisation. La taille de l'échantillon et la disproportion entre les sexes ont limité la généralisation. Les résultats ne sont donc pas représentatifs des écoles en sciences infirmières. Cette étude était transversale et devrait faire l'objet d'une étude longitudinale.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'élément principal qui a découlé de cette étude, est le besoin d'améliorer la formation en sciences infirmières par l'acquisition de connaissances et de compétences culturelles par rapport aux patients LGBT. Une intervention de courte durée a démontré son efficacité quant à l'augmentation de connaissances concernant les soins de la communauté LGBT et a permis d'améliorer les attitudes. Sur la base de cette étude, la formation infirmière devrait ajouter un contenu sur la communauté LGBT dans le but d'améliorer les compétences du personnel infirmier et les soins aux patients LGBT.</p>

### Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Strong, K. L., & Folse, V. N. (2015). Assessing Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Attitudes, and Cultural Competence in Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients. <i>Journal of Nursing Education</i> , 54(1), 45-49. <a href="https://doi.org/10.3928/01484834-20141224-07">https://doi.org/10.3928/01484834-20141224-07</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La population de l'étude est les étudiants infirmiers de premier cycle et le concept est l'évaluation des connaissances, des attitudes et des compétences culturelles dans la prise en charge des patients LGBT.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé décrit brièvement la problématique de recherche, le contexte, le but de la recherche, la méthodologie utilisée et les résultats.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème expliqué dans l'introduction de l'article est que la communauté LGBT fait face à de nombreux problèmes au niveau de la santé, comme la discrimination et le manque de connaissance de la part des soignants qui amènent à des disparités dans les soins.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension explique que beaucoup de choses empêchent les personnes LGBT d'accéder aux soins comme la peur et le comportement des professionnels. Il met également en évidence que la littérature sur les personnes LGBT est peu développée.

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Aucun cadre théorique n'est mentionné dans cet article.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			« Le but de cette étude était de répondre aux besoins en matière d'éducation suggérés par la littérature et de définir si les connaissances, les attitudes et les compétences culturelles des étudiants de premier cycle en sciences infirmières à l'égard des patients LGBT pourraient être améliorées. » [Traduction libre]
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Il n'est pas explicité, mais il s'agirait d'un devis mixte car il contient des données quantitatives et qualitatives. Plusieurs questionnaires avec des réponses ouvertes et fermées ont été utilisés.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il s'agit d'un échantillon de 58 étudiants en sciences infirmières d'une université de premier cycle de l'Ontario.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		L'échantillon était composé de 4 étudiants de première année, de 6 de deuxième année, de 20 de troisième année et de 28 de quatrième année. Tous les étudiants de l'échantillon se sont identifiés comme hétérosexuels. 82,8 % des élèves ont indiqué qu'ils s'identifiaient à une religion.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Le calcul statistique de l'échantillon n'est pas indiqué.

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Il s'agit de trois échelles. La première questionne les attitudes concernant les LGBT, la deuxième s'interroge sur les soins de santé spécifiques aux LGBT et la dernière échelle évalue les connaissances sur la population LGBT. Ces 3 échelles sont faites en pré-test et post-test.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les variables sont mesurées avec des outils qui identifient la cohérence interne entre le pré-test et le post-test. Le T test est utilisé pour déterminer la validité des résultats.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			X	Ils décrivent brièvement les outils qu'ils utilisent mais ne donnent pas de détails sur le pré-test. Une présentation de 45 minutes a été faite après avoir été évalué par des étudiants LGBT. Un post-test a conclu l'intervention.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Le comité d'examen de l'établissement a approuvé l'étude. Un dossier avec les tests et le consentement éclairé a été donné aux potentiels participants. Les informations privées ont été séparées des tests démographiques pour préserver la confidentialité.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les chercheurs utilisent le coefficient alpha de Cronbach et le coefficient alpha Kuder-Richardson pour calculer la cohérence interne, ainsi que le T-test pour vérifier la fiabilité et la validité des résultats.

