

Résumé

Introduction : Les infirmiers sont probablement quotidiennement en contact avec des patients LGBT, qui restent encore fortement stigmatisés et discriminés dans la société. Un silence existe sur les patients LGBT autant dans la littérature que dans les formations en soins infirmiers. Les soins infirmiers comportent une dimension relationnelle, qui est, entre autre, influencée par les attitudes personnelles des infirmiers, leurs croyances, préjugés et valeurs. Ainsi, ce travail s'intéresse aux connaissances liées à la relation entre un patient LGBT et un infirmier.

Buts : Cette revue étoffée de littérature devrait permettre de démontrer la présence ou non de discrimination de la part d'infirmiers auprès de patients LGBT ; d'explorer les attitudes des infirmiers envers les patients LGBT et le vécu de ces patients. Sur la base des résultats obtenus, et donc dans un deuxième temps, cette revue étoffée de littérature vise également à mettre en évidence des recommandations pour faciliter la relation patient LGBT-infirmier.

Méthode : Dans les banques de données Pubmed et CINAHL, neuf recherches scientifiques ont été sélectionnées, selon, entre autre, des critères d'inclusion et d'exclusion.

Résultats : Les résultats mettent en évidence sept facteurs (attitudes face aux LGBT, émotions, discrimination et hétéronormativité, approche pathologique des professionnels, connaissances des professionnels, satisfaction des soins, révélation de l'orientation sexuelle) liés à la relation patient LGBT infirmier. Une vision très brève du vécu des partenaires de patients LGBT ressort également de ces résultats.

Conclusion : La nature (positive ou négative) des facteurs identifiés n'a pas pu être exactement quantifiée, cependant cette revue étoffée de littérature apporte une vision exploratrice sur les soins infirmiers et les patients LGBT ; elle démontre l'importance que les infirmiers soient sensibilisés aux thématiques LGBT et également que d'autres chercheurs explorent de façon encore plus fine ces thématiques.

Mots clefs : *homosexuality, bisexuality, transsexualism, transgender, lgbt, gay, lesbian, primary nursing, patient care planning, nursing, nursing care, quality of Health care, health care quality access and evaluation, quality assurance health care, culturally competent healthcare, culturally competent nursing, culturally competent care ,patient satisfaction.*

Zusammenfassung

Einführung: Die Pflegefachleute sind wahrscheinlich jeden Tag im Kontakt mit LGBT-Patienten, die immer noch stark in der Gesellschaft stigmatisiert und diskriminiert werden. Es herrscht ein Stillschweigen über die LGBT-Patienten sowohl in der Literatur als auch in den Ausbildungen für angehende Pflegefachleute. Die Pflege enthält eine relationale Dimension, die unter vor allem durch die persönliche Haltungen der Pflegefachleuten, ihren Glauben, ihren Vorurteilen und Werte beeinflusst wird. Aus diesen Gründen befasst sich diese Arbeit mit den Kenntnissen über die Beziehungen zwischen einem LGBT-Patienten und einer Pflegefachpersonen.

Ziele: Diese systematische Literaturreview soll das Auftreten oder Nich-Auftreten der Diskriminierung von Pflegefachleute gegenüber LGBT-Patienten aufzeigen. Sie sollte die Haltungen von Pflegefachleute gegenüber LGBT-Patienten erforschen und die Erfahrungen von diesen Patienten aufzeigen. Weiter hat sie zum Ziel, Empfehlungen abzugeben um die Beziehungen zwischen den LGBT Patienten und die Pflegefachleute zu erleichtern.

Methode: Aus den Datenbanken Pubmed und CINAHL sind neun Studien ausgewählt geworden. Sie erfüllen namentlich inklusive und exklusive Kriterien.

Ergebnisse : Die Ergebnissen veranschaulichen sieben Faktoren (Haltung gegenüber den LGBT, Emotionen, Diskriminierung und Heteronormativität, pathologische Vorgehensweise der Professionellen, Kenntnisse der Professionellen, Befriedigung der Pflegen, und Offenbarung der sexuelle Orientierung), die mit der Beziehung zwischen LGBT-Patienten und Pflegefachleute verbunden sind. Dazu kommt noch eine sehr kurze Schilderung über die Erfahrungen der jeweiligen Partner der LGBT-Patienten.

Schlussfolgerung : Die Art (positiv oder negativ) von den identifizierte Faktoren konnten nicht genau quantifiziert werden. Allerdings bringt diese systematische Literaturreview eine forschende Ansicht über die Pflege und die LGBT-Patienten. Sie zeigt wie wichtig es ist, dass die Pflegefachleuten zu diesem Thema sensibilisiert werden, und dass noch weitere Forschungen zu diesem Thema nötig sind

Stichwörter : *homosexuality, bisexuality, transsexualism, transgender, lgbt, gay, lesbian, primary nursing, patient care planning, nursing, nursing care, quality of Health care, health care quality access and evaluation, quality assurance health care,*

culturally competent healthcare, culturally competent nursing, culturally competent care ,patient

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement mon directeur de mémoire, Pierre-Benoît Auderset, pour m'avoir soutenu, accompagné et aidé tout au long de la réalisation de ce travail.

J'aimerais également adresser un merci tout particulier à Catherine Dubey, professeure à la Haute Ecole de Santé de Fribourg, pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance à Brigitte Chollet, Mickaël Mettraux et Alexander Post pour leurs encouragements, ainsi que pour la relecture et la correction du travail.

Tables des matières

Résumé	p. 2
Zusammenfassung	p. 3
Remerciements	p. 5
Introduction	p. 8
1. Problématique	p. 9
1.1. Question de recherche	p. 13
1.2. Buts du travail	p. 13
2. Cadres de référence et concepts	p. 15
2.1. Le concept des compétences transculturelles de Domenig Dagmar	p. 15
2.2. Le modèle du stress minoritaire	p. 20
2.3. L'homophobie	p. 22
2.4. L'hétéronormativité	p. 23
3. Méthode	p. 24
3.1. Choix du devis	p. 24
3.2. Etapes de la revue étoffée de littérature	p. 24
3.3. Démarche d'extraction des données et analyse de la qualité des données	p. 25
3.4. Banques de données et mots-clefs	p. 25
3.5. Critères de sélection	p. 26
3.6. Critère d'exclusion	p. 27
3.7. Résultats des stratégies de recherche	p. 27
3.7.1. Stratégie 1	p. 27
3.7.2. Stratégie 2	p. 27
3.7.3. Stratégie 3	p. 27
3.7.4. Stratégie 4	p. 28
3.7.5. Stratégie 5	p. 28
3.8. Vus d'ensemble des études sélectionnées	p. 29
4. Résultats	p. 31
4.1. Attitudes face aux LGBT	p. 32
4.2. Emotions	p. 33
4.3. Discrimination et hétéronormativité	p. 35
4.4. Approche pathologique des professionnels	p. 37

Annexe 5 : Grille synthétique d'analyse.....p. 102

Introduction

Les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres [LGBT] font partie d'une minorité invisible (Robert, 2012), mais bien présente dans notre société. Elles subissent des discriminations, plus ou moins importantes et ont des droits différents, selon les pays. Des préjugés à l'égard de cette population existent encore de nos jours. Ainsi, lorsque ces personnes LGBT se retrouvent patients à l'hôpital et sont pris en soins par des infirmiers¹, il serait intéressant de savoir comment les patients se sentent pris en soins et comment les infirmiers se comportent. Y-a-t-il de la discrimination, des sentiments de malaise, de la peur ou au contraire de la tolérance, du respect?

Le présent travail propose la mise en évidence des facteurs liés à la relation entre un patient LGBT et un infirmier. Ces facteurs émanent des résultats de neuf recherches scientifiques, et ont ensuite été analysés à l'aide de cadres de référence précédemment développés. Des recommandations pour la pratique, afin de prodiguer des soins transculturels à ces patients, ont été proposées. Ainsi, une réponse à la question de recherche, qui avait précédemment émergé d'une problématique détaillée, a été donnée.

¹ Afin d'alléger le texte, la désignation d'infirmier, au masculin donc, sera utilisé dans tout le travail. Cependant, cette désignation inclut bien entendu le genre féminin.

1. Problématique

La diversité culturelle dans les soins infirmiers

De nos jours, en Suisse, il y a une grande diversité culturelle au sein de la société. En effet, son territoire se partage au travers de quatre langues et de cultures différentes ; il est habité par des populations de diverses origines (Confédération Suisse, 2012). Pour exemple, 30.6% de la population suisse en 2008 était issue de la migration² (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2008).

Ainsi, les infirmiers sont amenés à prodiguer des soins à des patients de cultures différentes. Tout individu a une culture ; il s'agit selon Leininger (1999, cité par Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2000) « [...] des valeurs, croyances, normes et du mode de vie acquis qui jouent sur la réflexion, les décisions et les actes d'une personne » (page non-numérotée). La culture d'un individu se base sur son ethnicité et sa race, mais ces éléments ne suffisent pas à la constitution entière d'une culture. Des facteurs tels que le sexe, l'âge, l'expérience, l'éducation, la situation sociale et économique, la langue, ainsi que l'orientation sexuelle agissent également sur la culture. D'ailleurs l'identité sexuelle d'un individu peut être considérée comme une sous-culture puisque que comme l'expliquent Kozier, Erb, Berman & Snyder (2012) « les grands groupes culturels se divisent souvent en sous-groupes ou en sous-systèmes. Une sous-culture se compose habituellement de personnes pourvues d'une identité distincte, tout en appartenant à un groupe culturel plus grand » (p.262).

Afin de prodiguer des soins aux patients de différentes cultures et de répondre à leurs besoins, les infirmiers doivent donc disposer de connaissances, compétences et aptitudes culturelles (Association des infirmières et infirmiers du Canada, Ibid.). Ainsi, par exemple, à la Haute Ecole de Santé de Fribourg (Suisse)³, les étudiants suivent durant leur formation un module d'une huitantaine d'heures de cours⁴ sur le « Développe[ment] [d']une expertise professionnelle dans la transculturalité » (Haute Ecole de Santé, 2010, p.1). Le contenu de ce module regroupe des apports théoriques,

² « La population issue de la migration englobe toutes les personnes, quelle que soit leur nationalité, dont les parents sont nés à l'étranger. En Suisse, sont concernées les personnes qui ont immigré dans notre pays (migrants) et celles qui ont été directement concernées par l'expérience migratoire de leurs parents (descendants de migrants) » (OFS, 2008).

³ Les étudiants obtiennent à la fin de leur formation un Bachelor en soins infirmiers.

⁴ Le nombre d'heures approximatives destinées à ce module, ainsi que son contenu énuméré plus bas, correspondent au cursus de la formation suivie par les étudiants de la volée 2009-2012.

entre autres, sur des concepts de la culture et autour de la transculturalité, sur la médiation culturelle et l'interprétariat, sur les migrants, sur les dilemmes éthique dans l'accompagnement de personnes de cultures différentes, sur la religion islamique, hindouiste, bouddhiste, chrétienne, judaïque, et enfin sur le racisme, la discrimination et les préjugés (Haute Ecole de Santé, Ibid.).

Relation infirmier-patient et déontologie professionnelle

Bien que les infirmiers pensent souvent pouvoir prendre en soins leurs patients de manière « neutre », c'est-à-dire que leurs attitudes personnelles n'auraient pas d'incidence sur leurs relations avec les patients ; dans la réalité il en est tout autre (Röndahl, Innala, Carlsson, 2003 ; Rusbult, Van Lange, 2003 ; cités par Röndahl, 2009). En effet, les préjugés, croyances et valeurs des infirmiers envers leurs patients ont un impact sur la relation soignant-soigné (Fornerod, 2009). Les interactions entre patients et infirmiers sont influencées par de nombreux paramètres tels que les identités personnelles et sociales des uns et des autres, ainsi que les différents contextes, régis, entre autre par ses normes sociales (Fornerod, Ibid.).

Selon le code déontologique du Conseil International des Infirmières [CII] (2006), les soins infirmiers ne doivent être influencés « par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social » (p.1), mais doivent, au contraire, respecter ses particularités (CII, Ibid.). C'est pourquoi, les infirmiers sont sensibilisés notamment à la diversité culturelle dans leur formation. Cependant, une minorité⁵ de la population reste généralement ignorée. Les minorités sexuelles ou personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres (LGBT) sont rarement incluses dans les cours des formations professionnelles abordant les soins culturels de qualité (Fogarty, 2003). Pourtant, certains besoins spécifiques de patients peuvent être liés à leur auto identification en tant que lesbienne, gay, bisexuel, ou transgenre ; et les infirmiers

⁵ Selon la définition du Petit Robert (Robert, 2012), il s'agit d'un « groupe englobé dans une collectivité plus importante » (p. 1605). Les minorités sexuelles représentent selon cette même source les personnes homosexuelles, bisexuelles, transsexuelles, etc (Robert, 2012). Même si la Déclaration de l'Organisation des Nations Unis [ONU] (2011) « se réfère aux minorités comme étant fondées sur leur identité nationale ou ethnique, culturelle, religieuse ou linguistique » (p. 2), « il importe aussi de combattre les formes multiples de discrimination et de prendre en considération les cas où une personne appartenant à une minorité nationale ou ethnique, religieuse ou linguistique subit également une discrimination fondée sur d'autres motifs tels que le sexe, le handicap ou l'orientation sexuelle » (ONU, Ibid., p.3).

doivent traiter leurs patients comme des individus uniques avec des besoins spécifiques propres à chacun (Walsch Brennan, Barnsteiner, De Leon Siantz, Cotter & Everett, 2012).

Les minorités sexuelles ou personnes LGBT discriminées

Selon l'Office Fédérale de la Justice, « l'homosexualité existe dans toutes les cultures et dans toutes les formes de société » (1999). Ainsi, une étude internationale a montré que 8.6% à 11.6% des femmes et 7.9 à 8.7% des hommes, âgés de plus de 15 ans, reportent avoir une attirance pour les personnes de même sexe (Hou et al., 2006). Les personnes LGBT appartiennent à « une minorité encore fortement stigmatisée et soumise à des discriminations institutionnelles et individuelles » (Bize et al., 2011, p. 1712). En effet, différents faits divers, enquêtes ou statistiques témoignent de ces discriminations envers les minorités sexuelles. Pour exemple, le rapport annuel 2012 sur l'homophobie, édité par l'association SOS homophobie, a recueilli 1556 témoignages ou demandes de soutien de personnes LGBT pour l'année 2011. Ce document apporte ainsi une vision des manifestations homophobes et transphobes en France (SOS homophobie, 2012). Cette même association « a recensé depuis dix ans, vingt-neuf meurtres aux circonstances clairement homo- et transphobes [...] » (SOS homophobie, Ibid., p. 23). Au niveau suisse, une enquête sur les discriminations envers les hommes gays et les femmes lesbiennes a été menée en Romandie par l'association vaudoise VoGay. Celle-ci a mis en évidence que 33.3% des hommes et 30 % des femmes, homosexuel(le)s avaient déjà été insultés en raison de leur orientation sexuelle. Les pourcentages s'élèvent à 9.6 pour les hommes et 5.7 pour les femmes, homosexuel(le)s, concernant les agressions physiques (VoGay, 2000).

Les discriminations envers les personnes appartenant à une minorité sexuelle n'ont pas échappé au milieu médical. Au 19^{ème} siècle, les homosexuels sont devenus un sujet d'étude pour la psychiatrie. En Suisse, des douzaines d'hommes ont été castrés, officiellement « de leur propre chef ». Mais souvent la castration était une condition pour sortir des établissements psychiatriques (Ostertag & Rapp, 2012). L'homosexualité a été abolie du registre des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] en 1993 (Office Fédérale de la Justice, 1999). Cependant, la transsexualité fait partie de la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé [ICD-10] (OMS, 1993).

Le silence sur les minorités sexuelles dans les soins infirmiers

Meyer parle du stress minoritaire⁶ (2003) comme d'une théorie selon laquelle les individus de catégories sociales stigmatisées subiraient un excès de stress, en raison de leur position, souvent minoritaire, dans la société. Ainsi, les personnes LGBT, minorité fortement stigmatisée et discriminée, vivent un stress quotidien, ce qui a des conséquences sur leur santé (Bize et al., 2011). Ils ont

[...] très fréquemment des problèmes d'estime de soi, d'anxiété, ainsi qu'une incidence plus élevée de troubles dépressifs et de comportements suicidaires. Cette minorité présente également, en comparaison avec la population générale, un risque accru de développer des addictions (tabac, alcool et drogues). Les maux de têtes, les lombalgies, l'insomnie, ou encore l'hypertension artérielle constituent quelques autres exemples d'affections surreprésentées chez les personnes LGBT » (Bize et al., Ibid., p. 1712-1713).

Eliason, Dibble, DeJoseph & Chinn (2009) affirment que les LGBT constituent une des plus larges populations à ne pas être reconnues dans tout le setting des infirmiers, autant en tant que patients/clients, qu'en tant que membres des équipes infirmières. De plus, un silence concernant les patients LGBT est bel et bien présent dans les programmes de formation en soins infirmiers (Dinkel, Patzel, McGuire, Rolfs & Purcell, 2007). Les résultats d'une étude ayant pour but d'examiner l'étendue du silence dans la littérature infirmière concernant la thématique LGBT, a affiché que seulement 0.16% de tous les articles d'un top dix de revues infirmières, et ce de 2005 à 2009, se concentraient sur les questions LGBT. Les auteurs de la même étude avaient émis l'hypothèse que la profession d'infirmier était à la traîne comparativement à d'autres domaines dans la publication de recherches scientifiques, de cadres théoriques et de guidelines concernant la santé des LGBT (Eliason, Dibble & DeJoseph, 2010). Leur hypothèse semble avoir été ainsi confirmée par ce résultat.

Une autre étude qui poursuivait comme objectif d'examiner les expériences des étudiants infirmiers et de médecine sur les connaissances LGBT au sein de leurs formations en Suède confirme ce silence. Sur les neuf étudiants, aucun ne se rappelaient avoir eu une conférence, spécifique, un jour d'étude ou un séminaire traitant des questions LGBT. La seule mention sur les hommes gays dans le contexte de

⁶ Le « minority stress » ou en français stress minoritaire a été choisi comme cadre de référence pour le présent travail et sera ainsi traité au chapitre 2.2.

l'enseignement avait été faite en lien avec des conférences sur les maladies sexuellement transmissibles comme le HIV ou l'hépatite C. (Röndahl, 2011). D'ailleurs, à la Haute Ecole de Santé de Fribourg⁷, aucun cours spécifique aux thématiques LGBT non plus ne fait partie du cursus de la formation. Là aussi, seul les rapports sexuels entre hommes ont été évoqués lors d'un cours sur l'épidémiologie du Sida.

1.1. Question de recherche

Nous savons à présent que les infirmiers sont probablement quotidiennement en contact avec des patients LGBT puisque ceux-ci représentent environ 10% de la population (Hou et al., 2006) et sont plus sujets à certaines pathologies (Meyer, 2003); que ces minorités sexuelles restent encore fortement stigmatisées et discriminées dans la société et que cela a des conséquences sur leur santé (Bize et al., 2011); qu'un silence autant dans la littérature infirmière (Dinkel, Patzel, Mcguire, Rolfs & Purcell, 2007) que dans les formations en soins infirmiers existent (Röndahl, 2011). Que cache ce silence ? La discrimination présente dans la société serait-elle aussi présente dans les soins infirmiers et ce malgré le code déontologique du Conseil international des infirmières ?

Nous savons également que les soins infirmiers comportent une dimension relationnelle (Daydé, Lacroix, Pascal & Salabras Clergues, 2007), qui est, entre autre, influencée par les attitudes personnelles des infirmiers (Röndahl, Innala, Carlsson, 2003 ; Rusbult, Van Lange, 2003 ; cités par Röndahl, 2009), leur croyances, préjugés et valeurs (Fornerod, 2009). Il est alors nécessaire et urgent d'en connaître davantage sur l'état actuel de la relation entre un infirmier et une personne LGBT. Le travail sera ainsi axé sur la question de recherche suivante :

Que savons-nous actuellement sur la relation entre un infirmier et un(e) patient(e) lesbienne, gay, bisexuel(le) ou transgenre ?

1.2. Buts du travail

Cette revue de littérature étoffée présente plusieurs buts, tous émanant des argumentations exposées précédemment. Ces buts se centreront, d'une part sur les expériences des personnes LGBT avec les soins infirmiers; et d'autre part sur les

⁷ Le paragraphe faisant mention du quasi silence autour des questions LGBT dans les cours du cursus de cette formation se réfère à l'expérience de l'auteur (étudiant de la volée 2009-2012), ayant lui-même accompli la formation au sein de cette école.

expériences des infirmiers avec les patients LGBT. En effet, afin de pouvoir recueillir des connaissances globales sur la relation actuelle entre des patients LGBT et des infirmiers, et de répondre ainsi de la façon la plus pertinente à la question de recherche, il est indispensable de s'intéresser aux deux acteurs de la relation patient-infirmier.

Plus en détail, cette revue étoffée de littérature devrait permettre de démontrer la présence ou non de discrimination de la part d'infirmiers auprès de patients LGBT ; d'explorer les attitudes des infirmiers envers les patients LGBT et le vécu de ses patients. Sur la base des résultats obtenus, et donc dans un deuxième temps, cette revue étoffée de littérature vise également à mettre en évidence des recommandations pour faciliter la relation patient LGBT-infirmier.

2. Cadres de référence et concepts

Dans cette revue étoffée de littérature, un cadre principal de référence a été choisi afin de discuter les résultats : le concept des compétences transculturelles de Domenig (2001). Celui-ci permettra de discuter les différents facteurs jouant un rôle dans la relation infirmier-patient. Un autre cadre de référence, le modèle du stress minoritaire de Meyer (2003), offrira l'avantage de fournir des explications quant aux vécus, recensés dans les recherches scientifiques, des patients LGBT. Ainsi, ces deux cadres de référence sont complémentaires et indispensables à la bonne réalisation de cette revue étoffée de littérature. Les concepts d'homophobie et d'hétéronormativité seront également développés dans ce chapitre.

Ces quatre éléments théoriques sont issus, pour le premier de la littérature allemande et pour les trois suivants de la littérature anglaise ; ils ont donc été traduits librement par l'auteur.

2.1. Le concept des compétences transculturelles de Domenig Dagmar

L'insécurité des soignants face aux migrants et ses conséquences sur la pratique

Lorsque les infirmiers prennent en soins des migrants, ils ressentent un sentiment d'insécurité, un malaise et remettent en question leurs compétences professionnelles. Cette insécurité s'explique par le fait que les cultures des patients migrants se différencient davantage de celles des patients non-migrants, qui elles, ressemblent davantage à celles des infirmiers. Ainsi, l'infirmier prenant en charge un patient migrant doit faire face à l'inconnu. Le désir de l'infirmier de s'orienter (trouver des repères) dans la relation avec son patient et de délimiter ses observations sur le patient favorisent dans la pratique l'utilisation de modèles et de catégories précises et claires. Ceux-ci permettent à l'infirmier de répertorier et d'expliquer les comportements, caractéristiques des patients migrants, perçus par l'infirmier comme inhabituels (puisque ils sont issus d'un bagage culturel différent de celui de l'infirmier). La catégorisation en tant que « intrus », « différent », « étranger », ou aussi « déviant » suffit à créer une distance avec le patient et à consolider les limites de la relation patient-infirmier (Domenig, 2001). Les conséquences de telles pratiques dans les soins ne sont pas seulement le classement de caractéristiques déterminées selon des cultures déterminées, mais aussi le classement d'Hommes définis dans des groupes déterminés (Domenig, 2001.).

La vision générale de Domenig

Domenig (Ibid.) a voulu se démarquer de cette tendance (catégoriser les comportements et caractéristiques des patients) en ne plaçant pas les cultures au centre de son concept de compétences transculturelles, mais bien les interactions entre les soignants et les migrants. Ainsi, selon sa vision (Ibid.) tous les soins infirmiers professionnels ne doivent pas se centrer seulement sur la culture des individus, mais sur les individus eux-mêmes, en prenant en considération leur propre milieu de vie. Celui-ci est imprégné des expériences de vie, des conditions de vie extérieures et des caractéristiques socioculturelles de ces individus (Domenig, Ibid.). Le concept de Domenig (Ibid.) encourage à percevoir le patient en tant qu'Homme unique, plutôt que comme un Homme appartenant à une culture.

Bien que son concept se destine aux interactions entre soignant et migrant, la vision de Domenig permet à l'auteur d'utiliser ce concept, et ce en respectant son idée générale (Homme unique), pour parler de l'interaction entre les patients LGBT et les infirmiers. Les différents liens, qui vous permettront ainsi de mieux comprendre l'analogie qu'établit l'auteur entre les patients migrants et les patients LGBT, ressortiront plus précisément dans la partie discussion du travail.

Les compétences transculturelles

Avant d'expliquer en détail le concept des compétences transculturelles, il est important d'en connaître la définition. La compétence transculturelle représente la capacité du soignant à prendre en soins le patient de façon appropriée et individuelle. Pour ce faire, le soignant doit prendre en compte et comprendre les milieux de vie propre à chacun de ses patients (Domenig, 2001.). Pour devenir des professionnels culturellement compétents, les infirmiers se questionnent sur les influences et préjugés propres à leur milieu de vie. Ils ont également la capacité de considérer la perspective des autres et d'éviter les culturalisations et stéréotypisations⁸ de groupes cibles particuliers (Domenig, Ibid.)

⁸ La stéréotypisation, « processus psychosocial conduit d'une part à une perception plus ou moins stéréotypée des groupes (c'est-à-dire une perception des groupes comme plus homogènes, dont les membres sont relativement interchangeables), d'autre part il conduit à l'usage (ou non) des stéréotypes » (Morchain, 2006, p. inconnue)

Les trois colonnes des compétences transculturelles

Les compétences transculturelles s'appuient sur trois colonnes : l'autoréflexion, les connaissances de base et l'expérience, ainsi que l'empathie narrative (Domenig, 2001.) :

- **L'autoréflexion**

Les soignants et les migrants ont chacun un propre milieu de vie, qui apparaît comme évident pour chacun d'eux. Les soignants traitent et jugent inconsciemment les migrants à l'aide de leurs propres évidences. L'autoréflexion est la capacité des soignants de prendre conscience de leur propre milieu de vie et de celui des migrants. Alors, il sera possible pour les soignants de se rapprocher d'un autre milieu de vie. La prise de conscience de leurs sentiments, de leurs malaises et de leurs préjugés envers les migrants appartiennent aussi à l'autoréflexion (Domenig, Ibid.).

- **Les connaissances de base et l'expérience**

L'acquisition de connaissances de base ne devraient pas se centrer uniquement sur la culture des patients, mais sur toutes les connaissances permettant aux soignants de comprendre les différents milieux de vie (conditions de vie extérieures et caractéristiques socioculturelles) et les comportements de leurs patients. Différents concepts devraient ainsi faire partie des connaissances des infirmiers : les différentes représentations de la santé et de la maladie, les conditions de vie spécifiques aux migrants ou encore le rapport entre la migration et la santé (Domenig, Ibid.).

Les connaissances proviennent en partie du niveau cognitif, mais aussi des expériences concrètes. En effet, à travers le contact avec des migrants les soignants ont la possibilité de devenir expérimentés dans leurs soins transculturels (Domenig, Ibid.).

▪ **L'empathie narrative**

Au premier plan de l'empathie se trouvent l'engagement, l'intérêt, la curiosité, la patience et les efforts afin de comprendre l'inconnu. L'empathie offre la possibilité aux soignants de découvrir des nouveautés sur leurs patients. Celle-ci est indispensable afin que les soignants prennent conscience du milieu de vie des migrants. Elle permet aux soignants de pouvoir nouer des relations avec les migrants. L'empathie narrative place les narrations au centre du traitement et des soins. Elle se traduit par une attitude infirmière respectueuse et emprunte d'estime à l'égard des patients migrants (Domenig, 2001). Au contraire, un manque ou une absence d'empathie narrative pourrait se remarquer au travers de préjugés, de racisme et d'actes discriminatoires de l'infirmier à l'égard des migrants (Domenig, 2001).

L'interaction des trois colonnes des compétences transculturelles

Ces trois colonnes (composantes des compétences transculturelles) interagissent entre elles, afin d'offrir une prise en soins transculturels aux patients migrants (Domenig, Ibid.). Voilà ci-dessous les différentes interactions entre les composantes des compétences transculturelles :

- Les connaissances de base et la récolte d'expériences transculturelles soutiennent en parallèle à l'autoréflexion, la compréhension des migrants et de leurs histoires.
- L'autoréflexion d'un côté et l'empathie narrative de l'autre favorisent une bonne conception de la relation notamment par l'intégration des milieux de vie individuels des patients.
- L'autoréflexion ainsi que l'acquisition de connaissances de base et l'intégration d'expériences transculturelles contribuent non seulement à une sensibilisation sur les questions transculturelles des professionnels de la santé, mais aussi à une augmentation de leur propre conscience.
- Les connaissances de base et les expériences favorisent en lien avec une empathie narrative, d'une part, le développement de l'anamnèse sur les modèles explicatifs de la maladie, et d'autre part, les processus de négociations concernant le diagnostique et la qualification, concernant les causes et le traitement de la maladie.

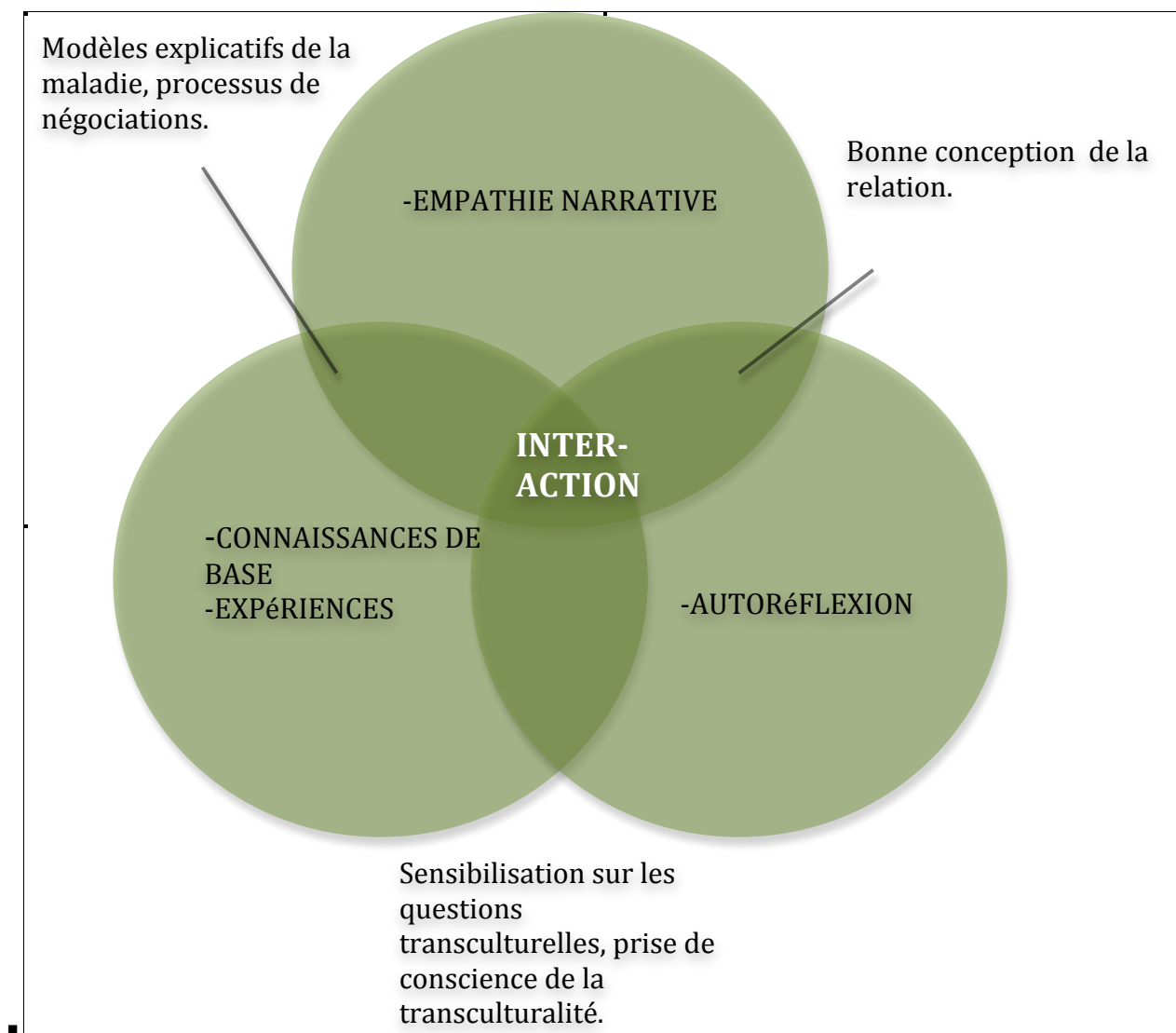


Figure 1

Sources : Domenig, 2001, p.175. (Traduction libre).

2.2. Le modèle du stress minoritaire

Le modèle du stress minoritaire ne se fonde pas sur une seule théorie, mais plutôt sur plusieurs théories sociologiques et psychologiques. Ce modèle parle principalement du stress⁹ ressenti par les individus appartenant à une minorité sociale (par exemple les LGBT), des origines de ce stress ainsi que de ses effets sur la santé. En effet, le stress minoritaire est à l'origine, par exemple, d'une prévalence plus élevée de problèmes de santé mentale au sein de la population LGBT. Pour faire face à ce stress, ces personnes doivent faire davantage d'efforts d'adaptation comparativement aux personnes non stigmatisées (Meyer, 2003).

Meyer (2003) différencie le stress issu de facteurs généraux de celui spécifique aux minorités (stress minoritaire distal et proximal). En effet, les facteurs généraux du stress, comme par exemple la perte de son travail, touchent toute la population. Cependant, pour les personnes LGBT ou autres minorités s'ajoute à ce stress, le stress minoritaire distal et proximal.

Meyer (Ibid.) a décrit les processus du stress minoritaire comme un continuum. Ainsi, d'un côté du continuum se trouvent les facteurs du stress dit « distal », qui représentent typiquement des événements ou conditions objectifs (=contexte social). C'est parce que ce stress ne dépend pas de l'individu mais bien d'éléments externes à l'individu qu'il est appelé distal. De l'autre côté du continuum apparaissent les processus personnels du stress dit « proximal », qui sont subjectifs puisqu'ils dépendent des perceptions et évaluations individuelles du contexte social. Ainsi, alors que le stress minoritaire distal des LGBT est influencé par des expériences de préjugés, discriminations et de violences de la société à l'égard de leur statut minoritaire. ; le stress minoritaire proximal est influencé par « l'activation de différentes stratégies de maîtrise de difficultés sur le plan psychologique (ruminations mentales, refoulements, etc.) ou de stratégies comportementales, comme la recherche de soutien social ou l'évitement de certaines situations [futurs ou potentielles]» (Garcia Nunez & Jäger, 2011, p. 215). Par crainte du rejet notamment, les personnes LGBT peuvent adopter d'autres stratégies comme une attention accrue, des actions ou pensées anticipatrices (par exemple, la conservation

⁹ Pour Lazarus et Folkman (1984) le stress est une „transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être» (p. 19, cités par Bruchon-Schweitzer, 2001, p.68).

du secret¹⁰). Les personnes LGBT peuvent aller jusqu'à intérioriser l'homophobie de la société en eux (homophobie intériorisée¹¹) (Garcia Nunez & Jäger, 2011; Meyer, 2003)

Le stress minoritaire est chronique car il est relativement lié aux structures sociales et culturelles sous-jacentes des personnes LGBT. Il est aussi basé socialement puisqu'il provient des processus, institutions et structures sociales ; ce qui veut dire qu'il ne provient pas des événements et conditions individuels qui caractérisent les facteurs de stress généraux ou des caractéristiques biologiques, génétiques, ou encore non sociales d'une personne ou d'un groupe (Meyer, 2003). Ainsi, la relation entre un patient LGBT et un infirmier est également influencée par ce contexte social. En effet, l'infirmier est un membre à part entière de la société (plus ou moins emprunte de préjugés, de discriminations et de violences à l'égard des minorités sexuelles) et de l'institution pour laquelle il travaille (comprenant des normes, règles, philosophies de soins).

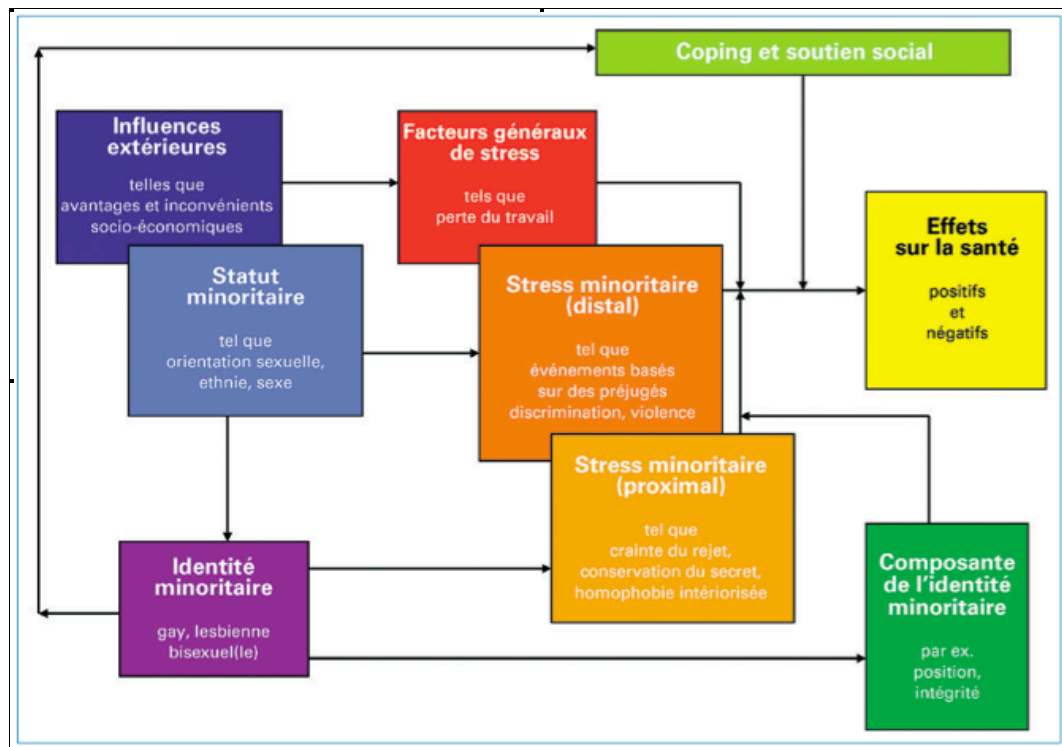


Figure 2

Source : Garcia Nunez & Jäger, 2011, p. 214.

¹⁰ Par conservation du secret, l'auteur entend la non-révélation des personnes LGBT à d'autres personnes concernant leur orientation/identité sexuelle (Meyer, 2003).

¹¹ Meyer et Dean (1998, cité par Meyer, 2003) définissent l'homophobie intériorisée comme le phénomène par lequel les personnes gays dirigent les attitudes sociales négatives (concernant les gays) envers eux-mêmes, les conduisant à une dévalorisation d'eux-mêmes. S'en suivent des conflits internes et une faible image de soi.

Le schéma de la page précédente résume le modèle du stress minoritaire.

2.3. L'homophobie

L'homophobie est parfois définie comme une peur irrationnelle, une aversion ou une discrimination¹² à l'égard de l'homosexualité ou des homosexuels. Cette définition renvoie aux attitudes, émotions et comportements envers les personnes homosexuelles et l'homosexualité (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a).

Les réactions homophobiques présentent deux aspects différents, l'aspect cognitif et l'aspect émotionnel, tous deux agissant souvent indépendamment l'un de l'autre (Röndahl, Innala & Carlsson, Ibid.). Ainsi, les aspects cognitifs de l'homophobie sont visibles par les pensées des individus sur l'homosexualité. Ces pensées reflètent, quant à elles, les attitudes et connaissances de ces mêmes individus sur l'homosexualité. Quant aux aspects émotionnels de l'homophobie, ils représentent les réactions émotionnelles des individus à l'égard des personnes homosexuelles et les questionnements autour de l'homosexualité (Ernulf & Innala, 1987, cité par Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a).

L'homophobie émotionnelle (sentiments négatifs envers les homosexuels) se partage en deux composantes distinctes – la culpabilité homophobique (homophobic guilt) et la colère homophobique (anger homophobic) (Ernulf & Innala, Ibid., cité par Röndahl, Innala & Carlsson, Ibid.).

a) La culpabilité homophobique est dirigée à l'intérieur de l'individu et peut engendrer des réactions envers l'homosexualité et les homosexuels comme la gêne, la honte ou encore le malaise (Ernulf & Innala, Ibid., cité par Röndahl, Innala & Carlsson, Ibid.).

b) La colère homophobique s'exprime à l'extérieur de l'individu et peut être au mieux décrite comme un dégoût. Elle s'apparente de plus près aux attitudes négatives envers l'homosexualité que la culpabilité homophobique (Ernulf & Innala, Ibid., cité par Röndahl, Innala & Carlsson, Ibid.).

Cependant, des études ont décrit les composantes de l'homophobie émotionnelle aussi bien comme plaisir (delight). Ce plaisir se définit comme l'expression de sentiments positifs et d'acceptation en relation à l'homosexualité et aux individus homosexuels (Röndahl, Innala & Carlsson, Ibid.).

¹² D'après le Petit Larousse (2003), il s'agit de l' « Action d'isoler et de traiter différemment certains individus ou un groupe entier par rapport aux autres. Discrimination sociale, raciale » (p.338).

Des individus peuvent avoir une attitude positive envers l'homosexualité sur un plan cognitif, alors que d'un point de vue émotionnel, ils ont des attitudes négatives. Cela explique pourquoi des individus sont favorables aux droits égaux pour les homosexuels (cognition) mais en même temps éprouvent quelques sentiments négatifs quant à l'homosexualité en tant que style de vie (émotion) (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a).

2.4. L'hétéronormativité

Le terme d'hétéronormativité se réfère à l'idée que l'hétérosexualité est une norme générale, c'est-à-dire que l'hétérosexualité est la seule sexualité des individus et de la société (Röndahl, 2011). Une conséquence de l'hétéronormativité est que les homosexuels sont abordés et traités comme des personnes hétérosexuelles. Tous les individus sont supposés hétérosexuels jusqu'à ce qu'ils disent ou fassent quelque chose qui contredit cette idée. Cela signifie que les hommes et femmes gays peuvent choisir de cacher leur orientation sexuelle et de rester invisible à cause de la peur d'attitudes négatives et des répercussions (Röndahl, Ibid.).