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Les caractéristiques de la population sont données et les résultats sont présentés sous forme de tableau. Les 3 premiers tableaux indiquent les différences entre le pré-test et le post-test de chaque échelle. Le 4 <sup>ème</sup> tableau montre les statistiques significatives du questionnaire sur les connaissances des LGBT. Cependant, les autres résultats ne sont pas présentés.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Il n'y a pas de cadre théorique dans cet article.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?			X	Ils parlent d'une étude précédente et indiquent qu'ils ont le même type de résultats concernant l'augmentation de connaissances et les attitudes plus positives après une intervention.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ils mentionnent le petit échantillon et la non représentativité des résultats. De plus, le contexte de la récolte de données a réduit le contenu pouvant être développé. Les moyens logistiques pour le recueil de données des étudiants à l'étranger étaient aussi une limite.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			La taille de l'échantillon a limité la généralisation en raison du fait qu'une seule école de sciences infirmières a participé et du degré élevé d'homogénéité parmi les participants.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			L'élément principal qui a découlé de cette étude est le besoin d'améliorer la formation en sciences infirmières par l'acquisition de connaissances et de compétences culturelles par rapport aux patients LGBT. Une intervention de courte durée a démontré son efficacité quant à l'augmentation de connaissances concernant les soins de la communauté LGBT et a permis d'améliorer les attitudes.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Comme cette étude était transversale, une étude longitudinale devrait être faite pour savoir si les changements d'attitudes et de connaissances ont été retenus ou si les soins infirmiers futurs seront améliorés par cette intervention.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article est bien structuré, mais des éléments comme le manque d'informations sur le pré-test empêchent d'effectuer une bonne analyse critique.

## **Appendice E**

Niveau de preuve de la Haute Autorité de Santé

► **Niveau de preuve d'une étude**

Le niveau de preuve d'une étude caractérise la capacité de l'étude à répondre à la question posée.

La capacité d'une étude à répondre à la question posée est jugée sur la correspondance de l'étude au cadre du travail (question, population, critères de jugement) et sur les caractéristiques suivantes :

- l'adéquation du protocole d'étude à la question posée (annexe 3) ;
- l'existence ou non de biais importants dans la réalisation ;
- l'adaptation de l'analyse statistique aux objectifs de l'étude ;
- la puissance de l'étude et en particulier la taille de l'échantillon.

**Selon le domaine exploré (diagnostic, pronostic, dépistage, traitement, etc.) un fort niveau de preuve peut être donné par des études dont le type de protocole sera différent.**

Le tableau 1 présente une classification générale du niveau de preuve d'une étude.

**Tableau 1. Classification générale du niveau de preuve d'une étude**

Niveau de preuve	Description
Fort	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - la réalisation est effectuée sans biais majeur ; - l'analyse statistique est adaptée aux objectifs ; - la puissance est suffisante.
Intermédiaire	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance <i>a posteriori</i> insuffisante) ; - et/ou des anomalies mineures.
Faible	Autres types d'études.

## **Appendice F**

Tableaux synthétiques des articles

Auteurs – titre – année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jennifer M. Putney, Sara Keary, Nicholas Hebert, Lisa Krinsky et Rebekah Halmo</li> <li>- <b>“Fear Runs Deep:” The Anticipated Needs of LGBT Older Adults in Long-Term Care</b></li> <li>- 2018</li> </ul>
Objectifs ou QDR	<p>Cet article présente les résultats d’une étude sur les besoins anticipés et les craintes des personnes âgées LGBT vivant dans la communauté à l’égard des foyers de soins et de la vie assistée.</p> <p>Quels sont les besoins et les préoccupations actuels et prévus des personnes âgées LGBT en matière de logement et, en particulier, en quoi ces besoins et préoccupations sont-ils liés à l’abordabilité, à l’accès au soutien social, à la localisation géographique, aux soins de santé et aux services de soutien ?</p>
Devis – échantillon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’échantillon (N = 50) était composé d’adultes de 55 ans et plus identifiés comme LGBT. Il se composait de 78% de blancs et 57% de femmes.</li> <li>- Devis qualitatif</li> <li>- Niveau de preuve fort</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans un État du nord-est des États-Unis.</li> </ul> <p>Une collaboration entre des chercheurs d’une école urbaine et d’une organisation communautaire dédiée à la formation des compétences culturelles, au renforcement de la communauté et à l’engagement civique pour les personnes âgées LGBT.</p> <p>Les personnes LGBT sont plus vulnérables et ont moins de soutien social par le fait qu’ils ont moins de chance d’avoir des enfants et d’être plus isolées.</p>
Méthode – outils	<p>Les chercheurs ont organisé sept groupes de discussion de 4 à 10 participants, entre octobre 2015 et février 2016, afin de collecter les données sur les expériences, les souhaits et les préoccupations des participants.</p>