3. Méthode

Après la description du cadre de référence et des différents concepts, l'auteur va se pencher maintenant sur les différentes étapes méthodologiques de ce travail.

3.1. Choix du devis

Le devis choisi pour la réalisation de ce travail est une revue étoffée de littérature. En effet, celle-ci paraît judicieuse car elle dresse, premièrement, un état des lieux des connaissances actuelles sur la problématique choisie. Deuxièmement, une telle revue permet de mettre en valeur les résultats obtenus des études sélectionnées et d'obtenir de nouveaux résultats en les mettant en lien. Une démarche comme celle-ci semble importante étant donné le peu d'études actuelles traitant de ce sujet; le manque de soutien financier et la difficulté d'être publié dans des revues infirmières étant nommés comme les principales causes à ce phénomène (Elisaon, Dibble, DeJoseph, 2010).

3.2 Etapes de la revue étoffée de littérature

La première étape consistait à dresser un état des lieux des connaissances sur la problématique choisie, et ce afin de pouvoir poser une question de recherche fondée et pertinente (*Que savons-nous actuellement sur la relation entre un infirmier et un(e) patient(e) LGBT ?*). Afin de pouvoir répondre à cette question, les résultats de neuf recherches scientifiques, préalablement sélectionnées selon une démarche d'extraction de données et une analyse de leur qualité (voir chapitre suivant), ont été utilisés. La totalité de ces résultats ont été catégorisés et exposés dans un chapitre spécifique. Ensuite, ils ont été discutés à l'aide de références théoriques, ce qui a permis dans l'étape finale du travail la recommandation de changements (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007) tant au niveau de la pratique quotidienne infirmière que des « programmes de formation en sciences infirmières » (Loiselle & Profetto-McGrath, Ibid., p.139) ou que finalement « des politiques de soins et des lignes directrices touchant la pratique » (Loiselle & Profetto-McGrath, Ibid., p. 139). Toutes ces propositions de changements sont ainsi fondées sur « des résultats probants dans le but d'améliorer la pratique clinique » (Loiselle & Profetto-McGrath, Ibid., p. 139).

3.3. Démarche d'extraction des données et analyse de la qualité des données

Afin de garantir la sélection de recherches scientifiques pertinentes permettant la réalisation de la revue étoffée de littérature, l'auteur a procédé en différentes étapes. Tout d'abord, il a choisi des bases de données informatisées pertinentes (CINAHL, Pubmed/Medline), ensuite, il a défini des mots-clefs (termes MeSH et/ou mots) et il a enfin établi des stratégies de recherche (Loiselle & Profetto-McGrath, Ibid.). Une fois ces étapes accomplies, l'auteur a encore présélectionné parmi toutes les recherches trouvées celles correspondantes aux critères d'inclusion et d'exclusion (mentionnés ci-dessous).

Les études présélectionnées (neuf au total) ont ensuite été évaluées à l'aide de la grille d'analyse de recherche quantitative¹³ et qualitative¹⁴ de Loiselle & Profetto-McGrath (2007) proposée par Bassal & Nadot (2011) afin de déterminer leur pertinence et fiabilité. Chacune de ses grilles comprenaient différentes questions permettant d'examiner la bonne méthodologie des études présélectionnées afin de pouvoir les sélectionner définitivement ou non. Etant donné le faible nombre d'études présélectionnées (neuf), elles ont toutes été utilisées pour le présent travail, et cela même si parfois elles ne répondaient pas parfaitement aux critères des grilles (pour plus de détails, se référer au chapitre 5.1 analyse et regard critique des recherches sélectionnées).

3.4. Banques de données et mots-clefs

Les banques de données PubMed/Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) ainsi que CINAHL (<http://www.ebscohost.com/cinahl/>) ont été sélectionnées pour effectuer la recherche d'études scientifiques. Les recherches ont été effectuées de juillet à août 2012. La principale difficulté résidait dans le fait que globalement peu d'études récentes ont été menées sur les thématiques LGBT. Dans de nombreux cas, celles qui parlaient de cela s'intéressaient à la prévention ou autres aspect du VIH chez les LGBT.

Huit études scientifiques ont été récoltées depuis PubMed/Medline, aucune depuis CINAHL et une depuis un site internet (www.sante-plurielle.fr).

¹³ Annexe 2

¹⁴ Annexe 3

Les différents mots-clefs utilisés par l’auteur, ainsi que leur traduction sont visibles ci-dessous:

« Homosexuality » [MeSH et mot] (homosexualité), « Bisexuality » [MeSH et mot] (bisexualité), « Transsexualism » [MeSH] (transsexualité), « transgender » (transgenre), « lgbt » (lesbienne, gay, bisexuel, transgenre), « gay » (gay), « lesbian » (lesbienne), « Primary Nursing » [MeSH] (soins infirmiers de premier secours), « Patient Care Planning » [MeSH] (plan de soins du patient), « nursing » [MeSH et mot] (domaine des soins infirmiers), « Nursing Care » [MeSH] (soins infirmiers), « Quality of Health Care » [MeSH] (qualité des soins de santé), « Health Care Quality Access and Evaluation » [MeSH] (qualité des services de santé, accès et évaluation), « Quality Assurance Health Care » [MeSH] (assurance de la qualité dans les soins de santé), « culturally competent healthcare » (soins de santé culturels de qualité), « culturally competent nursing » (soins infirmiers culturels de qualité), « culturally competent care » (soins culturels de qualité), « Patient Satisfaction » [MeSH] (satisfaction des patients).

3.5. Critères de sélection

Divers critères de sélection ont été mis en évidence afin d’appuyer le travail sur des recherches pertinentes et précises par rapport à la thématique choisie :

- ❖ Langues : français, anglais, allemand ;
- ❖ Les études datant de 2004 à 2012 ont été sélectionnées ;
- ❖ Concernant la population (pôle soignant), les études s’intéressant aux attitudes des infirmiers prioritairement ou alors s’intéressant aux différents prestataires de soins ont été retenues ;
- ❖ Concernant la population (pôle patient), les études s’intéressant aux vécus, expériences de patients LGBT âgés de plus de 16 ans ont été retenues ;
- ❖ Tous les contextes de soins ont été pris en compte, en privilégiant cependant les études s’étant déroulées dans les milieux occidentaux.

3.6. Critère d'exclusion

Poursuivant le même but que pour les critères de sélection, des critères d'exclusion ont été définis :

- ❖ Les études traitant des attitudes des infirmiers vis à vis de patients LGBT séropositifs.

3.7. Résultats des stratégies de recherche

3.7.1. Stratégie 1

(« Homosexuality » [MeSH] OR « homosexuality » OR « Bisexuality » [MeSH] OR « bisexuality » OR « Transsexualism » [MeSH] OR « transgender » OR « lgbt » OR « gay » OR « lesbian ») AND (« Primary Nursing » [MeSH] OR « Patient Care Planning » [MeSH] OR « nursing » [MeSH] OR «Nursing Care ») AND (« Quality of Health Care » [MeSH] OR « Health Care Quality Access and Evaluation » [MeSH] OR « Quality Assurance Health Care » [MeSH]) AND « Patient Satisfaction » [MeSH])

Résultats : 143 études dont la suivante a été retenue :

- ❖ Polek, C.A., Hardie, T.L. & Crowley, E.M. (2008)

3.7.2. Stratégie 2

(« Homosexuality » [MeSH] OR « homosexuality » OR « Bisexuality » [MeSH] OR « bisexuality » OR « Transsexualism » [MeSH] OR « transgender » OR « lgbt » OR « gay » OR « lesbian ») AND (« culturally competent healthcare » OR « culturally competent nursing » OR « culturally competent care »)

Résultats : 31 études dont la suivante a été retenue :

- ❖ Eady, A., Dobinson, C. & Ross, L.E. (2011).

3.7.3. Stratégie 3

(« Homosexuality » [MeSH] OR « homosexuality » OR « Bisexuality » [MeSH] OR « bisexuality » OR « Transsexualism » [MeSH] OR « transgender » OR « lgbt » OR « gay » OR « lesbian ») AND (« Primary Nursing » [MeSH] OR « Patient Care Planning » [MeSH] OR « nursing » [MeSH] OR «Nursing Care ») AND (« Quality of

Health Care » [MeSH] OR « Health Care Quality Access and Evaluation » [MeSH] OR
« Quality Assurance Health Care » [MeSH])

Résultats : 370 études dont les 4 suivantes ont été retenues :

- ❖ Røndahl, G., Innala, S., Carlsson, M. (2004a).
- ❖ Røndahl, G. (2009).
- ❖ Hou, S.-Y., Pan, S.-M., Ko, N.-Y., Liu, H.-C., Wu, S.-J., Yang, W.-C., Yang, H.-H., Shieh, S.-F., Chuang, L.-Y. & Yen, C.-F. (2006).
- ❖ Yen, C.-F., Pan, S.-M., Hou, S.-Y., Liu, H.-C., Wu, S.-J., Yang, W.-C. & Yang, H.-H. (2007).

3.7.4. Stratégie 4

Une recherche a été effectuée par le nom d'un auteur (Røndahl) ; étant donné que deux recherches scientifiques déjà sélectionnées avaient été écrites par cet auteur.

« Røndahl » [Autor]

Résultats : 29 études dont les 2 suivantes ont été retenues :

- ❖ Røndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2006).
- ❖ Røndahl, G., Innala, S., Carlsson, M. (2004b).

3.7.5 Stratégie 5

Sur le site internet www.sante-plurielle.ch, sous la rubrique « ressources », une recherche a été retenue parmi une trentaine:

- ❖ Tjepkema, M., 2008)

3.8. Vus d'ensemble des études sélectionnées

Comme déjà mentionné auparavant, neuf études¹⁵ ont été retenus pour le présent travail. Parmi celles-ci, six semblent avoir une approche quantitative. Deux d'entre elles possèdent un devis descriptif et comparatif ; quatre un devis descriptif et corrélationnel. Quant aux trois recherches restantes, elles sont toutes de nature qualitative avec un devis descriptif et explorateur.

Les études sélectionnées proviennent non pas d'une seule région du monde, mais bien de plusieurs pays. En effet, quatre études sont originaires de Suède, deux du Canada, une des Etats-Unis et enfin deux autres de Taïwan. Bien que l'un des critères d'inclusion soit que les études proviennent prioritairement de l'Occident, les deux études de Taïwan ont été retenues. En effet, l'une d'entre elle se base sur un échantillon de très grande taille (1540 infirmiers) et offre ainsi des résultats significativement pertinents.

Nous allons maintenant nous intéresser aux différents thèmes abordés dans les recherches et aux moyens mis en œuvre par les chercheurs pour questionner les populations. Quatre études se sont intéressées aux émotions, aux attitudes des professionnels de la santé et aux éventuels liens entre ses attitudes et d'autres données. Trois autres études se sont penchées sur les expériences de patients LGBT avec des prestataires de soins, dont les infirmiers. Finalement les deux dernières études présentaient des buts très ciblés. Tandis qu'une étude désirait déterminer l'existence ou non d'un lien entre les besoins de soins non satisfaits d'un patient et son orientation sexuelle ; une autre étude s'intéressait à l'association entre l'orientation sexuelle d'une femme, ses expériences passées empruntées de discriminations et le fait qu'elle parle ou ne parle pas de son orientation à son prestataire de soins. Différents moyens ont été utilisés par les chercheurs pour récolter des informations auprès des participants : des entretiens semi-structurés individuels ou de groupes, des entretiens téléphoniques, ainsi que l'administration de questionnaires. Il est arrivé que dans certaines recherches deux de ses méthodes aient été utilisées. Dans six des neuf recherches un ou plusieurs questionnaires faisaient partie des moyens utilisés.

¹⁵ Une grille de lecture des études sélectionnées, ainsi qu'une synthèse d'analyse des résultats sous forme de tableaux se trouvent en annexe.

Nous allons à présent nous attarder un peu sur la population ayant été interrogée dans les neuf études. L'échantillon total¹⁶ s'élève à 2606 participants. De façon plus détaillée, les soignants représentent 2401 participants, dont 330 sont des étudiants infirmiers ou assistants infirmiers, et 2071 sont des infirmiers, des assistants infirmiers ou des prestataires de soins. Quant aux patients LGBT, ils sont représentés par 205 personnes au total, dont 34 femmes lesbiennes, 20 hommes gays, 41 personnes (hommes et femmes confondus) bisexuelles, 96 femmes se définissant sur un continuum entre lesbiennes et bisexuelles, 12 personnes (hommes et femmes confondus) transgenres et pour finir, deux personnes ne s'étant pas définie. Concernant l'âge de l'échantillon total, les patients LGBT se situaient entre 16 ans et 60 ans et plus, alors que souvent aucune mention n'a été établie pour les soignants. Notons que de grandes différences existent dans les différents échantillons (une étude du groupe des soignants représente à elle seule plus de la moitié (n=1540) de l'échantillon total).

¹⁶ L'échantillon total ne prend pas en compte la population d'une étude (Tjepkema, 2008), ayant utilisée les données d'une enquête de porté nationale menée au Canada. En effet, l'échantillon de cette étude s'élevant à 340 000 patient(e)s gays, lesbiennes ou bisexuel(le)s biaiserait la totalité de l'échantillon de la présente revue étoffée

4. Résultats

Pour procéder au classement des résultats des 9 recherches scientifiques, l'auteur a relu à plusieurs reprises l'ensemble des résultats. Il a ensuite pu se rendre compte que tous se rapportaient aux facteurs liés à la relation patient LGBT-infirmier ou alors pour une petite minorité le vécu des partenaires de patients LGBT. L'auteur a donc réparti de façon intuitive la totalité des données selon ces différents facteurs et a créé une catégorie spéciale destinée aux partenaires:

- Attitudes face aux LGBT
- Emotions
- Discrimination et hétéronormativité
- Approche pathologique des professionnels
- Connaissances des professionnels
- Satisfaction des soins
- Révélation de l'orientation sexuelle
- Partenaires des patients LGBT

L'auteur tient à préciser que les résultats qui suivront font office de réponses à la question de recherche de la présente revue étoffée de littérature (Que savons-nous actuellement sur la relation entre un infirmier et un(e) patient(e) lesbienne, gay, bisexuel(le) ou transgenre ?). En effet, la question de recherche étant très général, ses réponses sont ainsi composées de résultats très diversifiés, et sont représentés de la meilleure façon dans ce chapitre résultat.

Plusieurs études ne mentionnaient pas précisément le nombre de participants concernés par les résultats de leurs études; les auteurs utilisaient des mots de vocabulaire tels que : beaucoup, de nombreux, certains participants. Afin de ne pas biaiser les résultats et de ne pas berner le lecteur, le présent auteur a veillé à employer le même vocabulaire utilisé dans les études originales. De plus, il a ajouté entre parenthèse le nombre total de l'échantillon (n^{total}) pour chaque étude ou alors le nombre de participants concernés (n) par tels ou tels résultats.

4.1. Attitudes face aux LGBT

Différentes attitudes des prestataires de soins ont pu être identifiées par rapport à l'homosexualité et/ou aux patients LGBT.

Tout d'abord, trois études faisaient référence aux attitudes de prestataires de soins envers l'homosexualité et/ou envers les patients LGBT, que l'auteur pourrait qualifier de positives ou neutres. En effet, la totalité de l'échantillon d'une étude suédoise (Röndahl, 2009) composée de 17 lesbiennes et de 10 hommes gays décrivait la plupart du personnel infirmier comme étant aussi respectueux, tolérant et neutre qu'ils l'avaient pensé. Eady, Dobinson & Ross (2011) ont trouvé selon les résultats de leur recherche ($n^{\text{total}}=55$), menée au Canada auprès de 41 patients bisexuels (hommes et femmes) et de 12 patients transgenres, que lorsque ceux-ci révélaient leur orientation sexuelle à leur(s) prestataire(s) de soins, l'absence d'attitudes négatives de la part de ces prestataires était perçue par les patients comme des attitudes positives. Une réaction neutre indiquait pour un participant de cet échantillon, que, par exemple, le prestataire de soins ne se focalisait pas sur sa bisexualité ou n'était pas surpris ou choqué par celle-ci. Enfin, en Suède, des professionnels d'une clinique spécialisée en infectiologie et des étudiants en soins infirmiers ($n^{\text{total}}=222$) avaient la possibilité de rédiger un commentaire après avoir répondu à une question, leur demandant si ils souhaitaient pouvoir ne pas prodiguer de soins aux patients homosexuels si l'option existait (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a). Trente quatre % de la totalité des commentaires¹⁷ de sept professionnels et de 112 étudiants ($n^{\text{total}}=222$) ont été catégorisés en attitudes positives. Voici l'exemple de l'un d'entre eux (étudiant): « Non, pourquoi faire ? J'ai beaucoup de copains homosexuels et ils n'agissent pas différemment envers moi, excepté lorsque parfois nous aimons bien les mêmes gars » (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a, traduction libre). Quarante sept autre % des commentaires totaux concernaient eux le «Droit à l'éthique». L'un des professionnels s'exprimait: « Tous les patients ont droit à des soins infirmiers égaux. Mon opinion personnelle, mes valeurs ne doivent pas influencer mon travail » (Röndahl, Innala & Carlsson, Ibid., traduction libre)

Intéressons-nous à présent aux résultats de deux études, dans lesquelles les attitudes des prestataires de soins ont été identifiées comme négatives. Une recherche canadienne (Eady, Dobinson & Ross, 2011) s'intéressant aux expériences de patients bisexuels

¹⁷ Les autres catégories comprenaient 3% de commentaires liés à l'insécurité, 11% de commentaires emprunts d'attitudes condamnant et 5% de commentaires autres (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a).

($n^{\text{total}}=55$) avec les services de santé mentale mentionnait que plusieurs d'entre eux (bisexuel (le) s et bisexuel (le) s transgenres)¹⁸ avaient été confrontés ouvertement à des jugements négatifs concernant leur identité ou attirance sexuelle. En outre, en Suède, sur l'ensemble des commentaires de sept professionnels travaillant dans une clinique spécialisée en infectiologie, et de 112 étudiants ($n^{\text{total}}=222$), onze % ont été répertoriés comme des attitudes condamnant (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a). En effet, tandis qu'un participant (étudiant) pensait que de choisir de vivre avec une personne de même sexe était une manière de s'opposer à Dieu, un autre confiait qu'il serait dégoûté et que l'on ne pouvait pas prendre soin de quelque chose que l'on déteste (Röndahl, Innala & Carlsson, Ibid.)

Pour finir, trois études, dont deux réalisées à Taïwan se sont intéressées à rechercher l'existence de liens¹⁹ entre la nature (positive ou négative) des attitudes des infirmiers et différents paramètres. Dans l'une des trois études, il a été trouvé que les infirmiers²⁰ ($n^{\text{total}}= 1540$, 99% de femmes) s'étant décrit comme absolument hétérosexuels (55.3% de n^{total}) étaient significativement ($p<0.01$) plus susceptibles d'avoir des attitudes négatives envers l'homosexualité²¹ (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007). Dans une deuxième recherche, en Suède, (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004b), les infirmiers, assistants infirmiers, étudiants infirmiers ou étudiants assistants infirmiers ($n^{\text{total}}=222$) ayant déclaré que l'homosexualité était innée (58% de n^{total}) étaient plus susceptibles d'avoir des attitudes positives envers l'homosexualité²².

4.2. Emotions

Le contact entre les patients LGBT et les infirmiers a des conséquences sur le vécu émotionnel des deux partis. Nous allons tout d'abord nous tourner du côté des soignants. Röndahl, Innala & Carlsson (2004a) ont comparé les composantes émotionnelles du personnel infirmier ($n=57$) (infirmiers et assistants infirmiers) et des

¹⁸ Bien que la thématique de l'étude se portait sur les personnes bisexuelles, 11 des 55 participants se sont définis également comme transgenres. Bien que des groupes différents aient été créés (par exemple, bisexuel (le) s transgenres, bisexuels hommes, etc.) pour les différents groupes focus, aucune différence n'a été trouvée ou du moins n'a été présenté dans la partie résultat de l'étude.

¹⁹ Plusieurs différences significatives (liens) ont été trouvées dans ces deux études. Ces différences ne seront pas toutes exposées au même endroit, mais dans chacune des catégories des résultats de la revue étoffée de littérature s'y rapportant.

²⁰ Ils provenaient d'un centre médical et de deux hôpitaux régionaux, dans le sud de Taïwan.

²¹ Féminine et masculine.

²² Féminine et masculine.

étudiants (n=165) (infirmiers et assistants infirmiers²³). Les émotions recensées ont été classées selon qu'il s'agissait de colère homophobique (gêné, embarrassé/mal à l'aise, en colère, dédaigneux honteux, dégoûté), de culpabilité homophobique (coupable, compatissant et apeuré) ou encore de plaisir (content, satisfait, encouragé, enchanté, heureux et fier). Les résultats démontraient significativement que les étudiants assistants infirmiers exprimaient plus de colère homophobique et de culpabilité homophobique que les autres groupes. En revanche, les étudiants en général éprouvaient plus de plaisir que les professionnels. Vingt-deux % des étudiants provenaient d'un milieu culturel non suédois. De ce fait, les différences des émotions ont été investiguées en lien avec le milieu culturel. Des différences significatives ont été trouvées entre le groupe avec un milieu culturel suédois et celui avec un autre milieu culturel concernant la colère homophobique ($p < 0.001$) et la culpabilité homophobique ($p < 0.001$). Ainsi, ceux provenant d'un autre milieu culturel que la Suède démontraient un plus haut score de colère et de culpabilité homophobique.

Beaucoup de participants à une étude suédoise ($n^{\text{total}}=27$: 17 lesbiennes et dix hommes gays) ont décrit avoir rencontré souvent du personnel qui semblait avoir peur d'approcher de la mauvaise façon les patients homosexuels et comment cette peur pouvait facilement causer de l'insécurité autant auprès des patients que du personnel, et ainsi inhiber la communication (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). D'ailleurs, cette insécurité représentait le 3 % de la totalité des commentaires émis par sept professionnels et 112 étudiants ($n^{\text{total}}=222$), après avoir répondu à une question, leur demandant si ils souhaitaient pouvoir ne pas prodiguer de soins aux patients homosexuels si l'option existait (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a). Ainsi, un professionnel expliquait : « Au commencement, je peux me sentir pas sûr de moi, je ne sais pas comment je devrais me comporter (comment est-ce que le patient me veut comme infirmier, ouvert ou conventionnel) » (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a, traduction libre).

À présent, nous allons nous pencher sur le vécu émotionnel des patients. Certains participants d'une étude suédoise ($n^{\text{total}}=27$) ont parlé de l'anxiété d'être soigné par du personnel infirmier religieux et par du personnel d'un milieu culturel différent que la

²³ Les étudiants infirmiers sélectionnés étaient à leur deuxième ou sixième semestre de leurs études en Suède centrale, alors que les étudiants assistants infirmiers étaient à leur quatrième ou sixième semestre de leur formation également en Suède centrale.

Suède (Röndahl, 2009). Tous les participants qui parlaient de leurs inquiétudes d'être soignés par des immigrants décrivaient cela sous un aspect religieux:

Je pense que les immigrants de certaines cultures ont plus de difficultés à m'accepter. Ils deviennent silencieux et ils se déconnectent plutôt d'eux-mêmes – pas d'hostilité mais un peu dans cette direction- spécialement les gens des pays musulmans- ça m'apeure que je puisse ne pas recevoir d'autant bons soins- cela ne se passe pas avec tout le monde, mais avec beaucoup d'entre eux- je n'ai jamais remarqué quelque chose comme ça avec d'autres immigrants, seulement les musulmans- parce qu'ils suivent leur chemin de vie peu importe où ils habitent- ils ne veulent remettre en question leurs pensées- ils m'attribuent à une valeur différente qu'ils ont, et je n'aime pas ça (homme gay, 53 ans) (Röndahl, 2009, traduction libre).

Notons qu'une étude a démontré que les infirmiers du Sud de Taïwan ($n^{\text{total}}=1540$) qui était religieux²⁴ ($p<0.05$) étaient plus susceptibles d'avoir des attitudes négatives envers l'homosexualité (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007).

4.3. Discrimination et hétéronormativité

Röndahl, Innala & Carlsson (2004a) ont démontré que 36% des infirmiers ($n=55$), travaillant dans une clinique suédoise spécialisée en infectiologie, ne souhaiteraient pas prodiguer des soins aux patients homosexuels²⁵ si cela était possible, alors que cela concernait 9 % des étudiants ($n=159$). A Taïwan, l'intention de prendre en soin des patients homosexuels a pu être mise en corrélation avec la nature des attitudes des infirmiers. En effet, ceux présentant le plus d'attitudes négatives envers l'homosexualité avaient moins d'intention de prendre en soins des patient(e)s homosexuel(le)s (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007). À contrario, les infirmiers en psychiatrie ($n^{\text{total}}=133$) qui avaient le plus d'attitudes positives envers l'homosexualité ($p=0.005$), avaient eux de plus grandes intentions de prodiguer des soins aux patients homosexuels (Hou, Pan, Ko, Liu, Wu, Yang, Yang, Shieh, Chuang & Yen, 2006).

²⁴ Le terme religieux n'indiquait pas si il incluait toutes les religions confondues ou certaines en particuliers.

²⁵ Aucune mention dans l'étude ne définissait si il s'agit de soins accordés aux patients homosexuels masculins ou féminins, ou les deux.

En plus du souhait, pouvant être considéré comme discriminatoire, de préférer ne pas s'occuper d'un patient homosexuel, 75.36%²⁶ de femmes bisexuelles ont reporté, dans une étude menée aux Etats-Unis (Polek, Hardie & Crowley, 2008), avoir eu des expériences discriminatoires avec leur prestataire de soins.

Alors que la discrimination représente l'acte ou les actes d'isoler et de traiter différemment un groupe d'individus par rapport à un autre (Petit Larousse, 2003), l'hétéronormativité, quant à elle, se réfère à l'idée que l'hétérosexualité est une norme générale, c'est-à-dire que l'hétérosexualité est la seule sexualité des individus et de la société (Röndahl, 2011). Röndahl, Innala & Carlsson (2006) se sont intéressés, en Suède, au travers des expériences de 17 lesbiennes et de 10 gays, à la présence d'hétéronormativité dans la communication verbale et non verbale dans les soins. Presque tous les participants décrivaient plusieurs situations de soins dans lesquelles la communication du personnel était emprunte de suppositions hétéronormatives.

L'hétéronormativité se remarquait, tout d'abord, dans les salles d'attente et les autres lieux publics, au travers de brochures et d'autres matériaux informatifs destinés aux patients. Ensuite, elle était perceptible dans les différents genres de formulations utilisées par les infirmiers, afin de recueillir des informations personnelles sur le patient. Par exemple, lorsqu'un infirmier demandait l'état civil du patient ou encore lorsqu'il posait des questions mettant en avant les liens familiaux du patient. Une femme, 30 ans, participante à l'étude, explique :

si les infirmiers pouvaient se faire à l'idée que la personne en face d'eux puisse ne pas vivre une vie d'hétérosexuelle, et si ils pouvaient me poser des questions me mettant à l'aise, afin que je puisse leur dire que j'ai peur de comment ils vont me traiter – si ils pouvaient me demander si j'ai un partenaire, au lieu de me demander si je suis mariée ou si j'ai des enfants ; parce que même si nous pouvons être marié et avoir des enfants, leurs questions supposent simplement que je suis hétérosexuelle – ce que je leur dis dépend de moi (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006, traduction libre).

Un autre exemple démontrait la présence d'hétéronormativité dans le discours des infirmiers. En effet, lorsque les participants déclaraient qu'ils étaient en cohabitation,

²⁶ L'échantillon total (n^{total}) se composait de 96 femmes lesbiennes ou bisexuelles, mais les 75.36 % représentent les femmes qui n'avaient pas révélé leur orientation sexuelle à leur prestataire de soins (=69), et qui avaient aussi eu des expériences discriminatoires. Ainsi, les pourcentages des 27 femmes restantes n'ont pas été pris en compte dans les calculs.

les infirmiers demandaient le prénom de leur partenaire avec la dénomination au féminin si il s'agissait d'un patient homme, et avec la dénomination au masculin si il s'agissait d'une patiente femme. Certains participants ($n^{\text{total}}=27$) ont affirmé que les infirmiers répétaient la question lorsque les patients avaient indiqué le prénom (du même genre qu'eux) de leur partenaire (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006).

Plusieurs des patientes lesbiennes ($n=17$) n'étant pas ménopausées faisaient référence à des traitements insultants relatifs à l'hétéronormativité. Cela se produisait lors de soins chirurgicaux et médicaux, impliquant l'utilisation de contraceptifs, autant bien que de tests de grossesse ou d'autres tests de routine. Ainsi une patiente, âgée de 29 ans, ne prenant pas la pilule, raconte avoir du faire un test de grossesse, alors qu'elle avait expliqué au personnel infirmier être lesbienne. Comme cela faisait partie des protocoles le test a été fait malgré tout (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006).

Le manque de communication ouverte et directe et les suppositions hétéronormatives ont été vécus par beaucoup ($n^{\text{total}}=27$) de participants comme des expériences négatives. Cependant, ils étaient de l'avis que le personnel infirmier n'avait pas conscience de l'hétéronormativité et de ses impacts sur les patients. De plus, ils pensaient que les personnes hétérosexuelles avaient peur d'humilier une personne homosexuelle en utilisant de « mauvais » mots ; ce qui les amenaient probablement à communiquer de façon très prudente (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006).

4.4. L'approche pathologique des professionnels

Plusieurs études mentionnaient que l'homosexualité ou la bisexualité avait été perçue selon les expériences de patient(e) s homosexuel (le) s ou bisexuel (le) s comme des pathologies aux yeux des professionnels. En effet, Röndahl (2009) relève que certains participants (gays et lesbiennes de Suède, $n^{\text{total}}=27$) ont révélé avoir vécu des expériences, dans lesquelles le personnel infirmier considérait l'homosexualité comme anormale et pathologique. Plusieurs participants ($n^{\text{total}}=27$) estimaient que l'homosexualité perçue comme une pathologie dépendait de l'âge des infirmiers qui les avaient soigné. Ils trouvaient qu'ils étaient mieux compris par les jeunes infirmiers, même si ce personnel-là pouvait faire preuve d'insécurité.

En outre, plusieurs patient(e) s bisexuel (le) s ($n^{\text{total}}=55$) d'une étude canadienne (Eady, Dobinson & Ross, 2011) expliquaient avoir vécu des interactions avec leurs prestataires de soins, durant lesquelles ceux-ci s'étaient focalisés sur leur identité bisexuelle à

l'exclusion du reste, sans rapport avec leurs problèmes. Cela poussait les participants à demander des soins de santé mentale. Ainsi, quelques-uns des prestataires de soins associaient explicitement les problèmes de santé mentale des patients avec leur identité sexuelle. Alors que dans certains cas les participants souhaitaient parler des thèmes autour de leur identité avec les prestataires de soins ; d'autres trouvaient frustrants lorsque les prestataires de soins voulaient parler de leur sexualité, alors qu'ils étaient venus pour parler d'autres choses. Ainsi, les perceptions des participants, selon lesquelles leurs identités bisexuelles avaient été considérées de façon inappropriées et/ou comme une pathologie, démontraient que les personnes bisexuelles pouvaient être à la recherche de soins en santé mentale pour un éventail de problèmes n'étant pas lié à leur identité sexuelle ou leurs relations (Eady, Dobinson & Ross, 2011).

4.5. Connaissances du personnel

Au moins deux des neuf études parlaient des connaissances autour de l'homosexualité et/ou de la bisexualité.

Les participant(e) s bisexuel(le) s ($n^{\text{total}}=55$) d'une étude canadienne, ont reporté des expériences positives avec les prestataires de soins qui faisaient des efforts pour s'instruire sur la thématique de la bisexualité, en dehors du temps consacré à leur fournir des soins. En effet, lorsque cette recherche d'informations était réalisée auprès des patient(e) s bisexuel(le) s, alors qu'ils auraient du eux-mêmes bénéficier des services de ces professionnels, cela était vécu comme une expérience négative (Eady, Dobinson & Ross, 2011).

Des participants ($n^{\text{total}}= 17$ lesbiennes et 10 gays, Suède) pensaient que leur bien-être était affecté par un grand manque de connaissances dans la société et les soins infirmiers, d'une part sur les conditions de vie des lesbiennes et des gays ainsi que sur leur quotidien, et d'autre part sur l'hétéronormativité. Presque tout l'échantillon percevait les soins infirmiers comme conservateurs, ce qui se remarquait, selon eux, par un personnel infirmier ne pratiquant pas de réflexions au sujet des thématiques LGBT. Ils pensaient que si les hétérosexuels en apprenaient davantage autour de ces thèmes, ils leur démontreraient avec un peu de chance de l'empathie. De plus, les participants trouvaient important que le personnel infirmier rencontre des personnes homosexuelles et bisexuelles afin qu'il puisse être plus perspicace et mieux comprendre la vie de leurs patients (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006).

Des éléments dans d'autres études, bien que n'étant pas reliés de façon explicites aux domaines des connaissances, y jouent probablement un rôle. Par conséquent, ils seront également traités dans cette catégorie. En effet, selon une première étude (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007), les infirmiers du Sud de Taïwan ($n^{\text{total}}=1540$) qui avaient un proche ou un ami homosexuel ($p<0.001$), un degré de Bachelor ou de Master ($p<0.001$) ou déjà prodigué des soins à un patient homosexuel ($p<0.01$) étaient plus susceptibles d'avoir des attitudes positives envers l'homosexualité. Ni l'âge, ni les connaissances sur l'homosexualité n'ont pu être associés avec les attitudes des infirmiers. Les résultats de cette première recherche se confirment pour la plupart. Effectivement Hou, Pan, Ko, Liu, Wu, Yang, Yang, Shieh, Chuang & Yen (2006) ont démontré que les infirmiers en psychiatrie du Sud de Taïwan ($n^{\text{total}}=133$) qui avaient un degré de Bachelor ou de Master ($p<0.001$), un niveau plus haut de connaissances sur l'homosexualité ($p=0.005$) ou un proche ou un ami homosexuel ($p=0.009$) avaient également plus de probabilités d'avoir des attitudes positives envers les patients homosexuels. Les infirmiers ($n^{\text{total}}=1540$) qui travaillaient depuis une plus longue période ($p<0.001$) étaient plus susceptibles d'avoir des attitudes négatives face à l'homosexualité (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007).

4.6. Satisfaction des soins

Tjepkema (2008) s'est penché sur l'utilisation des services de santé par les lesbiennes, gays et les bisexuels au Canada. L'échantillon se basait sur les données d'une enquête nationale, et comptait ainsi plus de 346 000 personnes considérées comme gays, lesbiennes ou bisexuelles. Les résultats démontraient, entre autre, que « Les gays, les lesbiennes et les bisexuels étaient plus susceptibles que les hétérosexuels de déclarer des besoins de soins de santé non satisfaits au cours de l'année qui a précédé l'enquête » (Tjepkema, Ibid., p.66). Lorsqu'il s'agissait de quantifier la satisfaction de femmes lesbiennes et bisexuelles ($n^{\text{total}}=96$) envers leur prestataire de soins dans étude américaine, la moyenne se situait à 4.3, sachant que un signifiait très insatisfaite et sept très satisfaite (Polek, Hardie & Crowley, 2008). Causé par des réactions négatives des prestataires de soins quant à la bisexualité de leurs patient(e)s, ceux-ci écourtaient leur demande d'aide, bien qu'ils sentaient le besoin d'être aidé par des service de santé mentale (Eady, Dobinson & Ross, 2011).

4.7. Révélation de l'orientation sexuelle

Une seule étude, menée aux USA, a quantifié la proportion de personnes LGBT qui révélaient ou pas leur orientation sexuelle à leur prestataire de soins. Ainsi, sur 96 femmes, 71.88% d'entre elles ont répondu ne pas avoir partagé leur orientation sexuelle à leur prestataire de soins (Polek, Hardie & Crowley, 2008). Des différences significatives ($p=0.004$) ont été trouvées selon l'orientation sexuelle définie par ces femmes elles-mêmes. En effet, plus l'orientation sexuelle d'une participante se rapprochait du dernier point (hétérosexuel) de l'échelle de type Likert, moins probable (276%) il était que ces femmes partagent leur orientation sexuelle avec leur prestataire de soins (les participantes avaient du identifier leur orientation sexuelle sur une échelle allant de absolument hétérosexuelle à absolument homosexuelle). Comme il n'y avait pas de femmes hétérosexuelles dans l'échantillon, les résultats indiquaient que les bisexuelles qui étaient plus orientées vers l'hétérosexualité étaient moins chanceuses de partager leur orientation (Polek, Hardie & Crowley, 2008).

Pour beaucoup de participant(e)s bisexuel(le)s ($n^{\text{total}}=55$, Canada), la décision de ne rien révéler se basait sur des expériences passées avec les prestataires de soins (Eady, Dobinson & Ross, 2011). Ceci paraît logique, puisque lorsque la satisfaction de femmes lesbiennes ou bisexuelles avec leur prestataire de soins augmente, elles ont plus de probabilités (46%) de partager leur orientation sexuelle (Polek, Hardie & Crowley, 2008). La satisfaction et la nature des expériences (positives ou négatives) sont ainsi probablement liées.

Beaucoup de participants ($n^{\text{total}}=17$ lesbiennes et 10 gays, Suède) décrivaient la situation du patient comme oppressive. De s'ouvrir auprès des soignants quant à leur homosexualité était une perspective terrifiante puisqu'ils supposaient que le personnel infirmier réagirait négativement. D'autres considéraient au contraire qu'il était important de mettre l'accent sur l'ouverture concernant leur homosexualité auprès des soignants, ce qui affecterait probablement la communication positivement et réduirait les malentendus et les incompréhensions (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). Cependant, plusieurs participants ($n^{\text{total}}=17$ lesbiennes et 10 gays, Suède) parlaient de leurs sentiments d'insécurité dans leur coming out au personnel infirmier à cause de leur méconnaissance quant à la réaction du personnel (Röndahl, 2009).

4.8. Partenaires de patients LGBT

Certains participants ($n^{\text{total}} = 17$ lesbiennes et 10 gays,) en Suède, qui avaient eu de l'expérience avec les soins infirmiers, autant en tant que patient que partenaire, s'étaient sentis traité en tant que partenaires comme des étrangers (Röndahl, 2009). Ils étaient aux prises avec des sentiments d'impuissance, d'abandon et un manque d'informations. Plusieurs participants estimaient, selon leurs expériences partagées avec d'autres proches dans le service, que ces sentiments d'isolement ne concernaient pas seulement les personnes gays. Certains participants estimaient qu'il n'était pas possible d'établir automatiquement un lien entre l'homosexualité et les attitudes négatives à l'égard de leurs proches, mais qu'il y aurait d'autres causes. D'autres, en revanche, mettaient directement en lien les attitudes négatives du personnel infirmier et l'homosexualité (Röndahl, 2009). Aussi, selon une autre étude suédoise (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006), beaucoup de partenaires ($n^{\text{total}} = 27$) décrivaient des expériences de communication non verbale négative, dans lesquelles ils ne s'étaient pas sentis eux-mêmes acceptés à cause de leur homosexualité et ainsi s'étaient sentis exclus et négligés par le personnel infirmier. Une femme de 30 ans témoigne: « Je n'étais pas en train de dire quelque chose, rien – ils parlaient seulement à ma compagne, ne me regardaient pas. Je n'existais pas » (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006, traduction libre).

5. Discussion

La première partie de ce chapitre comprend une analyse et un regard critique des études sélectionnées, puis une synthèse des résultats. Ensuite, une très grande majorité des résultats²⁷ ont été discuté à l'aide du premier cadre de référence (le concept des compétences transculturelles de Domenig Dagmar), puis quelques résultats avec le deuxième cadre de référence (le modèle du stress minoritaire de Meyer). Finalement, des recommandations pour la pratique ont été énumérées, des besoins de recherches ont été identifiées et des critiques sur la revue étoffée de littérature ont été émises.

5.1. Analyse et regard critique des études sélectionnées

Comme mentionné au chapitre *méthode*, toutes les études présélectionnées ont été sélectionnées définitivement (9 études). En effet, l'auteur a pu remarqué que très peu de recherches traitaient alors des thématiques LGBT et des soins infirmiers. De nombreuses études n'ont pas été présélectionnées, car elles répondaient au seul critère d'exclusion, qui était « les études traitant des attitudes des infirmiers vis à vis de patients LGBT séropositifs ». L'auteur a exclu ces études car il supposait que les attitudes des infirmiers avec des patients homosexuels séropositifs ou avec des patients homosexuels séronégatifs auraient été différentes. Cependant notons que deux études (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a, 2004b) ont été sélectionnées, malgré le fait qu'une partie de leur échantillon se constituait d'infirmiers travaillant dans une clinique spécialisée dans les maladies infectieuses. D'ailleurs, les auteurs de ces études ont relevé que cela pouvait être une limite à leur étude.

Quatre études ont été réalisées par le même auteur (Röndahl) et deux autres plus au moins par de mêmes auteurs. Cela pourrait s'expliquer par le fait que peu de chercheurs s'intéressent à cette thématique. Cela n'a probablement pas eu d'incidence sur la qualité des résultats. Cependant, deux des études de Röndahl, Innala & Carlsson (2004a, 2004b) se basaient exactement sur les mêmes données, mais les ont traité de façon différente dans chacune des études.

Quatre des études étaient originaires de Suède, deux du Canada, une des Etats-Unis et enfin deux autres de Taïwan. La diversité des provenances des études a pu être une

²⁷ Les résultats concernant les partenaires des patients LGBT n'ont pas été discutés car ils s'écartent de la question de recherche de la présente revue. En revanche, comme vous l'aurez remarqué, ils ont été inclus dans les résultats ; l'auteur trouvait intéressant d'offrir un bref aperçu sur la situation des patients de patients LGBT aux lecteurs.

limite à la généralisation des résultats au contexte des soins infirmiers suisses. En effet, le contexte social (préjugés, croyances, discriminations, etc.) dans lequel les personnes LGBT évoluent (Meyer, 2003) serait, selon l'auteur, très différent d'un pays à l'autre. Ce contexte social serait notamment influencé, par exemple, par les différents droits (mariage, adoption, partenariat enregistré) octroyés aux personnes LGBT. Ainsi, il existe probablement des différences selon les pays, entre les croyances, préjugés, actes discriminatoires, attitudes des infirmiers envers les patients LGBT. De même que les patients LGBT devraient se sentir probablement différemment pris en soins selon les pays.