Interventions – procédure	Avant la discussion de groupe, une fiche d'information sur la recherche a été transmise aux participants et contient l'objet de l'étude, les détails de la participation, les avantages et les risques possibles, la confidentialité des enregistrements, la reconnaissance de la participation volontaire et le droit de refus, l'utilisation des résultats, une offre pour répondre à toutes questions sur les droits des participants ou leurs préoccupations.
Résultats	Les participants recherchent un environnement inclusif où ils seront en sécurité et se sentiront connectés à une communauté. Ils craignent d'être dépendants des professionnels de la santé, d'être dément, de subir de la maltraitance et de l'isolement ainsi que de ne pas pouvoir s'offrir des soins de longue durée dû à leur manque de ressources financières. Fait important, ces peurs peuvent mener à la dissimulation d'identité et à la détresse psychologique, y compris l'idée de suicide.
Limites	La méthode d'échantillonnage ne reflète pas l'histoire de vie des personnes vivant en EMS, car les participants étaient déjà en contact avec du personnel soignant donc ils ont du soutien social et ils vivent dans leur domicile.
Intérêt pour notre QDR	Malgré le fait que cette étude interroge des personnes vivant à domicile, elle décrit les besoins et les préoccupations supposés des personnes LGBT lorsqu'ils entreront en EMS.

Auteurs – Titre – Année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Danika Burke Sharek, Edward McCann, Fintan Sheerin, Michele Glacken et Agnes Higgins</li> <li>- <b>Older LGBT People’s Experiences and Concerns with Healthcare Professionals and Services in Ireland</b></li> <li>- 2015</li> </ul>
Objectifs ou QDR	<p>L’objectif est d’examiner la vie et les besoins des personnes âgées LGBT pour formuler des recommandations en matière de politique, de service, de pratique concernant le vieillissement positif, la pleine participation et l’inclusion des personnes âgées LGBT.</p> <p>L’étude a pour but de détailler l’utilisation, les expériences et les préoccupations des personnes LGBT en matière d’accès aux services de santé, révéler leur identité aux professionnels, les préférences pour les soins, les suggestions d’amélioration des services et de services de soins infirmier.</p>
Devis – échantillon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participants ont plus de 55 ans, vivent en Irlande et s’identifient comme LGBT. 144 personnes ont répondu au sondage et 36 ont participé aux entrevues.</li> <li>- Devis de recherche mixte</li> <li>- Niveau de preuve intermédiaire</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L’étude s’est déroulée en Irlande et les personnes étaient dans leur domicile</li> </ul> <p>Les services de santé sont hétéronormatifs et le personnel peut être discriminant envers les personnes LGBT. Ces raisons peuvent avoir un effet dissuasif sur l’utilisation des services de santé par les personnes LGBT.</p>
Méthode – Outils	<p>L’enquête, composée de 84 items, a utilisé des questions adaptées depuis des instruments existants et d’autres ont été créés par l’équipe de recherche et cela garantit un maximum de personnes interrogées et l’anonymat.</p> <p>Des entrevues avec les personnes volontaires aident à approfondir les expériences des personnes LGBT.</p>
Interventions – Procédure	<p>Les récoltes de données pour enquête et les entretiens se sont faites en même temps.</p>

Résultats	<p>~90% des personnes LGBT utilisent des services de santé (médecin généraliste, dentiste, médecin spécialiste) et une petite partie utilise les services de santé sexuelle et psychologiques.</p> <p>Moins de la moitié se sentent respecté en tant que LGBT par les professionnels de la santé.</p> <p>Il est difficile de faire son coming-out et faire face aux réactions des autres, néanmoins plus de la moitié ont osé le faire avec quelques professionnels de la santé.</p> <p>La plupart ne signale pas de discrimination liée à l'identité LGBT. La majorité estime que le personnel a un manque de connaissance sur les LGBT. L'utilisation de langage hétérosexiste renforce l'invisibilité des LGBT.</p> <p>Ils préfèrent vivre chez eux ou avec d'autres LGBT car ils ont peur de retourner au placard, d'avoir un manque de respect, un rejet du partenaire de la part d'autrui, la perte de leur identité ou l'augmentation de la solitude.</p> <p>Des recommandations sont faites par les personnes LGBT : il faut retenir que tout le monde n'est pas hétéro, reconnaître le rôle et l'existence des partenaires. Les services résidentiels devraient être conviviaux pour les personnes LGBT. La formation des infirmiers et professionnels de la santé est importante.</p>
Limites	<p>La taille de l'échantillon n'est pas représentative et certains groupes sont sous-représentés (les femmes, les personnes &gt;70 ans, les bisexuels, les transgenres et les personnes vivant en EMS). La participation volontaire peut biaiser les résultats envers les personnes plus sûres de leur orientation. La méthode de recrutement ne permet pas aux personnes avec des difficultés de lecture ou avec la technologie de participer.</p>
Intérêt pour notre QDR	<p>Les participants sont des volontaires donc certainement plus sûrs dans leur orientation sexuelle. En donnant leurs expériences et des conseils au personnel soignant, ils aident à nous améliorer envers les personnes qui n'osent pas en parler.</p>

Auteurs – titre – année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feliciano Villar, PhD, Rodrigo Serrat, MSc, Josep Fabà, MSc et Montserrat Celdrán, PhD</li> <li>- <b>Staff Reactions Toward Lesbian, Gay, or Bisexual (LGB) People Living in Residential Aged Care Facilities (RACFs) Who Actively Disclose Their Sexual Orientation</b></li> <li>- 2015</li> </ul>
Objectifs ou QDR	<p>Le but de cette étude était de décrire les réactions du personnel soignant en RACF envers les résidents LGBT qui révèlent facilement leur orientation sexuelle.</p>
Devis – échantillon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 53 membres du personnel travaillant en RACFs (EMS en Espagne) ont été interrogés pour cette étude, dont 48 sont des femmes et 5 des hommes. Ils étaient âgés de 22 à 63 ans et travaillent en RACF entre 1 an et 25 ans.</li> <li>- Devis qualitatif</li> <li>- Niveau de preuve intermédiaire</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinq RACFs publics de Catalogne (Espagne) ont participé à cette étude. Les établissements peuvent accueillir jusqu'à 90 résidents et prodiguaient des soins à long terme.</li> </ul> <p>Les personnes âgées vivant en RACF rencontrent des difficultés avec la sexualité. Les personnes LGBT craignent la discrimination de la part du personnel.</p>
Méthode – outils	<p>Les données ont été recueillies au moyen d'une entrevue semi-structurée couvrant différents aspects de l'expression sexuelle en RACFs. Des situations hypothétiques liés à la sexualité des résidents ont été lu aux participants et ils ont répondu à trois questions : « Qu'en pensez-vous ? », « Comment géreriez-vous la situation ? », « Pensez-vous que certains de vos collègues de travail changeraient leurs prestations de soins envers le résident ? ».</p>

Interventions – procédure	L'étude avec ses objectifs et la procédure de collecte des données a été présentée à l'équipe de direction de chaque établissement. Après avoir obtenu leur permission, chaque établissement a fourni une liste qui comprenait tous les membres du personnel qui répondaient aux critères d'inclusion. Les participants à l'étude ont ensuite été choisis au hasard dans cette liste.
Résultats	<p>En ce qui concerne les résultats, un des plus importants de notre étude est la présence de thèmes générationnels dans les réponses des participants.</p> <p>Les résultats suggèrent également que la normalisation et l'acceptation d'une orientation sexuelle LGBT est relativement répandue parmi le personnel de RACF.</p> <p>Il est frappant de constater que près de la moitié des participants ont estimé qu'une orientation sexuelle LGBT pourrait être un problème potentiel et qu'ils croyaient que certaines mesures doivent être prises afin d'éviter cela.</p> <p>Une autre réponse frappante a été la suggestion que la famille du résident soit informée de son orientation sexuelle.</p> <p>Enfin, un autre résultat remarquable de cette étude porte sur les 20,8% des participants qui ont déclaré que leurs collègues de travail changeraient négativement leurs soins quotidiens aux personnes LGBT âgées s'ils savaient leur orientation sexuelle.</p>
Limites	L'échantillon est trop petit pour qu'une généralisation soit possible et contient plus de femmes. Le personnel soignant a été interrogé mais il est nécessaire d'avoir l'avis des résidents sur ce thème. Les vignettes sont hypothétiques et ne comprennent que la sexualité liée aux LGBT.
Intérêt pour notre QDR	Etant donné que dans la pratique des soins, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, nous pouvons quand même appuyer sur ces faits. Les vignettes hypothétiques donnent un bon aperçu de ce qui peut arriver dans les soins et aident à fournir les bonnes ressources avant que cela se passe dans la réalité. Par conséquent, nous pensons que les résultats reflètent la réalité.