Bien que six des études aient un devis qualitatif, les résultats ne permettaient pas bien de représenter les différents phénomènes étudiés dans les recherches. En effet, les résultats mettaient plutôt en évidence des corrélations entre des populations différentes ou des caractéristiques de ses populations et des phénomènes (émotions, attitudes, etc.) Ainsi, rare étaient les résultats quantifiant de manière précise et claire ces phénomènes.

En ce qui concernait la population des études s'intéressant aux patients LGBT, quatre d'entre elles se composaient d'un échantillon inférieur à 100 participants ; ce qui a rendu probablement les résultats difficilement généralisables. Le fait que les personnes LGBT appartiennent à une minorité invisible pourrait expliquer la difficulté des chercheurs à les recruter, et par conséquent le petit nombre des échantillons de ces quatre études. De plus, il est possible que la méthode utilisée afin de recruter ces participants ait pu biaiser, en partie les résultats. En effet, sur les méthodes de recrutement utilisées par cinq études s'intéressant aux expériences de patients LGBT, quatre ont procédé par l'intermédiaire de sites internet destinés aux gays, d'associations LGBT, ou alors durant des événements de la communauté gay et lesbienne. L'auteur se demande si les résultats n'auraient pas été quelque peu différents, si des participants LGBT, hors milieu gay, avaient participé à ces études.

Les échantillons du côté des patients étaient très diversifiés. Parfois, ils comprenaient des personnes gays et lesbiennes, d'autres fois seulement des personnes lesbiennes ou alors bisexuelles. Ceci a complexifié l'analyse des résultats et n'a pas permis, vu le petit nombre de chaque échantillon et les objets d'étude différents (plus ou moins) s'y rapportant, de vraiment pouvoir faire des comparaisons. Seule une étude mentionnait les personnes transgenres parce que certains participants s'étaient définis comme transgenres bisexuel(le)s. Cependant dans la partie résultat de cette étude, aucune

différence n'a été démontrée. L'auteur se demande alors si il n'y aurait pas au sein même de la population LGBT des différences significative quant aux discriminations entre les différents « genres » (lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transgenres) de cette population. D'ailleurs, ceci s'exemplifie par un manque encore plus évident de recherches sur les personnes transgenres dans les revues en soins infirmiers (Elisaon, Dibble & Dejoseph, 2010).

Les chercheurs, qui ont étudié les attitudes, émotions ou autres phénomènes des infirmiers envers les patients LGBT, ne mentionnaient pas dans la plupart des études si ils (attitudes, émotions ou autres phénomènes) concernaient ceux envers les hommes gays, les lesbiennes, les deux, ou encore les bisexuels. L'auteur émet l'hypothèse que des différences auraient pu être trouvées selon vers quelle population exacte se destinait ses attitudes, émotions ou autres phénomènes. De plus, une seule étude s'est intéressée à corrélér l'orientation sexuelle de l'infirmier avec ses attitudes envers l'homosexualité.

Même si l'auteur n'a pas eu le choix de sélectionner toutes les études parmi celles présélectionnées, elles satisfaisaient toutes à plusieurs critères importants. Elles étaient constituées d'une structure respectant la recherche scientifique (introduction, question(s) de recherche, buts, méthodologie, résultats, discussion et conclusion). Les questions de recherche et les buts de recherche étaient systématiquement posés et clairement définis. Six études garantissaient l'anonymat aux participants et six autres ont été approuvées soit par une commission d'éthique ou une instance responsable pour la recherche scientifique. La totalité des études définissaient et expliquaient de manière pertinente les limites de leurs recherches ou leurs méthodes utilisées ; ce qui démontrait, selon l'auteur de cette revue étoffée de littérature, les bonnes intentions des auteurs.

5.2. Synthèse des résultats

Les principaux résultats des neuf recherches scientifiques ont permis d'identifier que sept facteurs sont liés à la relation entre un patient LGBT et un infirmier. Il s'agit des attitudes, des émotions, de la discrimination et de l'hétéronormativité, de l'approche pathologique des professionnels, des connaissances des professionnels, de la satisfaction des soins et de la révélation de l'orientation sexuelle. De plus, les résultats offrent un aperçu sur la situation des partenaires de patients LGBT.

Les attitudes de la majorité des infirmiers envers les patients LGBT ont été décrites comme respectueuses, tolérantes et neutres. L'éthique était l'un des éléments de réponse

évoquées par les infirmiers justifiant ces attitudes positives. Cependant, des jugements et attitudes négatifs ont aussi été relevés. Des liens ont pu être corrélés entre la nature des attitudes des infirmiers et différents paramètres les concernant.

En ce qui concerne les émotions envers les personnes LGBT, des différences significatives ont été trouvées entre les différentes fonctions professionnelles. Par exemple, les étudiants infirmiers éprouvaient plus de plaisir que les professionnels. Il semblerait, selon des patients homosexuel(le)s qu'une partie du personnel infirmier avait peur d'approcher de la mauvaise façon les patients homosexuels et que cette peur pouvait facilement causer de l'insécurité autant auprès des patients que du personnel, et ainsi inhiber la communication.

De nombreuses femmes bisexuelles ont dit avoir été victime d'un acte discriminatoire commis par leur prestataire de soins. Aussi, 36 % d'infirmiers d'un échantillon travaillant dans une clinique suédoise spécialisée en infectiologie ne souhaitaient pas prodiguer des soins aux patients homosexuels si cela avait été possible, alors que cela concernait 9 % des étudiants. De plus, certains patient(e)s homosexuel(e)s et bisexuel(le)s ont déclaré que leur orientation sexuelle avait été perçue comme une maladie par leur prestataire de soins. L'hétéronormativité, quant à elle, se remarquait, premièrement dans les salles d'attente au travers de brochures et d'autres matériaux informatifs, et deuxièmement dans la communication verbale et non-verbale des infirmiers. De façon générale, les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles étaient plus susceptibles que les personnes hétérosexuelles de déclarer leurs besoins de soins de santé non satisfaits.

Des études ont démontré, d'une part, un manque de connaissances autour des thématiques LGBT de la part des professionnels, et d'autre part l'importance que celles-ci avaient dans la relation patient LGBT- infirmier.

Le fait qu'un patient LGBT choisissait de révéler ou pas son orientation sexuelle à un prestataire de soins ou à un infirmier, dépendait notamment de ses expériences passées, de ses convictions sur les bienfaits d'une telle révélation. Ce contexte, qu'importe le choix final de l'individu, pouvait être vecteur d'anxiété. Notons que des expériences négatives ont été décrites par des patient(e)s homosexuel(le)s lorsqu'ils avaient révélé leur orientation sexuelle.

Concernant les partenaires des patients LGBT, ceux-ci relevaient s'être sentis mis à l'écart et avoir manqué d'informations. Cependant, ils ne pensaient pas tous que cela était lié à leur orientation sexuelle.

5.3. Discussion des résultats avec le concept des compétences transculturelles de Domenig Dagmar

Comme nous l'avons déjà vu, les compétences transculturelles représentent les capacités du soignant à prendre en soins le patient de façon appropriée et individuelle. Ces compétences transculturelles s'appuient sur trois colonnes, l'autoréflexion, les connaissances de base et l'expérience, ainsi que l'empathie narrative (Domenig, 2001). Domenig (2001) parlent également du rôle que jouent les évidences et les milieux de vie des soignant dans les soins transculturels.

L'auteur, en se référant à tour de rôle, aux évidences et aux milieux de vie des soignants (chapitre 5.3.1), puis à chacun des trois domaines des compétences transculturelles (chapitre 5.3.2, chapitre 5.3.3, chapitre 5.3.4), a mis en évidence, par l'ensemble des résultats obtenus, la présence ou l'absence de compétences transculturelles infirmières. Ces compétences n'ont pas été abordées comme telles dans les neuf études, mais l'ensemble des résultats fournissent des éléments permettant à l'auteur d'identifier la présence ou non d'évidences des soignants, d'autoréflexion, de connaissances de base et d'expérience, ainsi que d'empathie narrative dans la relation patient LGBT- infirmier.

5.3.1. Les milieux de vie et les évidences des soignants

Selon Domenig (2001), les soignants et les migrants ont chacun un propre milieu de vie, qui apparaît comme évident pour chacun d'eux. Les soignants traitent et jugent inconsciemment les migrants à l'aide de leurs propres évidences. L'hétéronormativité, qui se réfère à l'idée que l'hétérosexualité est une norme générale, c'est-à-dire que l'hétérosexualité est la seule sexualité des individus et de la société (Röndahl, 2011) semble parfaitement illustrer les propos de Domenig. En effet, les soignant traitent et jugent les patients LGBT à l'aide de leurs propres évidences, en l'occurrence l'hétérosexualité. Ainsi, il est compréhensible que presque tous les participants gays et lesbiennes d'une étude suédoise ($n^{\text{total}}=27$) (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006) aient décrit plusieurs situations de soins dans lesquelles la communication du personnel était emprunte de suppositions hétéronormatives. L'hétéronormativité était présente dans les brochures et matériaux informatifs destinés aux patients ou encore lors d'anamnèses

infirmières (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). Certains patients ont affirmé que les infirmiers répétaient la question lorsqu'ils avaient indiqué le prénom (du même genre qu'eux) de leur partenaire (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). Ceci pourrait selon l'auteur expliquer l'effet de surprise des soignants au moment où ils découvraient un autre milieu de vie que le leur. De plus, cet effet de surprise démontrent que les personnes LGBT appartiennent à des minorités invisibles et ne sont ainsi pas reconnaissables, à moins de révéler leur orientation sexuelle, comparativement à d'autres minorités (par exemple : les minorités ethniques).

Le manque de communication ouverte et directe et les suppositions hétéronormatives ont été vécus par beaucoup de patients gays et lesbiennes comme des expériences négatives (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). Cependant, ils étaient de l'avis que le personnel infirmier n'avait pas conscience de l'hétéronormativité et de ses impacts sur les patients. D'ailleurs Domenig (2001) souligne la nature **inconsciente** du traitement et des jugements des soignants envers les migrants, à l'aide de leurs propres évidences. Ainsi, l'avis de ces patients homosexuels semble confirmé par la théorie de Domenig.

Une étude à Taïwan a démontré que les infirmiers ($n^{\text{total}} = 1540$, 99% de femmes) s'étant décrit comme absolument hétérosexuels (55.3% de n^{total}) étaient significativement ($p < 0.01$) plus susceptibles d'avoir des attitudes négatives envers l'homosexualité féminine et masculine (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007). L'auteur se demande si ces infirmiers s'étant décrit comme absolument hétérosexuels ne se constitueraient pas d'évidences (Domenig, 2001) davantage marquées que celles d'infirmiers se définissant comme partiellement hétérosexuels, par exemple, et ainsi manifesteraient, entre autre, davantage d'hétéronormativité. Ce questionnement peut s'élargir concernant le milieu culturel²⁸ des infirmiers (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a) et le fait qu'ils soient religieux²⁹ (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007).

²⁸ Dans une étude suédoise, les différences des émotions d'étudiants infirmiers et assistants infirmiers ($n = 165$) ont été investiguées en lien avec le milieu culturel. Des différences significatives ont été trouvées entre le groupe avec un milieu culturel suédois et celui avec un autre milieu culturel concernant la colère homophobique ($p < 0.001$) et la culpabilité homophobique ($p < 0.001$). Ainsi, ceux provenant d'un autre milieu culturel que la Suède démontraient un plus haut score de colère et de culpabilité homophobique (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a).

²⁹ Une étude a démontré que les infirmiers du Sud de Taïwan ($n^{\text{total}} = 1540$) qui était religieux ($p < 0.05$) étaient plus susceptibles d'avoir des attitudes négatives envers l'homosexualité (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007). Le terme religieux n'indiquait pas si il incluait toutes les religions confondues ou certaines en particuliers.

5.3.2. L'autoréflexion

Selon Domenig (2001), l'autoréflexion est la capacité des soignants de prendre conscience de leur propre milieu de vie et de celui des migrants. Alors, il sera possible pour les soignants de se rapprocher d'un autre milieu de vie. La prise de conscience de leurs sentiments, de leurs malaises et de leurs préjugés envers les migrants appartiennent aussi à l'autoréflexion (Domenig, Ibid.). Alors que sur l'ensemble des résultats, différentes émotions négatives (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a) et malaises des soignants à l'égard de patients LGBT, dont notamment l'insécurité (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006), ont été reporté, à seulement deux reprises il a été fait mention d'autoréflexion de la part des soignants. La première fois, cela concernait les 47 % de commentaires totaux de sept professionnels et de 112 étudiants ($n^{\text{total}} = 222$, Suède) se rapportant au «Droit à l'éthique» (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a). Ainsi, l'un des professionnels s'exprimait : « Tous les patients ont droit à des soins infirmiers égaux. Mon opinion personnelle, mes valeurs ne doivent pas influencer mon travail » (Röndahl, Innala & Carlsson, Ibid., traduction libre). La deuxième fois, cela concernait le 3 % de la totalité de ces commentaires, qui se rapportaient à l'insécurité. Un professionnel expliquait : « Au commencement, je peux me sentir pas sûr de moi, je ne sais pas comment je devrais me comporter (comment est-ce que le patient me veut comme infirmier, ouvert ou conventionnel) » (Röndahl, Innala & Carlsson, Ibid., traduction libre).

Un manque d'autoréflexion de la part des soignants semble se confirmer selon les dires de presque tous les participants d'une étude suédoise ($n^{\text{total}} = 17$ lesbiennes et 10 gays) (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). En effet, ceux-ci percevaient les soins infirmiers comme conservateurs, ce qui se remarquait, selon eux, par un personnel infirmier ne pratiquant pas de réflexions au sujet des thématiques LGBT (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006).

Selon les résultats de cette revue étoffée de littérature, l'auteur peut affirmer que presque aucune autoréflexion n'est pratiquée, bien que il y aurait matière à ce que les infirmiers se questionnent sur leurs sentiments, malaises et préjugés envers les personnes LGBT.

5.3.3. Les connaissances de base et l'expérience

Selon Domenig (2001), l'acquisition de connaissances de base devraient se centrer sur toutes les connaissances permettant aux soignants de comprendre les différents milieux de vie (conditions de vie extérieures et caractéristiques socioculturelles) et les comportements de leurs patients. Les soins transculturels se basent donc notamment sur des connaissances pertinentes et adaptées aux individus soignés. Un manque de connaissance, quant à lui, ne permet pas de fournir des soins transculturels aux patients, en l'occurrence ici à des patients LGBT.

En effet, des participants ($n^{\text{total}} = 17$ lesbiennes et 10 gays, Suède) pensaient que leur bien-être était affecté par un grand manque de connaissances dans la société et les soins infirmiers, d'une part sur les conditions de vie des lesbiennes et des gays ainsi que sur leur quotidien, et d'autre part sur l'hétéronormativité (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). De plus, ils trouvaient important que le personnel infirmier rencontre des personnes homosexuelles et bisexuelles afin qu'il puisse être plus perspicace et mieux comprendre la vie de leurs patients (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). Ce dernier point paraît être fondé, puisque deux études (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007 ; Hou, Pan, Ko, Liu, Wu, Yang, Yang, Shieh, Chuang & Yen, 2006) ont démontré que les infirmiers qui avaient un proche ou un ami homosexuel étaient plus susceptibles d'avoir des attitudes positives envers l'homosexualité.

Ce manque de connaissances des infirmiers semble bien réel. En effet, Dinkel, Patzel, McGuire, Rolfs & Purcell (2007) parlaient de la présence d'un silence sur les thématiques LGBT dans les programmes de formation en soins infirmiers. Il semblerait alors utile, selon l'auteur, de mettre en place des cours sur cette thématique dans les programmes en soins infirmiers.

Selon Domenig (2001), les connaissances proviennent en partie du niveau cognitif, mais aussi des expériences concrètes. En effet, à travers le contact avec des migrants les soignants ont la possibilité de devenir expérimentés dans leurs soins transculturels (Domenig, 2001.). Ainsi, les infirmiers ayant (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007) déjà prodigué des soins à une personne homosexuelle étaient plus susceptibles d'avoir des attitudes positives envers l'homosexualité. Dès lors, il serait bénéfique que les infirmiers ayant eu des expériences professionnelles avec des personnes homosexuelles, les partagent au personnel infirmier et aux étudiants infirmiers (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007).

Les infirmiers qui avaient un degré de Bachelor ou de Master (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007 ; Hou, Pan, Ko, Liu, Wu, Yang, Yang, Shieh, Chuang & Yen, 2006) avaient plus de probabilités d'avoir des attitudes positives envers les patients homosexuels. L'auteur se demande alors si le niveau de formation Bachelor ou Master ne favoriserait pas l'acquisition de connaissances plus pertinentes et l'autoréflexion de ses étudiants.

Des résultats en Suède ont démontré que les étudiants en général éprouvaient plus de plaisir (content, satisfait, encouragé, enchanté, heureux et fier) que les professionnels face à l'homosexualité (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a). Cette différence pourrait s'expliquer, selon l'auteur, peut-être par le fait que les étudiants suivaient une formation les sensibilisant aux diversités culturelles, ce que les professionnels auraient moins abordé à l'époque dans leur formation. Une deuxième hypothèse serait qu'il y ait un changement au niveau des mentalités ; la nouvelle génération éprouvant plus de plaisir.

5.3.4. L'empathie narrative

Selon Domenig (2001), au premier plan de l'empathie se trouvent l'engagement, l'intérêt, la curiosité, la patience et les efforts afin de comprendre l'inconnu. L'empathie offre la possibilité aux soignants de découvrir des nouveautés sur leurs patients. Celle-ci est indispensable afin que les soignants prennent conscience du milieu de vie des migrants ; elle leur permet de pouvoir nouer des relations avec les migrants.

L'empathie narrative se traduit par une attitude infirmière respectueuse et emprunte d'estime à l'égard des patients migrants (Domenig, 2001). Plusieurs études ont démontré la présence d'attitudes infirmières respectueuses envers des patients LGBT, ce qui prouve qu'une partie des infirmiers fait preuve d'empathie narrative lorsqu'elle prend des patients LGBT en soins. En effet, en Suède, 17 lesbiennes et dix hommes gays ($n^{\text{total}}=27$) décrivaient la plupart du personnel infirmier comme étant aussi respectueux, tolérant et neutre qu'ils l'avaient pensé (Röndahl, 2009). Au Canada, Eady, Dobinson & Ross (2011) ont trouvé que lorsque les 41 patients bisexuels (hommes et femmes) et 12 patients transgenres ($n^{\text{total}}=55$) révélaient leur orientation sexuelle à leur(s) prestataire(s) de soins, l'absence d'attitudes négatives de la part de ces prestataires était perçue par les patients comme des attitudes positives. Finalement, 34% de la totalité des commentaires de sept professionnels et de 112 étudiants ($n^{\text{total}}=222$, Suède) ont été catégorisés en attitudes positives (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a).

A l'inverse, selon Domenig (2001), un manque ou une absence d'empathie narrative pourrait se remarquer au travers de préjugés, de racisme et d'actes discriminatoires de l'infirmier à l'égard des migrants. Plusieurs résultats des différentes études ont mis en évidence des attitudes négatives, des actes discriminatoires ou encore une approche pathologique de la part des soignants à l'égard de patients LGBT.

Tout d'abord, concernant les attitudes négatives, plusieurs patients (bisexuel(le) s et bisexuel(le) s transgenres, $n^{\text{total}}=55$) au Canada avaient été confrontés ouvertement à des jugements négatifs concernant leur identité ou attirance sexuelle (Eady, Dobinson & Ross, 2011). En outre, en Suède, sur l'ensemble des commentaires de sept professionnels travaillant dans une clinique spécialisée en infectiologie, et de 112 étudiants ($n^{\text{total}}=222$), 11% ont été répertoriés comme des attitudes condamnant (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a).

Ensuite, concernant les actes discriminatoires, les trois quart³⁰ de femmes bisexuelles ont reporté, dans une étude menée aux Etats-Unis (Polek, Hardie & Crowley, 2008), avoir eu des expériences discriminatoires avec leur prestataire de soins. Bien que les expériences discriminatoires n'aient pas été décrites, il paraît évident que celles-ci n'aient plus rien à voir avec les castrations forcées d'homosexuels dans des hôpitaux psychiatriques suisses au 19^{ème} siècle (Ostertag & Rapp, 2012). La discrimination actuelle semble être devenue plus passive. Elle pourrait de nos jours s'apparenter, dans ses formes très modérées, à de l'hétéronormativité (traité au chapitre 5.1.1. Les milieux de vie et les évidences des soignants).

Un autre acte, qui pourrait selon l'auteur, être considéré comme discriminatoire, est le souhait de ne pas prodiguer des soins aux patients homosexuels³¹, exprimé par 36% d'infirmiers ($n=55$) et neuf % d'étudiants ($n=159$) (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004a). La différence entre ces pourcentages pourrait être dû aux différences d'âges des deux groupes (étudiants appartenant à une génération plus jeune que les professionnels). Ainsi cela démontrerait une évolution des mœurs. Les attitudes négatives ayant été corrélée positivement avec de plus faibles intentions de prodiguer des soins aux patients homosexuel (Yen, Pan, Hou, Liu, Wu, Yang, & Yang, 2007), il paraît donc important

³⁰ L'échantillon totale se composait de 96 femmes lesbiennes ou bisexuelles, mais les 75.36 % représentent les femmes qui n'avait pas révéler leur orientation sexuelle à leur prestataire de soins (=69), et qui avaient aussi eu des expériences discriminatoires. Ainsi, les pourcentages des 27 femmes restantes n'ont pas été pris en compte dans les calculs.