Auteurs – Titre – Année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trish Hafford-Letchfield, Paul Simpson, Paul B. Willis et Kathryn Almack</li> <li>- <b>Developing Inclusive Residential Care for Older Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People : An Evaluation of the Care Home Challenge Action Research Project</b></li> <li>- 2018</li> </ul>
Objectifs ou QDR	Le but est de combler les lacunes dans les connaissances et la pratique pour promouvoir l'inclusion des personnes LGBT et encourager le personnel à reconnaître ses propres besoins en matière d'apprentissage.
Devis – échantillon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les participants sont le personnel des foyers : 6 gestionnaires des foyers, 8 conseillers communautaires, cadres supérieurs</li> <li>- Devis qualitatif</li> <li>- Niveau de preuve intermédiaire</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foyers de soins en Angleterre</li> </ul> <p>Les personnes LGBT sont discriminées, exclues socialement, violentées et invisibles.</p>
Méthode – Outils	<p>Un outil d'évaluation est développé par un examen des résultats de recherche pour éclairer les domaines clés de bonnes pratiques en matière d'inclusion des personnes LGBT.</p> <p>Des études de cas sont utilisées pour identifier problèmes et stratégies d'action.</p> <p>Des entretiens téléphoniques semi-structurés sont faites avec les gestionnaires des foyers, les conseillers communautaires et les cadres supérieurs ; personnel soignant</p>

Interventions – Procédure	<p>L'étude s'est déroulée sur 4 mois avec une phase de sensibilisation et d'intérêt selon le modèle de Rogers pour sensibiliser les résidents et le personnel à l'inclusion des personnes LGBT.</p> <p>Après les 4 mois de « travail sur le terrain », une discussion sur les résultats a permis d'élaborer un plan d'action et d'identifier les initiatives d'amélioration des services. Les connaissances ont été partagées avec des dirigeants pour permettre d'intégrer les améliorations dans la politique d'égalité.</p>
Résultats	<p>Des obstacles structurels et organisationnels sont perçus car il est nécessaire de passer par les gestionnaires et le personnel pour débiter un dialogue. Les encouragements pour assister aux séances de conseil LGBT n'est pas suivi par les gestionnaires.</p> <p>Des membres du personnel ont des préjugés, une homophobie enracinée, une tolérance partielle des personnes LGBT et rencontrent des contradictions avec les croyances culturelles et religieuses.</p> <p>Les personnes âgées sont plus refermées, il était difficile de parler de sujet tabou dans leur temps, et encore plus difficile de discuter s'ils ont des troubles cognitifs.</p> <p>Les séances permettent de débiter l'identification des sources des hypothèses et des stéréotypes et de changer certaines attitude et pratiques ainsi qu'une remise en question de la pensée hétéronormative.</p> <p>Les entretiens post-intervention ont identifié les changements d'attitude mineurs et importants.</p>
Limites	L'article n'en précise pas.
Intérêt pour notre QDR	Même si les personnes LGBT ne sont pas interrogées, plusieurs points de vue sont décrits et cela permet de se rendre compte de l'invisibilité des personnes LGBT, des opinions et préjugés du personnel et des interventions qui peuvent être mises en place pour améliorer la prise en charge.

Auteurs – Titre – Année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leyerzapf, H., Visse, M., De Beer, A. et Abma, T. A.</li> <li>- <b>Gay-friendly elderly care : creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm</b></li> <li>- 2018</li> </ul>
Objectifs ou QDR	<p>Le document se concentre sur les expériences et les besoins des personnes âgées LGBT aux Pays-Bas en ce qui concerne leur inclusion sociale, leur participation et leur bien-être dans les EMS.</p>
Devis – échantillon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'échantillon contient les personnes âgées LGBT et hétérosexuelles, les professionnels de la santé, la direction et les membres du conseil des clients.</li> <li>- Devis qualitatif</li> <li>- Niveau de preuve fort</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 foyers de soins pour personnes âgées qui s'efforcent de créer un climat favorable aux homosexuels dans 2 grandes villes des Pays-Bas.</li> </ul> <p>Malgré les lois intégrant les personnes LGBT, la discrimination reste présente. L'invisibilité des personnes âgées LGBT dans les EMS provoque un manque de reconnaissance de la part du personnel.</p>
Méthode – Outils	<p>Les données ont été récoltées lors d'entrevues semi-structurées, d'observations informelles non structurées sur diverses activités et de groupes de discussions.</p>
Interventions – Procédure	<p>Les trois méthodes de récoltes de données se sont faites simultanément et jusqu'à la saturation des thèmes estimée par les chercheurs.</p> <p>Les entrevues se sont déroulées soit à domicile, soit dans des endroits publics des EMS, pendant 1 à 2 heures.</p> <p>Plusieurs activités ont été observées : groupe de discussion, après-midi musiques et chants, soirées cinéma, groupe de reminiscences et théâtre éducatif.</p>

	<p>Les groupes de discussion de 1 à 2 heure ont permis de valider et d'approfondir les résultats ainsi que de réfléchir sur les idées récoltées et de développer la compréhension mutuelle.</p>
Résultats	<p>Les personnes hétérosexuelles sont choquées qu'il existe une mauvaise situation pour les LGBT.</p> <p>Les personnes LGBT gardent leur orientation sexuelle secrète par crainte de l'exclusion sociale et de la stigmatisation des résidents hétérosexuels ou des professionnels de l'EMS.</p> <p>Elles désirent se sentir acceptées, en sécurité, à la maison dans les EMS et de ce fait, être respectées.</p> <p>Les activités LGBT permettent la communication.</p> <p>Le tabou de l'intimité et de la sexualité existe chez les personnes âgées homosexuelles et hétérosexuelles.</p>
Limites	<p>Les personnes participant à l'étude sont ouvertes sur leur orientation sexuelle, par conséquent une étude devrait se porter sur les personnes moins sûres d'elles pour avoir une vue d'ensemble plus réaliste.</p>
Intérêt pour notre QDR	<p>L'ouverture des participants sur leur orientation sexuelle permet d'avoir des interventions concrètes sur l'inclusion des personnes LGBT afin de garantir des changements dans la prise en charge de la part du personnel. Le point de vue des résidents hétérosexuels et des EMS gay-friendly montrent l'importance de prendre tout le monde en considération pour inclure une communauté.</p>

Auteurs – titre – année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cecilia T. Hardacker, Betsy Rubinstein, Anna Hotton et Magda Houlberg</li> <li>- <b>Adding silver to the rainbow: the development of the nurses' health education about L</b></li> <li>- 2013</li> </ul>
Objectifs ou QDR	<p>Les principaux objectifs étaient de développer un programme de six modules sur les besoins de la communauté des personnes âgées LGBT, de l'évaluer et le présenter dans une série de formations pilotes, de collecter des données et des évaluations des participants et de réaliser une évaluation finale par l'éducation à la santé pour les LGBT.</p>
Devis – échantillon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De mars 2011 à juin 2012, 848 personnes ont assisté aux sessions du programme HEALE dans 23 lieux différents de Chicago et des régions avoisinantes. Les participants étaient à 40% de race blanche, 25% noir, 9% latino-américaine et 25% d'origine asiatique. La majorité des participants étaient des femmes et environ 25% avaient moins de 30 ans.</li> <li>- Devis mixte</li> <li>- Niveau de preuve intermédiaire</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le programme HEALE a été présenté dans 8 centres hospitaliers universitaires, 6 cliniques communautaires, 1 réseau de soins de santé à domicile et 8 foyers de soins.</li> </ul> <p>Le programme HEALE s'adresse aux infirmières et au personnel soignant et se concentre sur le traitement des personnes âgées LGBT, une population largement méconnue et discriminée dans les établissements de soins de santé.</p> <p>Il y a une pénurie de personnel soignant formé aux personnes âgées et personnes LGBT.</p>

Méthode – outils	Un pré-test et un post-test ont été administrés aux participants pour chaque module et toutes les données ont été collectées et archivées pour mesurer les connaissances acquises. Les participants ont également effectué une évaluation à la fin de la formation pour rendre compte du changement d'attitude personnelle et de la réaction individuelle au programme.
Interventions – procédure	<p>En réponse au besoin de soins culturellement compétents pour les aînés LGBT, HBHC a mis au point le programme HEALE pour infirmières, un programme de six heures axées sur les compétences culturelles et sur la formation des infirmières et autres aidants directs. Les sujets ont été sélectionnés pour répondre aux besoins les plus pressants.</p> <p>Alors que le programme est axé sur les personnes âgées, une grande partie du contenu est applicable à la communauté LGBT adulte dans son ensemble.</p>
Résultats	Il y a eu des gains statistiquement significatifs dans les connaissances de chacun des six modules, à la fois dans les établissements de soins pour personnes âgées, dans les hôpitaux et dans les établissements d'enseignement. Les participants dans les établissements de soins infirmiers ont des scores plus bas avant le test et des gains en connaissances moins importants comparé aux autres établissements.
Limites	Le personnel des foyers de soin ne parlait pas correctement l'anglais et certains ne savaient pas lire, par conséquent les tests n'ont pas été remplis correctement et les résultats sont biaisés.
Intérêt pour notre QDR	Malgré le fait que les résultats peuvent être biaisés, les programmes semblent adéquats pour améliorer les soins auprès des personnes LGBT.