³¹ Aucune mention dans l'étude ne définissait si il s'agit de soins accordés aux patients homosexuels masculins ou féminins, ou les deux.

d'examiner et de changer les attitudes négatives des infirmiers à l'égard des personnes homosexuelles.

Finalement, concernant l'approche pathologique, Røndahl (2009) relève que certains participants ($n^{\text{total}}=17$ lesbiennes et 10 gays, Suède) ont dit avoir vécu des expériences dans lesquelles le personnel infirmier considérait l'homosexualité comme anormale et pathologique. Plusieurs participants estimaient que l'homosexualité perçue comme une pathologie dépendait de l'âge des infirmiers qui les avaient soignés. Ils trouvaient qu'ils étaient mieux compris par les jeunes infirmiers, même si ce personnel-là pouvait faire preuve d'insécurité (Røndahl, 2009). En effet, probablement que les jeunes infirmiers n'ont pas vécu durant les années où l'homosexualité figurait au registre des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (jusqu'en 1993) (Office Fédérale de la Justice, 1999). Le contexte social, dans lequel les infirmiers évoluent en général pourrait, ainsi, selon l'auteur, jouer un rôle dans leur vision de l'homosexualité.

Des résultats ($n^{\text{total}}=346'000$) ont démontré que « Les gays, les lesbiennes et les bisexuels étaient plus susceptibles que les hétérosexuels de déclarer des besoins de soins de santé non satisfaits au cours de l'année qui avait précédé l'enquête » (Tjepkema, Ibid., p.66). Lorsqu'il s'agissait de quantifier la satisfaction de femmes lesbiennes et bisexuelles ($n^{\text{total}}=96$) envers leur prestataire de soins dans une étude américaine, la moyenne se situait à 4.3, sachant que un signifiait très insatisfaite et sept très satisfaite (Polek, Hardie & Crowley, 2008). Lorsque des réactions négatives des prestataires de soins quant à la bisexualité de leurs patient(e)s ($n^{\text{total}}=55$) apparaissaient, ces mêmes patients écourtaient alors leur demande d'aide, bien qu'ils sentaient le besoin d'être aidé par des service de santé mentale (Eady, Dobinson & Ross, 2011). L'auteur émet l'hypothèse que les attitudes négatives des infirmiers, les actes discriminatoires et l'approche pathologique, tous mentionnés ci-dessus, peuvent être des causes à la prévalence supérieure des besoins de soins de santé non satisfaits chez les patients LGBT et au fait que certains patients bisexuels aient abrégé leurs soins.

5.4. Discussion des résultats avec le modèle du stress minoritaire

Aucune étude ne s'est directement intéressée au stress des patients LGBT. Cependant, les résultats mettant en lumière leurs expériences avec les soins infirmiers, principalement leur volonté de parler ou non de leur orientation sexuelle à leur prestataire de soins, ont permis à l'auteur de la présente étude d'établir des liens avec le modèle du stress minoritaire.

Selon Meyer (2003), le stress minoritaire est un stress spécialement ressenti par les individus appartenant à une minorité sociale, comme les personnes LGBT. Nous avons vu précédemment que ce stress peut se diviser en deux, le stress « distal » et le stress « proximal ». Le stress « distal » est provoqué par le contexte social, emprunt par exemple d'hétéronormativité, de préjugés, de discrimination, selon des faits objectifs. Le stress « proximal » est provoqué, quant à lui, par les évaluations et les perceptions individuelles de ce contexte social. L'individu LGBT va ainsi mettre en place différentes stratégies psychologiques (ruminations mentales, refoulements) ou comportementales (évitement de certaines situations futures ou potentielles). Par crainte du rejet notamment, les personnes LGBT peuvent effectuer ou développer des actions ou pensées anticipatrices, comme par exemple la conservation du secret de leur orientation sexuelle.

La conservation du secret était une thématique présente dans au moins quatre des études constituant l'ensemble des résultats. Tout d'abord, pour beaucoup de participant(e)s bisexuel(le)s ($n^{\text{total}}=55$, Canada), la décision de ne rien révéler se basait sur des expériences passées avec les prestataires de soins (Eady, Dobinson & Ross, 2011). L'auteur peut supposer que ces patients-là avaient probablement eu des expériences passées négatives avec leur prestataire de soins, en lien avec leur orientation sexuelle. Ainsi, leurs réactions actuelles (=actions anticipatrices) seraient de conserver leur secret, notamment par crainte d'être rejeté par le personnel infirmier. Ces actions ou pensées anticipatrices sont source de stress (Meyer, 2003). D'ailleurs, la situation du patient était décrite comme oppressive par beaucoup de patients gays et lesbiennes ($n^{\text{total}}=27$) (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). S'ouvrir auprès des soignants quant à leur homosexualité était une perspective terrifiante pour certains puisqu'ils supposaient que le personnel infirmier réagirait négativement (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006). Ces suppositions représentent probablement les pensées anticipatrices, se référant au modèle de Meyer, qui témoignent des efforts d'adaptation faits par les personnes LGBT. Ces efforts provoquent du stress (Meyer, 2003).

D'autres participants à cette même étude ($n^{\text{total}}=27$) (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006) considéraient au contraire qu'il était important de mettre l'accent sur l'ouverture concernant leur homosexualité auprès des soignants. En effet, ils pensaient que cela aurait probablement des conséquences positives sur la communication (soignant-soigné) et réduirait les malentendus et les incompréhensions (Röndahl, Innala & Carlsson,

2006). Ces patients-là auraient eu, selon l'auteur, des expériences positives avec les infirmiers ; ils ressentiraient ainsi moins de stress puisque leurs évaluations et perceptions individuelles du contexte social (notamment de celui des soins infirmiers) auraient été plus positives, que celles de patients LGBT ayant vécu des expériences négatives.

Une seule étude, menée aux USA, a quantifié la proportion de personnes LGBT qui révélaient ou pas leur orientation sexuelle à leur prestataire de soins. Ainsi, sur 96 femmes, 71.88% d'entre elles ont répondu ne pas avoir partagé leur orientation sexuelle à leur prestataire de soins (Polek, Hardie & Crowley, 2008). Des différences significatives ($p=0.004$) ont été trouvées selon l'orientation sexuelle définie par ces femmes elles-mêmes. En effet, plus l'orientation sexuelle d'une participante se rapprochait du dernier point (hétérosexuel) de l'échelle de type Likert, moins probable (276%) il était que ces femmes partagent leur orientation sexuelle avec leur prestataire de soins. Comme il n'y avait pas de femmes hétérosexuelles dans l'échantillon, les résultats indiquaient que les bisexuelles qui étaient plus orientées vers l'hétérosexualité étaient moins chanceuses de partager leur orientation (Polek, Hardie & Crowley, 2008). Ces résultats semblent être biaisés par le fait qu'aucune participante n'était hétérosexuelle. Ainsi, ces résultats démontreraient que les femmes lesbiennes révéleraient plus facilement leur orientation sexuelle que les femmes hétérosexuelles. Ceci paraîtrait contradictoire avec le modèle du stress de Meyer. En effet, cela voudrait dire que les femmes et hommes hétérosexuels vivraient dans un contexte social emprunt de préjugés, discriminations à leur égard, donc à l'égard de l'hétérosexualité. Et par peur d'être rejetés, ils ne révéleraient donc pas leur orientation sexuelle. Hors, nous savons sur la base des résultats de cette revue étoffée de littérature qu'il s'agit du contraire ; les personnes LGBT subissent du stress à cause de l'hétéronormativité, phénomène lié au contexte social (Meyer, 2003).

Lorsque plusieurs patient(e) s gays et lesbiennes ($n^{\text{total}}=27$) faisaient leur coming out au personnel infirmier, ils parlaient d'un sentiment d'insécurité à cause de leur méconnaissance quant à la réaction de ce personnel (Röndahl, 2009). Ainsi, alors que certains patients LGBT ne révélaient pas leur orientation sexuelle par crainte de réactions négatives du personnel, d'autres pensaient qu'il était nécessaire de le faire, et finalement pour certains qui le faisaient, ils se sentaient insécurisés, probablement stressés.

Certains participants d'une étude suédoise ($n^{\text{total}}=27$) ont parlé de l'anxiété d'être soigné par du personnel infirmier religieux et issu d'un milieu culturel différent que la Suède (Röndahl, 2009). L'auteur peut supposer que le contexte social (emprunt de préjugés, discriminations, etc...) différencierait plus ou moins selon le milieu culturel ou la religion des soignants. Ainsi, lorsque les soignants de Suède seraient d'un milieu culturel différent de celui de la Suède, ils seraient alors plus discriminants. Ceci expliquerait que les évaluations et perceptions individuelles de ces patient(e)s gays et lesbiennes leur provoquent de l'anxiété, et donc du stress (ce qui ne serait pas le cas avec des soignants d'un milieu culturel suédois).

L'infirmier étant un membre à part entière de la société, il fait donc également partie d'un contexte social plus ou moins emprunt de préjugés, de discriminations et de violences à l'égard des personnes LGBT. De plus, ils travaillent pour des institutions (=contexte social) régies par des normes, règles, et philosophies de soins. Il semblerait donc important que le personnel infirmier prenne conscience de leurs impacts potentiels sur l'état de stress des patients LGBT, d'autant plus que cet état de stress les amène à une prévalence plus élevée de certains problèmes de santé que les patients hétérosexuels (Bize et al., 2001). Le modèle du stress minoritaire permet d'expliquer le stress des minorités en général, c'est pourquoi il devrait faire partie des connaissances des infirmiers.

5.5. Recommandations pour la pratique

Les résultats de cette revue étoffée de littérature ont mis en avant les différents facteurs liés à la relation patient LGBT-infirmier. Bien que ces facteurs aient pu être difficilement quantifié, ils influençaient négativement ou positivement la relation, selon leur nature (exemple : attitudes positives ou négatives). Les soins transculturels, c'est-à-dire des soins appropriés et individuels, prenant en compte le milieu de vie (leurs expériences de vie, leurs conditions de vie extérieures et leurs caractéristiques socioculturelles) des patients semblaient alors avoir été un concept idéal, selon l'auteur, afin que les patients LGBT se sentent mieux pris en soins. Ainsi, voici quelques recommandations qui pourraient aider les infirmiers à soigner les patients LGBT de façon transculturelle et ainsi à probablement satisfaire davantage leurs besoins. Ces recommandations vous sont présentées sous forme de petites phrases courtes, selon qu'elles se destinent à la pratique quotidienne infirmière, aux formations en soins infirmiers, ou aux institutions de soins :

Dans la pratique infirmière quotidienne :

- ❖ Prendre conscience de ses préjugés à l'égard des patients LGBT.
- ❖ Veiller à ne pas utiliser un langage hétéronormatif avec les patients, par exemple lors de l'anamnèse.
- ❖ Adopter une attitude démontrant de l'ouverture d'esprit.
- ❖ S'intéresser au milieu de vie des patients afin de les soigner de façon individuelle et adaptée.
- ❖ Prendre en considération les partenaires des patients LGBT.

Dans les formations en soins infirmiers :

- ❖ Sensibiliser les étudiants aux thématiques LGBT, notamment par l'apport de connaissances, par exemple sur le modèle du stress minoritaire, le phénomène de l'hétéronormativité.
- ❖ Encourager l'auto-réflexion des étudiants, en les confrontant, par exemple à leurs émotions ou préjugés vis à vis des personnes LGBT.
- ❖ « Déshétéronormaliser » les cours tout au long de la formation. Un exemple serait d'imager une vignette clinique par un couple LGBT.

Dans les institutions de soins :

- ❖ Préciser dans la philosophie de soins des institutions, si tel n'est pas le cas, la non-acceptation de la discrimination envers tous patients, dont les personnes LGBT.
- ❖ Réactualisez les formulaires, si tel n'est pas le cas, afin qu'ils ne soient pas hétéronormatifs. Par exemple dans une feuille anamnétique, il devrait aussi y avoir la mention « pacsé » sous le statut social.

5.6. Besoins de recherches ultérieures

A partir de la discussion de ce travail, la revue étoffée de littérature met en évidence plusieurs propositions de recherches ultérieures :

- ❖ Que savons-nous actuellement sur les facteurs liés à la relation entre un infirmier et un patient gay? (trois autres mêmes questions pourraient faire l'objet d'études mais à chaque fois avec des populations différentes : patiente lesbienne, patient(e) bisexuel(le), patient transgenre.
- ❖ Les attitudes des infirmiers sont-elles différentes envers les patients homosexuels séropositif et ceux homosexuels séronégatifs ?
- ❖ Peut-on corrélérer les attitudes négatives des infirmiers envers l'homosexualité et les genres, les orientations sexuelles et les âges des infirmiers ?
- ❖ Quels éléments au niveau des infirmiers ont un impact positif sur la satisfaction des soins des patients LGBT (ou séparément)

5.7. Critiques de la revue étoffée de littérature

Premièrement, tous les concepts, les deux cadres de référence, ainsi que les études sélectionnées étaient soit majoritairement en anglais ou en allemand. L'auteur n'excellant pas dans la compréhension de l'anglais, il est possible qu'il n'ait pas pu saisir certaines nuances linguistiques.

Deuxièmement, le choix du cadre de référence utilisé par l'auteur se rapporte aux soins transculturels aux migrants ; le fait d'avoir réalisé une analogie avec les patients LGBT reste discutable. Cependant, des arguments ont été amenés et plusieurs articles³² scientifiques traitent des soins transculturels aux patients LGBT.

³² Dinkel, S. (2005). Providing Culturally Competent Care to Lesbians. *The Kansas Nurse*, 80(9), 10-12.
Forgaty, S. (2003). Culturally competent care for the invisible minority. *Michigan Nurse*, 76(6), 11-13.

Troisièmement, il s'agissait pour l'auteur de son premier travail dans le domaine de la recherche. Il n'est donc pas impossible que celui-ci n'ait pas parfaitement respecté les critères méthodologiques.

Finalement, les limites des études sélectionnées, expliquées en détails au chapitre 5.1, rendent les résultats de cette revue étoffée de littérature probablement peu généralisables au contexte des soins infirmiers suisses. Cependant, et même si l'auteur a souvent englobé les résultats dans une seule population (LGBT), qui pourtant présente certainement des différences, ce travail permet de mettre en évidence les facteurs liés à la relation patient LGBT-infirmier. Il apporte ainsi une vision exploratrice sur les soins infirmiers et les patients LGBT ; il démontre l'importance que les infirmiers soient sensibilisés aux thématiques LGBT et également que d'autres chercheurs explorent de façon encore plus précises ces thématiques.

Conclusion

Cette revue étoffée de littérature a permis d'identifier les sept facteurs jouant un rôle dans la relation entre un patient LGBT et un infirmier, à savoir les attitudes, les émotions, la discrimination et l'hétéronormativité, l'approche pathologique, les connaissances, la satisfaction des soins et la révélation de l'orientation sexuelle. Ces facteurs ont été explorés qualitativement, mais leurs natures (positives et négatives) n'ont pas vraiment pu être quantifiées. Grâce aux résultats, des recommandations ont pu être mises en évidence afin de permettre aux infirmiers de garantir des soins transculturels aux patients LGBT et que ces derniers puissent dans un futur proche relever encore davantage d'expériences positives avec les soins infirmiers. Cette revue étoffée de littérature est la preuve qu'il est nécessaire de s'intéresser aux thématiques LGBT en rapport avec les soins infirmiers et ainsi de mettre un terme au silence. Aussi, de nombreuses recherches futures pourraient être menées ; des exemples de questions ont d'ailleurs été proposées.

Mots de l'auteur

Tout d'abord, je tiens à expliquer le choix du thème de ce travail de mémoire. En effet, durant ma formation à la Haute Ecole de Santé de Fribourg, j'ai pu constaté qu'aucun cours abordait les thématiques LGBT. Ainsi, durant le module de promotion de la santé de ma formation, nous avons décidé avec quatre collègues de nous pencher sur la thématique de l'homosexualité et du coming out. Dès lors, il est devenu évident que si je souhaitais espérer que les écoles en soins infirmiers comprennent l'importante et la nécessité d'aborder cette thématique au sein de leurs formations, il faudrait leur fournir une argumentation pertinente et donc basée sur des résultats émanant de la recherche scientifique.

La réalisation de cette revue étoffée de littérature m'a permis d'acquérir différentes compétences : développer un esprit très critique de façon général (quant aux recherches scientifiques, articles et à cette présente revue étoffée de littérature) ; structurer, catégoriser ou synthétiser des données ; créer des liens pertinents ; et enfin d'un point de vue plus personnel de mettre en place des stratégies pour la gestion de mon stress.

Bibliographie

Articles

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). Diversité culturelle – changements et défis. *Zoom sur les soins infirmiers*, 7, pages non-numérotées.

Bize, R., Volkmar, E., Berrut, S., Medico, D., Balthasar, H., Bodenmann, P. & Makadon, H.J. (2011). Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Revue Médicale Suisse*, 7, 1712-1717.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-27.

Eliason, M.J., Dibble, S.L., DeJoseph, J. & Chinn, P. (2009). *LGBTQ Cultures: What Health Care Professionals Need to Know About Sexual and Gender Diversity*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Fogarty, S. (2003). Culturally competent care for the invisible minority. *Michigan Nurse*, 76(6), 11-13.

Garcia Nunez, D. & Jäger, M. (2011). Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles? *Forum Médical Suisse*, 11(12), 213-217.

Meyer, I.H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 129(5): 674-697.

Morchain, P. (2006). Valeurs et perception stéréotypées des groupes. *Cahiers de l'unité de recherche migrations et société*, 10-11, pages non-numérotées.

Recherches

Dinkel, S., Patzel, B., McGuire, M.J., Rolfs, E. & Purcell, K. (2007). Measures of homophobia among nursings students and faculty: a midwestern perspective. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4, pages non-numérotées.

Eady, A., Dobinson, C. & Ross, L.E. (2011). Bisexual People's Experiences with Mental Health Services: A Qualitative Investigation. *Community Mental Health Journal*, 47, 378-389.

- Elisaon, M.J., Dibble, S. & DeJoseph, J. (2010). Nursing's Silence on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues: The Need for Emancipatory Efforts. *Advances in Nursing Science*, 33 (3), 206-218.
- Hou, S.-Y., Pan, S.-M., Ko, N.-Y., Liu, H.-C., Wu, S.-J., Yang, W.-C., Yang, H.-H., Shieh, S.-F., Chuang, L.-Y. & Yen, C.-F. (2006). Correlates of attitudes toward homosexuality and intention to care for homosexual people among psychiatric nurses in southern Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 22, 390-397.
- Polek, C.A., Hardie, T.L. & Crowley, E.M. (2008) Lesbian's Disclosure of Sexual Orientation and Satisfaction With Care. *Journal of transcultural Nursing*, 19 (3), 243-249.
- Röndahl, G., Innala, S., Carlsson, M. (2004a). Nursing staff and nursing student's emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 19-26.
- Röndahl G., Innala, S., Carlsson, M. (2004b). Nurses'attitudes towards lesbians and gay men. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 386-392.
- Röndahl,G., Innala, S. & Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advances Nursing*, 56(4), 373-381.
- Röndahl, G. (2009). Lesbian's and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 146-152.
- Röndahl, G. (2011). Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Education Today*, 31, 345-349.
- Tjepkema, M. (2008). Utilisation des services de santé par les gays, les lesbiennes et les bisexuels au Canada. *Rapport sur la santé*, 19(1), 56-70.
- Walsch Brennan, A.M., Barnsteiner, J., De Leon Siantz, M.L., Cotter, V.T. & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 96-104.
- Yen, C.-F., Pan, S.-M., Hou, S.-Y., Liu, H.-C., Wu, S.-J., Yang, W.-C. & Yang, H.-H. (2007). Attitudes toward gay men and lesbians and related factors among nurses in Southern Taiwan. *Journal of the royal institute of public health*, 121, 73-79.

Ouvrages

Daydé, M.C. Lacroix, M.L., Pascal, C. & Salabras Clergues, E. (2007) *Relation d'aide en soins infirmiers*. Issy-Les-Moulineaux: Masson.

Domenig, D. (2001). *Transkulturelle Kompetenz, Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern : Huber.

Korzier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. (2012). *Théorie et pratique soins infirmiers*. Québec: éditions du nouveau pédagogique Inc.

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : éditions du nouveau pédagogique Inc.

Organisation des Nations Unis. (2011). *Droits des minorités: normes nationales et indications pour leur mise en œuvre*. ONU : Genève et New York.

Liens internet

Confédération Suisse. (2012). *Rapport périodique de la Suisse 2008-2012 sur la mise en œuvre de la convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bak.admin.ch/themen/04118/04119/04462/index.html?lang=fr> [Page consultée le 30 août 2012].

Conseil international des infirmières. (2006). *Code déontologique du CII pour la profession d'infirmière*. [Page WEB]. Accès : http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf [Page consultée le 19 août 2012].

Office Fédéral de la Justice. (1999). *La situation juridique des couples homosexuels en droit suisse*. [Page WEB]. Accès : http://fbrutsch.perso.ch/gay/situation_jur.pdf [Page consultée le 19 août 2012].

Office Fédérale de la Statistique. (2008). *Population issue de la migration*. [Page Web]. Accès: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/04.html> [Page consultée le 17 août 2012].

Organisation mondiale de la Santé. (1993). Dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé. [Page WEB]. Accès : <http://www.icd10.ch/index.asp>. [Page consultée le 19 août 2012].

Ostertag, E. & Rapp, R. (2012). Es geht um Liebe, Schwule in der Schweiz und ihre Geschichte. [Page WEB]. <http://schwulengeschichte.ch/inhalt/> [Page consultée le 19 août 2012].