Auteurs – titre – année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tamara Sussman, Shari Brotman, Heather MacIntosh, Line Chamberland, Judith MacDonnell, Andrea Daley, Jean Dumas et Molly Churchill</li> <li>- <b>Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, &amp; Transgender Inclusivity in Long-term care homes : A Canadian Perspective</b></li> <li>- 2018</li> </ul>
Objectifs ou QDR	Le but est d'éclairer les stratégies mises en place pour que les foyers de soins de longue durée puissent les appliquer et ainsi améliorer l'accès et l'équité des personnes LGBT. Elle présente les résultats de deux initiatives.
Devis – échantillon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'échantillon contient 32 administrateurs de foyers de soins de longue durée qui ont participé par téléphones et 25 participants pour la rencontre de 2 jours dont 4 prestataires de services, 9 défenseurs communautaires, 9 chercheurs et étudiants.</li> <li>- Devis qualitatif</li> <li>- Niveau de preuve intermédiaire</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les foyers de soins de longue durée</li> </ul> <p>Des améliorations sur les FSLD sont à apporter pour l'inclusion des personnes âgées LGBT. Surtout que ces personnes n'ont que peu de soutien social et risque de subir de la discrimination et des rejets</p>
Méthode – outils	<p>Des entrevues semi-structurées téléphoniques avec des administrateurs des FSLD les incitent à décrire les initiatives entreprises dans leur établissement, à identifier les défis et les solutions concernant la mise en œuvre des initiatives, commenter l'impact perçu des initiatives et identifier des plans pour promouvoir l'inclusion des LGBT.</p> <p>La réunion de 2 jours comprenait trois tables rondes qui donnait un aperçu des initiatives LGBT et la possibilité de les approfondir, ainsi que des discussions autour de ce thème.</p>
Interventions – procédure	Les entretiens téléphoniques ont été faites avant la réunion.

Résultats	<p>La formation par rapport à l'inclusion des personnes LGBT est l'initiative la plus fréquente.</p> <p>Les pratiques visibles pour les résidents et les familles comme les programmations thématiques, l'utilisation d'un vocabulaire adapté ou de symboles LGBT ainsi que les initiatives faites avec les communautés LGBT, sont moins utilisés, car les résidents et les familles anticipent des réactions négatives.</p> <p>Les thèmes les plus ressortis des réunions sont l'inclusion des LGBT, la formation du personnel, la participation des autres résidents aux stratégies LGBT.</p>
Limites	<p>Les zones rurales ne sont pas incluses donc il serait nécessaire de comparer les zones rurales et urbaines. Leurs recherches et l'échantillonnage en boule de neige ont servi de base, donc les initiatives ne sont pas représentatives de tous les établissements. Les foyers concernant des communautés culturelles, ethniques, religieuses et linguistiques particulières peuvent avoir d'autres obstacles et solutions.</p>
Intérêt pour notre QDR	<p>Bien que l'échantillon ne soit pas représentatif, les catégories d'initiative pour inclure les personnes LGBT permettent d'améliorer la prise en charge de la part des établissements.</p>

Auteur – titre – année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stephanie A. Bell, Mercedes Bern-Klug, Katherine W.O. Kramer et Jennifer B. Sauders</li> <li>- <b>Most Nursing Home Social Service Directors Lack Training in Working With Lesbian, Gay, and Bisexual Residents</b></li> <li>- 2010</li> </ul>
Objectifs ou QDR	<p>Le but de cette étude est de rapporter le nombre et le pourcentage de directeurs de services sociaux de maisons de retraite qui signalent avoir eu une formation récente dans les domaines de compétences culturelles, en mettant l'accent sur la formation à l'homophobie.</p>
Devis – échantillon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeurs de services sociaux des maisons de retraite</li> <li>- Devis quantitatif</li> <li>- Niveau de preuve intermédiaire</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maison de retraite</li> </ul> <p>Les personnes âgées sont vulnérables et les directeurs sociaux doivent créer un environnement favorable. Les personnes âgées LGBT ont en plus de la vulnérabilité, un manque de soutien familial, de moyen financier et craignent la discrimination, le manque de compréhension et de connaissances de la part du personnel.</p>
Méthode – outils	<p>Les données ont été collectées en 2006 par une enquête de 192 questions envoyées par la poste. La principale question est « Au cours de ces 5 dernières années avez-vous reçu au moins une heure de formation dans l'un de ces domaines ? » : racisme, sexisme, âgisme, homophobie, préjugés religieux, discrimination fondée sur le handicap.</p>
Interventions – procédure	<p>Une base de données recensant les organisations de soins du pays certifiées pour recevoir des remboursements fédéraux, a permis un échantillonnage aléatoire des foyers.</p> <p>Sur les 2016 questionnaires envoyés, 1071 ont été remplis et retournés aux chercheurs.</p>