SOS homophobie. (2012). Rapport sur l'homophobie 2012. [Page WEB]. Accès : http://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport_annuel_2012.pdf [Page consultée le 19 août 2012].

VoGay. (2000). Enquête VoGay sur les discriminations envers les gays et les lesbiennes en Suisse romande. [Page WEB]. Accès : http://vogay.ch/IMG/pdf/rapp_discr.pdf [Page consultée le 19 août 2012].

Polycopiés

Bassal, C & Nadot, N. (2011b). Grille de lecture critique d'un article scientifique. Approche qualitative. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Bassal, C & Nadot, N. (2011a). Grille de lecture critique d'un article scientifique. Approche quantitative. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Fornerod, P. (2009). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Haute Ecole de Santé. (2010). *Descriptif du module 9 – Développer une expertise professionnelle dans la transculturalité*. [Document officiel des descriptifs des modules]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Dictionnaires

Larousse. (2003). Le Petit Larousse. Paris : Département Petit Larousse.

Robert, P. (2012). Le Petit Robert. Paris : Dictionnaires Le Robert.

-Annexes-

Annexe 1: Déclaration d'authenticité

« Je déclare par la présente avoir rédigé ce travail moi-même, et ce conformément aux directives. Dans ce travail, les références aux livres, articles, études et tous autres documents sont nommées et clairement identifiées ».

Julien Chollet

Annexe 2 : Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à				

Intégration de la théorie et des concepts	partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

*Peu Clair = information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

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

Annexe 3 : Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et				

	transférables ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

*Peu Clair = information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

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

Annexe 4 : Grille de lecture des études sélectionnées

Röndahl, G., Innala, S., Carlsson, M. (2004a). Nursing staff and nursing student's emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 19-26.

Problématique/ Introduction	<p>Dans la suède d'aujourd'hui, la discrimination envers les homosexuels, cachée et parfois inconsciente, est une réalité. Cette discrimination est masquée par le fait que c'est socialement souhaitable d'être en apparence sans préjugés. Que l'homophobie existe, cela a été montré dans une étude qui analysait le contenu de journaux suédois sur les homosexuels et l'homosexualité de 1990 à 1994. La conclusion de cette étude était que les personnes toléraient dans une plus large étendue les agressions contre les homosexuels que celles contre les immigrants, minorités religieuses ou les autres groupes vulnérables. Dans une autre étude, le groupe qui démontrait le plus d'attitudes négatives à l'égard des homosexuels était composé de jeunes immigrants (hommes), bien qu'ils aient également vécu des expériences similaires en tant qu'étranger en Suède.</p> <p>L'homophobie est parfois définie comme une peur irrationnelle, une aversion ou une discrimination à l'égard de l'homosexualité ou des homosexuels. Cette définition renvoie aux attitudes, émotions et comportements envers les personnes homosexuelles et l'homosexualité.</p> <p>Les réactions homophobiques peuvent être expliquées par deux aspects, l'aspect cognitif et l'aspect émotionnel. Tous deux agissent souvent indépendamment l'un de l'autre.</p> <p>1) Ernulf and Innala (1987) expliquent que les aspects cognitifs de l'homophobie se reflètent dans la façon des gens de penser l'homosexualité. Cette façon de penser reflète, quant à elle, leurs attitudes et connaissances sur l'homosexualité.</p> <p>2) Les aspects émotionnels de l'homophobie se reflètent dans la façon des gens de ressentir l'homosexualité, ce qui peut être perçu dans leurs réactions émotionnelles à l'égard des personnes homosexuelles et des questions en lien avec l'homosexualité.</p> <p>L'homophobie émotionnelle (sentiments négatifs envers les homosexuels) se partage en deux composantes distinctes – la culpabilité homophobique (homophobic guilt) et la colère homophobique (anger homophobic).</p> <p>A) La culpabilité homophobique a l'air d'être dirigée à l'intérieur et peut engendrer des réactions envers l'homosexualité et les homosexuels comme la gêne, la honte ou encore le malaise.</p> <p>B) La colère homophobique est plus une expression extérieure qui peut être au mieux décrite comme un dégoût et est plus apparentée de près aux attitudes négatives envers l'homosexualité que la culpabilité homophobique.</p> <p>C) Des études ont décrites les composantes de l'homophobie émotionnelle aussi bien comme plaisir (delight), lequel se définit comme l'expression de sentiments positifs et d'acceptation en relation à l'homosexualité et aux individus homosexuels.</p> <p>Des individus peuvent avoir une attitude positive envers l'homosexualité sur un plan cognitif, alors que d'un point de vue émotionnel, ils ont des attitudes négatives. Cela explique pourquoi des individus sont favorables aux droits égaux pour les homosexuels (cognition) mais en même temps éprouvent quelques sentiments négatifs quant à l'homosexualité en tant que style de vie (émotion).</p> <p>Plusieurs études ont démontré que les patients homosexuels craignent de ne pas recevoir des soins égaux si ils affichent ouvertement leur orientation sexuelle, par exemple, quand ils introduisent leur partenaire. Des patients homosexuels ont exprimé de l'anxiété, des sentiments d'inconfort, d'insécurité et la peur de l'hostilité ou encore de dommages physiques. Des patients homosexuels ont reporté avoir été harcelé sexuellement, traité de manière brutale ou s'être vu refusés de soins à cause de leur</p>
--------------------------------	---

	<p>orientation sexuelle.</p> <p>Plusieurs études n'ont mentionné aucun exemple de comportements liés aux soins infirmiers et à l'orientation sexuelle des patients, alors que d'autres études ont indiqué une relation entre l'homophobie et les attitudes du personnel en soins infirmiers envers des patients homosexuels.</p> <p>Pour comprendre les attitudes et les comportements des gens, il est important de décrire les émotions homophobes.</p>
Type d'étude	Etude quantitative descriptive comparative
Buts/ Question(s) de recherche	<p><u>Les buts de l'étude</u></p> <p>1) Investiguer les émotions du personnel infirmier et des étudiants infirmiers envers les patients homosexuels, ainsi que les possibles relations entre le milieu culturel, le genre des participants.</p> <p>2) Investiguer si le personnel infirmier et les étudiants infirmiers souhaiteraient s'abstenir de leur prodiguer des soins, si l'option existait. Et si, alors</p> <p>3) Mesurer ce désir d'abstention</p> <p><u>Les questions de recherches</u></p> <p>1) Y a t il des différences entre les infirmiers, les infirmiers assistants, les étudiants infirmiers et les étudiants assistants infirmiers en rapport avec leurs émotions envers les patients homosexuels ?</p> <p>2) Y a t il des différences entre l'homophobie émotionnel des participants et leur milieu culturel ou leur genre ?</p> <p>3) Dans quelle mesure voudraient les participants s'abstenir de prodiguer des soins aux patients homosexuels, si l'option existait.</p> <p>4) Comment s'exprime le désir des participants de s'abstenir de prodiguer des soins aux patients homosexuels ?</p>
Population	<p>67% de 48 infirmiers et de 37 assistants infirmiers (n= 57), provenant d'une clinique de maladies infectieuses ont participé à l'étude.</p> <p>62% des étudiants infirmiers et des étudiants assistants infirmiers (n= 165) ont participé à l'étude. Les étudiants infirmiers sélectionnés étaient à leur deuxième ou sixième semestre de leurs études en soins infirmiers en Suède centrale (n= 155). Les étudiants assistants infirmiers sélectionnés étaient à leur quatrième ou sixième semestre de leur formation en Suède central (n=113).</p>
Méthodologie	<p>Pour augmenter le taux de réponses, les données ont été collectées anonymement avec deux questionnaires auto administrés. Les données ont été récoltées eu deux temps :</p> <p>1) auprès du personnel infirmier en 1999</p> <p>2) auprès des étudiants infirmiers en 2000</p> <p>Les données de l'étude incluait les données démographiques collectées, la check-list d'émotions (Affect Adjective Check-list) et un questionnaire sur le comportement infirmier (Nursing Behaviour Questionnaire) conçus spécialement pour la présente étude.</p> <p>Pour analyser les données, le statview programme a été utilisé. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les données démographiques et les commentaires des questionnaires. Pour comparer les différents groupes de la population choisie, un independent t-test ou analysis of variances (anova) ont été employés</p>
Résultats	<p>L'analyse du facteur des données montrait que les résultats du <i>Affect Adjective Checklist</i> incluent trois composantes émotionnelles : la colère homophobique, la culpabilité homophobique et le plaisir. Dans cette étude, les 15 items avaient un poids significatif sur trois facteurs explicables : la culpabilité homophobique (coupable,</p>

	<p>compatissant et apeuré), la colère homophobique (gêné, embarrassé/ mal à l'aise, en colère, dédaigneux, honteux, dégoûté) et le plaisir (content, satisfait, encouragé, enchanté, heureux et fier). Les mesures de fiabilité (Cronbach's alpha internal consistency) pour les valeurs de la culpabilité homophobique, la colère homophobique et du plaisir étaient de respectivement de 0.80, 0.79 et 0.90.</p> <p><u>Les émotions</u></p> <p>Une comparaison des composantes émotionnelles du personnel infirmier (infirmiers et assistants) et des étudiants (infirmiers et assistants) a été effectuée. Les groupes ont démontré des différences significatives concernant la colère homophobique ($F=6.058$; $DF= 3/217$; $p= 0.0006$) et la culpabilité homophobique ($F=3.986$; $DF=3/219$; $p=0.0086$). Les étudiants assistants infirmiers exprimaient plus de colère homophobique et de culpabilité homophobique que les autres groupes. Il y avait des différences significatives entre les groupes concernant le plaisir ($F=6.012$; $DF=3/217$; $P=0.0006$). Les étudiants ont éprouvé plus de plaisir que les professionnels.</p> <p><u>Les émotions et le milieu culturel</u></p> <p>22% des étudiants provenaient d'un milieu culturel non suédois. De ce fait, les différences des émotions ont été investiguées en lien avec le milieu culturel. Des différences significatives ont été trouvées entre le groupe avec un milieu culturel suédois et celui avec un autre milieu culturel concernant la colère homophobique ($t= 3.24$; $DF= 157$; $p< 0.001$) et la culpabilité homophobique ($t=4.35$; $DF=157$; $p< 0.001$). Ainsi, ceux provenant d'un autre milieu culturel que la Suède démontraient un plus haut score de colère et de culpabilité homophobique. Concernant le plaisir, il n'y avait pas de différences significatives ($t=0.96$; $DF= 157$; $p= 0.334$).</p> <p><u>Les émotions et le genre</u></p> <p>Il n'y avait pas de différences significatives selon le genre de la population et la colère, culpabilité homophobique ou encore le plaisir.</p> <p><u>S'abstenir de prodiguer des soins</u></p> <p>Au niveau du personnel infirmier, 36% ($n=55$) des répondants ont répondu qu'ils souhaiteraient ne pas prodiguer de soins aux patients homosexuels si cela était possible, alors que pour les étudiants le pourcentage était de neuf ($n=159$). Sept professionnels et 112 étudiants ont inscrits des commentaires à cette question, à l'endroit prévu à cet effet. Ces commentaires ont été regroupés en cinq catégories. Les voici, suivies d'un ou plusieurs exemples pour chacune des catégories :</p> <p>1) Attitudes positives (34%): Non, pourquoi faire ? J'ai beaucoup de copains homosexuels et ils n'agissent pas différemment envers moi excepté lorsque parfois nous aimons bien les mêmes gars (étudiant).</p> <p>2) Droit à l'égalité (47%) : Tous les patients ont droit à des soins infirmiers égaux. Mon opinion personnelle, mes valeurs ne doivent pas influencer mon travail (professionnel). Ce n'est pas important ce que tu penses vraiment sur les homosexuels, ils ont le même droit à avoir des soins égaux que toi (étudiant). Mon travail n'a rien à faire avec mon opinion personnelle (étudiant).</p> <p>3) Insécurité (3%) : Au commencement, je peux me sentir pas sûr de moi, je ne sais pas comment je devrais me comporter (comment est-ce que le patient me veut comme infirmier, ouvert ou conventionnel). Mais plus longtemps le patient est là, les situations comme ça habituellement se résolvent toutes seules, mais je veux comprendre davantage le choix de leur orientation sexuelle (professionnel).</p> <p>4) Attitudes condamnantes (11%): C'est juste morbide qu'ils discutent d'adopter des enfants. Dieu a créé l'homme et la femme pour nous. Personnellement, je pense que si tu choisis de vivre avec le même sexe tu es en train de te mettre contre Dieu. Il y a des limites dans la vie (étudiant). Je serai dégoûté. Tu ne peux pas prendre soin de « quelque chose » que tu détestes (étudiant).</p> <p>5) Autres (5%): Je peux imaginer que je serais apeuré.</p>
--	--

Discussion	<p>Le groupe d'étudiants d'assistants infirmiers exprimait plus de colère et de culpabilité homophobique que les autres groupes. La population de ce groupe était la plus jeune (en dessous de 20 ans). Ce résultat reflète ainsi leur bas niveau de formation et d'expériences avec les personnes homosexuelles. En effet, d'autres études montrent une relation entre ces facteurs et l'homophobie. Cette découverte mets en évidence la recherche de ce groupe à définir sa propre identité sexuelle et la probable peur liée au fait que l'identité de ces jeunes pourrait ne pas être l'hétérosexualité.</p> <p>Les deux groupes d'étudiants ont en revanche exprimé plus de plaisir, ce qui paraît contradictoire avec ce qui vient d'être dit. Cela pourrait être du aux grandes différences qu'il y a dans l'homophobie émotionnelle parmi les jeunes. Les raisons exactes de ces contradictions exigent de futures explorations.</p> <p>Les personnes provenant d'un autre milieu culturel que la Suède démontraient un plus haut score de colère et de culpabilité homophobique. Selon la vision d' Henriksson et Lundahl, ce groupe entretiendrait une vision des identités des rôles des sexes plus catégoriques que les infirmiers et étudiants avec une pure culture suédoise. Des identités des rôles des sexes non traditionnels sont souvent confondus avec l'homosexualité et les feraient se sentir davantage insécure, gêné et en colère lorsqu'ils sont confronté avec des personnes et questions homosexuelles, ce qui expliquerait le niveau de colère et de culpabilité homophobique plus élevé.</p> <p>Concernant les 36% des infirmiers et infirmiers assistants ne désirant pas prendre en soin des personnes homosexuelles, plusieurs raisons peuvent être invoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Les préjugés existent encore. Des expériences avec des personnes homosexuelles sont connues pour être un facteur important dans le changement vers des attitudes positives. ❖ Etant donné que les personnes homosexuelles ne sont pas un groupe extrêmement visible, les infirmiers n'ont peut-être pas reconnu leurs patients homosexuels comme tels. ❖ Les patients homosexuels se dépersonnalisent d'une certaine manière avec les infirmiers dont la vision sur les homosexuels est négative. ❖ Pour des raisons sociales individuelles et des valeurs morales. <p>Le faible taux de 9% chez les étudiants montre que des changements d'attitudes ont commencé. Plusieurs raisons expliquent ces changements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La législation anti-discrimination ❖ Les préjugés et la discrimination contre les homosexuels et les questions autour de l'homosexualité sont dans la société actuelle abordé de manière de plus en plus ouverte. Cela amène la population à une meilleure compréhension de comment vivent les hommes et les femmes homosexuels. Davantage de personnes regardent l'homosexualité comme une variante naturelle et saine et de la sexualité humaine. <p>Il se peut que les résultats de cette étude the results of this tudy may well reflect mettent en avant l'existence cachée, et à cette heure inconsciente d'une discrimination des homosexuels en Suède. Seulement sept participants dans le groupe de professionnels ont écrit des commentaires supplémentaires pour questionner les raisons qui devraient les pousser à vouloir s'abstenir de prodiguer des soins aux personnes homosexuelles. La raison invoquée est la peur d'être identifié, bien que l'anonymat ait été garanti, depuis que le premier auteur de l'étude travaille dans la même clinique que les participants.</p> <p>La législation suédoise en vigueur concernant les soins infirmiers, abordée dans la formation en soins infirmiers, stipule que le personnel infirmier doit traiter tous les patients à égalité. Les étudiants pensaient que « tous les patients ont un droit égal à recevoir des bons soins ». Les réponses de la présente étude indiquent que plusieurs sujets donnaient la réponse que c'était socially desirable ou légalement incorrect. Il est possible que plusieurs personnes auraient répondu différemment si la possibilité de refuser de prodiguer des soins aux personnes homosexuelles existait.</p> <p>Deux éléments montrent que des changements positifs s'opèrent : les deuxièmes</p>
------------	---

	<p>commentaire les plus présents portaient sur les attitudes positives envers les patients homosexuelles et les étudiants expriment plus de plaisir que les professionnels.</p> <p>Plusieurs limites existent pour la présente étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Les résultats se rapportent à une population ciblée de Suède. ❖ L'échantillon est petit et n'a pas été randomisé, ce qui rend les généralisations difficiles. ❖ L'étude ayant été réalisée anonymement rendait impossible d'identifier les raisons pour lesquelles des personnes ne voulaient pas prodiguer des soins aux personnes homosexuelles. ❖ NBQ n'a pas été testé pour sa validité et sa fiabilité. ❖ La proximité entre la question concernant le souhait de ne pas prodiguer de soins infirmiers aux patients infectés par le VIH a probablement influencé la découverte sur le souhait de ne pas prodiguer de soins infirmiers aux patients homosexuels. La non expérience des étudiants, ne leur permettant pas ainsi de différencier ces deux groupes. <p>Les études futures devraient investiguer pourquoi du personnel infirmier et des étudiants souhaiteraient ne pas prodiguer des soins aux personnes homosexuelles et également les expériences des patients homosexuelles soignées par les infirmiers.</p>
Commentaires	<p><u>Désavantages</u></p> <p>Il est impossible de savoir si l'étude s'est intéressé aux hommes gais, aux lesbiennes ou au deux. Comme aucune précision n'a été faite, nous pouvons imaginer que cela concerne les personnes homosexuelles en général.</p> <p>L'étude a été faite dans un service d'inféctiologie, ce qui pourrait avoir influencé les réponses des participants. Ils auraient pu être plus inclinés à avoir assimilé une personne homosexuelle à une personne homosexuelle atteinte du Sida. Les résultats pourraient donc être biaisés.</p> <p><u>Avantages</u></p> <p>L'étude est très complète, elle amène dans sa discussion des éléments d'un point de vue législatif, elle utilise le concept d'homophobie de manière détaillée et permet une très bonne compréhension du phénomène.</p> <p>Des résultats significatifs sont mis en avant. Par exemple, 36% des participants souhaiteraient ne pas prodiguer des soins aux personnes homosexuelles.</p>

Röndahl, G. (2009). Lesbian's and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 146-152.