Résultats	<p>76% des directeurs n'ont pas suivi au moins une heure de formation au cours des 5 dernières années sur l'homophobie. De plus l'homophobie est la compétence culturelle la plus négligée.</p> <p>Les variables significatives favorisant une formation sont le diplôme collégial ou en travail social, le moins d'expérience sur le terrain et l'année récente de l'obtention du diplôme le plus élevé.</p> <p>Les variables significatives défavorisant une formation sur l'homophobie sont le fait d'être dans une région rurale, au Nord-est et Mid-Ouest.</p> <p>Les facteurs prédicteurs pour au moins une heure de formation sont la formation, le nombre d'années d'expérience, l'année d'obtention du diplôme le plus élevé et la région du pays.</p>
Limites	<p>Le personnel du foyer et les personnes transgenres n'ont pas été inclus dans l'étude. Les termes de compétences culturelles n'ont pas été définis. Aucune connaissance, attitude et valeurs liés à l'homophobie n'ont été demandées. Le niveau de l'hétérosexisme des établissements n'est pas évalué. La question principale n'a pas été évoquée dans des études antérieures. Aucune recherche empirique n'évalue le lien entre la formation du personnel et de meilleurs résultats pour les résidents.</p>
Intérêt pour notre QDR	<p>Le personnel du foyer n'a pas été interrogé, mais nous pouvons supposer que si tous les directeurs n'ont pas eu de formation récente, c'est aussi le cas pour le personnel. Le personnel ayant eu son diplôme avant 2000 ont plus de risque de ne pas avoir de formation sur l'homophobie, donc ces personnes devraient faire une formation plus rapidement, car d'autres articles prouvent l'importance d'être formé.</p>

Auteur(s), titre, année	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kristy L. Strong et Victoria N. Folse</li> <li>- <b>Assessing undergraduate nursing students' knowledge attitudes, and cultural competence in caring for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients</b></li> <li>- 2015</li> </ul>
Objectifs ou QDR	<p>La présente étude avait pour but de répondre aux besoins éducatifs suggérés par la littérature et de déterminer si les connaissances, les attitudes, et les compétences culturelles des étudiants infirmiers envers les patients LGBT pourraient être améliorées.</p>
Devis – échantillon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 58 étudiants infirmiers majeurs dont 4 de première années, 6 de deuxième, 20 de troisième et 28 de quatrième. Tous s'identifient comme hétérosexuels.</li> <li>- Devis quantitatif</li> <li>- Niveau de preuve faible</li> </ul>
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une promotion infirmière d'une université de l'Ontario des Etats-Unis</li> </ul> <p>De nombreux éléments empêchent les personnes LGBT d'accéder aux soins tels que la stigmatisation, les attitudes négatives et le manque de connaissances des professionnels de la santé.</p> <p>Les minorités sociales subissent plus de stress provoquant des problèmes de santé comme le tabagisme, la consommation de substance et les troubles mentaux.</p>
Méthode – outils	<p>Une formation de 45 minutes a été donnée entre le pré-test et le post-test.</p> <p>3 outils d'évaluation ont été utilisés</p> <p>Echelle d'attitudes envers les lesbiennes et les hommes gays (ATLG) modifiée</p> <p>Échelle de soins de santé pour lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres (LGBT Healthcare).</p> <p>Questionnaire sur les connaissances des LGBT</p>

Interventions – procédure	Du temps de cours a été consacré pour la présentation PowerPoint et une heure pour le post-test.
Résultats	Les outils ont été testés pour assurer leur fiabilité. Seulement l'échelle ATLG modifiée est optimale. Les résultats ont montré qu'il y avait une amélioration des connaissances des étudiants par rapport aux personnes LGBT.
Limites	Deux des trois outils sont sous-optimaux. La quantité du contenu a été limitée car l'étude s'est effectuée durant des cours. La présentation par Polycom, un outil permettant aux étudiants partis à l'étranger de participer à l'étude, a pu avoir une incidence sur la taille de l'échantillon. La taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser. De plus une étude longitudinale est nécessaire.
Intérêt pour notre QDR	En dépit de l'échantillon trop petit, l'étude donne des pistes pour améliorer la formation infirmière.