Problématique/ Introduction	<p>Les soins infirmiers sont décrits comme une « discipline aidante », mettant un accent particulier sur l'interaction entre le patient et l'infirmier, et se basent sur la communication, la participation et la compréhension de soi et des autres. Travailler en tant qu'infirmier se base autant bien sur la compréhension des besoins du patient que sur la compréhension des propres valeurs des infirmiers influençant leurs propres actions. Cependant, le personnel infirmier pense souvent qu'il peut soigner les gens de manière « neutre », c'est-à-dire que les attitudes personnelles des infirmiers n'auraient pas d'incidence sur leurs relations avec les patients.</p> <p>Quand des individus révèlent une information pertinente les concernant, ils se vulnérabilisent eux-même à un possible rejet ou à un mauvais traitement. Dans de telles situations, ils doivent peser le pour et le contre entre les bénéfices que pourraient apporter une révélation et le risque de mauvais traitement.</p> <p>Selon toute probabilité, peu d'individus dans les soins infirmiers en Suède ont des attitudes négatives à l'égard des lesbiennes et des hommes gays mais il existe probablement une ignorance totale. Celle-ci augmenterait la peur des styles de vie différents et inconnus et ses conséquences sur les attitudes et les relations dans les</p>
--------------------------------	--

	<p>soins infirmiers.</p> <p>Plusieurs études ont montré que les patients homosexuels éprouvent la peur de voir leurs sentiments non-validés ou de ne pas bénéficier de soins infirmiers adéquats, si ils révèlent leur orientation sexuelle. Des patients homosexuels ont reporté des expériences d'isolation sociale et de manque de soins, qui les ont conduit à des sentiments d'insécurité, les contraignant ainsi à retarder leur demande de soins.</p> <p>Des études suggèrent qu'un grand nombre d'infirmiers trouvent difficile de montrer de la compassion et de la sensibilité, ainsi que de fournir des soins infirmiers égaux aux personnes homosexuelles comparativement aux personnes hétérosexuelles.</p> <p>Des études sur les attitudes des lesbiennes et des hommes gays dans les soins infirmiers sont nécessaires. Elles permettraient d'offrir au personnel infirmier l'opportunité de comprendre que leurs attitudes personnelles et professionnelles sont liées, et ont ainsi une influence dans la relation avec le patient.</p>
Type d'étude	Etude qualitative descriptive et exploratrice
Buts/ Question(s) de recherche	Les buts de l'étude étaient de décrire ce que les lesbiennes et les hommes gays avaient à dire sur leurs expériences en soins infirmiers dans les hôpitaux, en tant que patients et en tant que partenaires.
Population	<p>Les critères d'inclusion étaient les suivants : s'être identifié soi-même comme homme gay ou lesbienne ; avoir de l'expérience avec les soins des hôpitaux de Suède, en tant que patients ou partenaires de patients, dans les cinq dernières années.</p> <p>27 personnes ont participé à l'étude, dont 17 femmes et dix hommes, âgés entre 23 et 65 ans et provenant de différentes régions de la Suède.</p>
Méthodologie	<p>Deux informateurs clefs, connaissant l'auteur de l'étude, ont reçu une lettre et des informations orales concernant l'étude et ont été chargés de recruter des personnes en faisant de la publicité sur des sites internet pour les personnes gays. Ces deux informateurs clefs devaient leur remettre la lettre, à la suite de quoi les personnes intéressées devaient prendre contact avec l'auteur de l'étude. L'anonymat a été garanti aux participants entre les deux informateurs clefs et l'auteur de l'étude.</p> <p>Le comité médical d'éthique de l'université de Uppsala a approuvé la présente étude.</p> <p>Des interviews semi-structurés ont été réalisés avec la population au printemps 2004, dans le lieu choisi par chaque participant. La durée variait entre 20 à 90 minutes. La question principale était qu'est-ce qu'il pensait être important de communiquer aux soins infirmiers concernant les patients homosexuels. Les interviews étaient retranscrits plus tard verbalement par l'auteur.</p> <p>Les données ont été classées en cinq catégories, inspirées par Crewell, Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen et Nordgren & Fridlund. Les données ont été analysées par l'auteur et par un scientifique dans un département séparé. Une analyse collective des analyses individuelles a ensuite été réalisée. Les découvertes sont présentées en tant que résumé descriptif. L'auteur justifie le choix du résumé descriptif.</p>
Résultats	<p>46 expériences avec des soins infirmiers en tant que patients et 31 en tant que partenaires, provenant de 12 settings différents, ont été relevé. Plusieurs participants avaient des expériences avec plusieurs settings (n=13) et avec des hôpitaux différents.</p> <p>Plusieurs informateurs parlaient de leurs sentiments d'insécurité dans leur « coming out » au personnel infirmier à cause de leur méconnaissance quant à la réaction du personnel. Plusieurs informateurs voient autant les hétérosexuels que les homosexuels comme capables de ressentir cette insécurité. Quelques participants estiment que l'insécurité entrave la relation entre les patients, les partenaires et les infirmiers et ainsi amène à des malentendus. Un homme de 53 ans explique : « je pense que si tu le dissimules et le caches, tu te retrouves dans une situation très étrange, où l'autre personne peut dire que tu es en train de cacher quelque chose et elle devient alors peu sûre d'elle-même, ce que j'interprète comme de la non gentillesse à mon égard- mais</p>

	<p>ce que je pense n'est pas forcément ce que c'est. Cela crée juste un malentendu- une situation délicate qui devient tendue et se relève être toute fausse- et que nous deux réagissions à cela »</p> <p><u>L'expérience des patients dans les soins infirmiers</u></p> <p>Les patients décrivaient la plupart du personnel infirmier aussi respectueux, tolérant et neutre qu'ils le pensaient. Certains patients ont ressenti une sorte de distance dans le comportement du personnel, mais celle-ci pourrait être due aux conditions médicales et pas entièrement à l'homosexualité. D'autres patients n'étaient pas sur des raisons de cette distance et ne pouvaient pas exclure que le personnel infirmier les évitait. Quelques patients voyaient la distance/ les attitudes d'évitement comme des signes d'insécurité du personnel infirmier d'être en contact avec l'inconnu.</p> <p><u>L'approche pathologique</u></p> <p>Certains informateurs ont révélé avoir vécu des expériences, dans lesquelles le personnel infirmier considérait l'homosexualité comme anormale et pathologique. Plusieurs informateurs estimaient que l'homosexualité perçue comme une pathologie dépendait de l'âge des infirmiers qui les avaient soigné. Ils trouvaient qu'ils étaient mieux compris par les jeunes infirmiers, même si ce personnel-là pouvait faire preuve d'insécurité. Les informateurs trouvaient que les jeunes infirmiers faisaient preuve de plus d'ouverture d'esprit, au moins lorsque cela concernait les femmes.</p> <p><u>Les religions immigrantes</u></p> <p>Certains participants ont parlé de l'anxiété d'être soignés par du personnel infirmier religieux et par du personnel d'un milieu culturel différent que la Suède. Tous les participants qui parlaient de leurs inquiétudes d'être soignés par des immigrants décrivaient cela sous un aspect religieux : « Je pense que les immigrants de certaines cultures ont plus de difficultés à m'accepter. Ils deviennent silencieux et ils se déconnectent plutôt d'eux-mêmes – pas d'hostilité mais un peu dans cette direction- spécialement les gens des pays musulmans- ça m'apeure que je puisse ne pas recevoir d'autant bons soins- cela ne se passe pas avec tout le monde, mais avec beaucoup d'entre eux- je n'ai jamais remarqué quelque chose comme ça avec d'autres immigrants, seulement les musulmans- parce qu'ils suivent leur chemin de vie peu importe où ils habitent- ils ne veulent remettre en question leurs pensées- ils m'attribuent à une valeur différente qu'ils ont, et je n'aime pas ça ». (homme, 53 ans)</p> <p><u>L'expérience des partenaires dans les soins infirmiers</u></p> <p>Certains participants qui avaient eu de l'expérience autant comme patient que comme partenaire percevaient que la position de parent proche impliquait toujours d'avoir un statut d'étranger, où ils étaient aux prises avec des sentiments d'impuissance, d'abandon et un manque d'informations. Plusieurs informateurs estimaient que ces sentiments d'isolement ne concernaient pas seulement les personnes gays. En effet, ils avaient pu partager cette expérience, ce constat avec d'autres proches dans le service. Cependant, d'autres informateurs mettaient en lien les attitudes négatives du personnel infirmier et de l'homosexualité. D'autres informateurs estimaient qu'il n'était pas possible d'établir automatiquement un lien entre l'homosexualité et les attitudes négatives à l'égard de patients gays ou de leurs proches, mais qu'il y aurait d'autres causes.</p>
Discussions	<p>Les informateurs estimaient que le personnel infirmier jugeait l'homosexualité comme quelque chose de maladif, mais certains trouvaient que cela dépendait de la génération et du genre du personnel infirmier. Plusieurs informateurs décrivaient une peur d'être soignés par du personnel infirmier religieux.</p> <p>Le bien-être des partenaires venait en deuxième, après celui du patient et, naturellement alors celui du personnel. Les informateurs soutenaient que les sentiments d'insécurité affectaient leur capacité à interagir.</p> <p>Les informateurs parlaient d'une insécurité liée au fait d'être ouvert sur son orientation sexuelle. Cette découverte pourrait être un exemple de l'ambivalence des émotions qui pourraient survenir lorsqu'un individu pèse les avantages qu'il va gagner en se révélant (orientation sexuelle) par rapport aux risques encourus de mauvais</p>

	<p>traitements. Cette ambivalence amène alors à des émotions insécures et pourrait facilement conduire à des mauvais jugements et à des malentendus. Cette découverte pourrait être le signe d'un conflit de cultures, qui apparaîtrait, lorsque deux cultures ont l'une envers l'autre des préjugés et des peurs. Néanmoins, ces découvertes permettent de mettre en avant le besoin d'une meilleure compréhension des problématiques gays et de la formation dans les stratégies de communication pour interagir avec les minorités, telle que les personnes gays, dans les soins infirmiers.</p> <p>De bonnes connaissances sur comment sont transmises les normes sociales et comment elles influencent la relation professionnelle sont importantes pour des professions interagissantes comme les soins infirmiers.</p> <p>L'approche pathologique et d'autres expériences négatives décrites par d'autres participants étaient étroitement connectées au genre et à la génération du personnel infirmier. Il est possible que le personnel infirmier des vieilles générations exploite mal les traditions et connaissances actuellement dépassées. Celles qui autrefois classaient l'homosexualité dans les maladies mentales. Wilton a écrit sur le manque de formation dans les soins infirmiers concernant la sexualité et ses différentes formes de cohabitations. La tradition dans les soins infirmiers de considérer l'homosexualité comme maladie date de très longtemps, mais les nouvelles générations de personnels infirmiers seraient ouvertes à de nouvelles visions.</p> <p>Un chemin plus naturel, permettant les rencontres de « différents » styles de vie devraient pour davantage de lesbiennes et d'hommes gays se visibiliser, par exemple si le personnel lesbien et gay parlait sur leur vie quotidienne, afin que les hétérosexuels puissent apprendre que la vie homosexuelle est assez commune et pas « différente » que de que l'on pense.</p> <p>Dans plusieurs régions du monde, l'homosexualité est égale ou considérée comme une maladie. La situation est particulièrement grave pour les lesbiennes et les gays dans les pays sous la loi musulman. Dans la présente étude, les informateurs décrivaient leur anxiété concernant un nombre de minorités de cultures religieuses spécifiques. En vue des attitudes envers les hommes gays et les lesbiennes dans les cultures relevées par les informateurs, cette peur ne peut pas être considérée comme irrationnelle, mais est certainement rationnelle. Des études plus approfondies sur les attitudes en soins infirmiers concernant l'homosexualité et les différentes cultures religieuses sont nécessaires.</p> <p>La plupart du personnel infirmier n'entretient probablement pas les attitudes négatives envers les personnes gays et ignore que leurs attitudes traduisent un sentiment d'aversion. Selon toutes probabilités, le personnel infirmier ressent un fort sentiment d'insécurité sur la façon dont il devrait se comporter avec les familles gays.</p> <p>Quelques recommandations pour le personnel infirmier peuvent être triées de la présente étude avec le regard d'attitudes envers les patients homosexuels et les partenaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Réfléchir à ses propres attitudes et préjugés concernant l'homosexualité 2) Réfléchir à son comportement personnel concernant les différentes minorités que l'on rencontre dans les soins infirmiers. 3) Garder l'esprit ouvert sur les différents styles de vie 4) Respecter la vie de famille de chaque patient. 5) Si vous êtes incertains sur comment se comporter, obtenez les connaissances nécessaires mais du patient ou de ses proches. 6) Réagissez de manière professionnelle et expliquez aux patients et à ses proches, si vous perdez vos moyens. <p>Les limites de l'étude sont citées et expliquées. L'une d'entre elle est que les 27 participants ne sont pas représentatifs de tous les patients et partenaires dans les soins institutionnelles, mais qu'ils sont capable d'illustrer les expériences dans les soins infirmiers des patients homosexuels et de leurs partenaires dans un contexte</p>
--	--

	d'attitudes non hétéro normatives.
Commentaires	<p><u>Désavantages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Les entretiens n'ont pas été enregistrés, il est possible ainsi que ceux qui les ont menés, les ont ensuite retranscrits en déformant les propos des participants de façon inconsciente. <p><u>Avantages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ L'étude est récente. ❖ Elle fournit de nombreux exemples des propos des participants, est très concrète. ❖ Elle inclut également les partenaires des personnes homosexuelles. ❖ Elle offre des recommandations aux infirmiers pour améliorer la qualité relationnelle, et ainsi des soins.

Eady, A., Dobinson, C. & Ross, L.E. (2011). Bisexual People's Experiences with Mental Health Services: A Qualitative Investigation. *Community Mental Health Journal*, 47, 378-389.

Problématique/ Introduction	<p>Des études suggèrent que les croyances sociales communes négatives au sujet de la bisexualité créent des barrières entre la santé, les services de santé, et les personnes bisexuelles.</p> <p>Des participants d'études antérieures ont défini les croyances sociales communes négatives au sujet de la bisexualité : les personnes bisexuelles doivent avoir une attirance de 50/50 envers les hommes et les femmes ; elles sont fourbes, infidèles à leurs partenaires et aux mœurs légères ; la bisexualité est une phase ou une transition ; et pour finir, la bisexualité n'est pas une identité sexuelle légitime.</p> <p>Le modèle du stress minoritaire de Meyer explique que la stigmatisation, les préjugés et la discrimination peuvent créer des environnements sociaux hostiles et stressants pour les gays, lesbiennes et personnes bisexuelles. Le modèle démontre comment ce processus spécifique aux groupes de minorités sexuelles, concernant les expériences de préjugés, les anticipations de rejets et de préjugés par la société, leur font ressentir le besoin de cacher et de dissimuler leur orientation sexuelle. L'homophobie intériorisée engendre ainsi des conséquences sur la santé physique et mentale des personnes avec des identités sexuelles marginales. Ce modèle est en accord avec les données montrant une association entre la discrimination perçue, le haut taux de maladies psychiatriques et la basse qualité de vie.</p> <p>Des études récentes, comparant la santé des personnes lesbiennes, gays et bisexuelles ont montré de grandes différences entre ses différents settings; alors que de nombreuses études sur la santé mentale et les personnes LGBTQ, leur avaient auparavant attribué des taux de problèmes de santé mentale similaires.</p> <p>Si les personnes bisexuelles sont plus à risque d'avoir des problèmes de santé mentale, et par conséquent auraient plus de probabilités de devoir accéder à des services de santé mentale, il est important de comprendre les facteurs au sein de ses services, qui influenceraient leur effet à l'accès aux soins et au traitement.</p> <p>Les questions de recherches ne sont pas explicitement mentionnées mais les buts de l'étude permettent de pouvoir les identifier très facilement.</p>
Type d'étude	Etude quantitative descriptive et exploratrice
Buts/ Question(s) de recherche	<p>La présente étude a les buts suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comprendre les expériences des personnes bisexuelles qui ont sollicité des services de santé mentale. 2) Comprendre leurs perceptions des attitudes des prestataires de soins envers la bisexualité. 3) Comprendre si ils estimaient que leurs besoins globaux avaient été satisfaits par le

	système de soins de santé mentale.
Population	<p>55 personnes bisexuelles de la province d'Ontario (Canada) ont été recrutées à travers des annonces concernant l'étude faite dans différents endroits comme par exemple des organisations LGBT ou encore dans des journaux locaux. Les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir 16 ans révolu et s'identifier comme bisexuelle, ou être attiré ou être sexuellement actif avec des hommes et des femmes.</p> <p>Les participants ont été programmés soit pour un groupe focus ou pour un entretien individuel. Huit groupes focus au total, composés chacun de trois à neuf participants ont été établis. Les groupes focus ont été séparés par genre si le nombre le permettait car d'autres études avaient suggéré qu'il y avait des différences concernant la santé des hommes et des femmes bisexuels.</p> <p><u>Détails de la population/ neufs groupes focus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Deux groupes focus de femmes bisexuelles dans la région de Toronto ❖ Trois groupes focus d'homme bisexuelles dans la région de Toronto ❖ Un groupe autant bien hommes que femmes de personnes bisexuelles transgenres dans la région de Toronto (quelque patients bisexuels se sont définis également comme transgenres) ❖ Deux groupes de genre mixte en dehors de la région de Toronto <p><u>Détails de la population/ entretiens:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Neuf personnes ont été interviewées, majoritairement par téléphone (7/9) parce qu'elles ne pouvaient pas être incluses dans les groupes focus pour différentes raisons.
Méthodologie	<p><u>Outils et méthodes utilisées</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Entretiens et groupes focus, menés et conduits par des chercheurs qualifiés et expérimentés, enregistrés numériquement et reportés par la suite par écrit. ❖ Les questions des groupes focus et des entretiens étaient semi structurés. ❖ L'analyse qualitative des données a été faite avec la méthode décrite par Lofland & Lofland et une approche descriptive phénoménologique. ❖ QSR N6 text management software a été utilisé pour produire le rapport résumant les taux identifiés pour chacun des thèmes identifiés. <p><u>Ethique</u></p> <p>Le projet a été approuvé par la commission éthique de recherches du Centre pour Addictions et maladies mentales.</p>
Résultats	<p>Les expériences avec les services de santé mentale décrites par les participants ont été divisées en deux catégories positives et négatives. Et ensuite, des sous-catégories selon les thèmes ont été créées afin de classer les expériences des participants.</p> <p>La plupart des épisodes décrits par les participants pourraient être classés comme négatifs, selon la base des commentaires des participants. Ils commentaient que les prestataires de soins manquaient de formation sur la bisexualité ou avaient besoin de plus d'expériences ; émettaient également des phrases descriptives comme « vraiment horrible » ou « très frustrant ».</p> <p><u>A) Pratiques négatives</u></p> <p><u>1) Expression d'un jugement</u></p> <p>Plusieurs patients sont tombés sur des prestataires de soins qui leur ont porté ouvertement des jugements négatifs concernant leur identité ou attirance bisexuelle. Par exemple Anne, participante d'un entretien depuis le Nord d'Ontario: « Le simple fait que, tu sais, j'étais entre les hommes et les femmes. Et dès que le prestataire de soins a découvert cela c'était comme « Oh, je pense que c'est dégoûtant » et j'ai pensé alors, ok, bien, je ne peux pas avoir confiance dans tes conseils ou n'importe quoi, que</p>

	<p>tu me donneras, si tu es radicalement contre mon style de vie. Alors j'ai opté pour ne plus la voir pendant longtemps encore. ».</p> <p><u>2) Non considération de la bisexualité</u></p> <p>D'exposer explicitement comme quoi la bisexualité était une période transitoire ou n'était pas une orientation sexuelle valide a été perçue comme des pratiques des prestataires de soins particulièrement non aidant pour les participants. Un participant s'est vu faire remarqué par un prestataire de soin qu'il n'avait pas choisi entre s'identifier comme gay ou hétérosexuel. De telles opinions des prestataires de soins engendraient de la frustration et d'autres émotions négatives auprès des participants. Les conséquences qui s'en suivaient étaient de ne plus voir pour longtemps encore le prestataire de soins, malgré le fait de sentir le besoin d'être aidé par des services de santé mentale.</p> <p><u>3) La bisexualité vue comme une pathologie</u></p> <p>Plusieurs patients expliquaient avoir vécu des interactions avec les prestataires de soins, durant lesquelles ils se focalisaient sur leur identité bisexuelle à l'exclusion du reste, sans rapport avec leurs problèmes. Cela amenait les participants à demander des soins de santé mentale. Ainsi, quelques uns des prestataires de soins associaient explicitement leurs problèmes de santé mentale avec leur identité sexuelle.</p> <p>Alors que dans certains cas les participants souhaitaient parler des thèmes autour de leur identité avec les prestataires de soins ; d'autres trouvaient frustrants lorsque les prestataires de soins voulaient parler de leur sexualité, alors qu'ils étaient venus pour parler d'autres choses.</p> <p>Les perceptions des participants, selon lesquelles leurs identités bisexuelles avaient été considérées de façon inappropriées et/ou comme une pathologie, démontrent que les personnes bisexuelles peuvent être à la recherche de soins en santé mentale pour un éventail de problèmes n'étant pas liés à leur identité sexuelle ou leurs relations.</p> <p><u>4) Poser des questions intrusives ou en excès</u></p> <p>Bien que le fait de poser des questions est une part importante pour construire une relation thérapeutique, certains participants ont trouvé que leurs prestataires de soins leur posaient trop de questions sur leur identité bisexuelle et leurs pratiques sexuelles, au delà de ce qu'ils ressentaient être nécessaire et aidant dans leurs soins en santé mentale.</p> <p>Les participants décrivaient leur frustration d'être perçu par les prestataires de soins comme une opportunité de s'instruire eux-mêmes sur le sujet, au lieu d'eux, participants, bénéficier de leurs services.</p> <p><u>B) Pratiques positives</u></p> <p>Il y avait trois pratiques spécifiques des prestataires de soins mentionnées par de nombreuses descriptions de participants comme des expériences positives avec les services de santé mentale, ou leurs descriptions de pratiques qu'ils aimeraient voir :</p> <p><u>1) Recherche d'instruction en dehors du temps thérapeutique</u></p> <p>Les participants ont reportés des expériences positives avec les prestataires de soins, qui faisaient des efforts pour s'instruire eux-mêmes sur la bisexualité en dehors du temps consacré à fournir des soins à leurs patients bisexuels. Cela comme mentionné plus haut peut aussi être perçu comme une expérience négative, lorsque cela se passer durant les séances des participants.</p> <p><u>2) Poser des questions ouvertes</u></p> <p>Les participants décrivaient des expériences positives avec des prestataires de soins qui posent des questions ouvertes et les clarifient. Cela a permis, par exemple à Nick d'apprendre des choses sur lui, ce qu'il n'aurait pas réussi à faire sans ses questions.</p> <p>Si les questions ne sont pas respectueuses, quelques personnes bisexuelles ne révéleront probablement pas leurs identités. Pour beaucoup de participants, la décision</p>
--	---

	<p>de ne rien révéler se basait sur les expériences passées avec des prestataires de soins.</p> <p>Basés sur les différences des expériences des participants et de leurs souhaits concernant le fait d'être questionnés sur leur identité, et sur les perceptions positives d'un environnement flexible et ouvert, dans lequel le thérapeute pose des questions pour clarifier les problèmes des participants, font émergé la possibilité qu'en général le chemin le plus positif, pour permettre aux participants de se dévoiler, est pour le prestataire de soins de créer un espace ouvert et astreint de jugements et de poser des questions non invasives ou pathologiques, si les participants veulent aborder leur bisexualité.</p> <p><u>3) Exprimer des réactions positives ou neutres quant aux révélations</u></p> <p>Il est notable qu'une réaction perçue comme positive ne requerrait pas l'expression d'une réaction positive mais seulement le manque d'une réaction négative. Une réaction neutre indiquait pour un participant, par exemple, que le prestataire de soins ne se focalisait pas sur sa bisexualité ou était surpris ou choqué par celle-ci, et cela l'aidait à sentir que le prestataire de soins acceptait son identité.</p>
Discussion	<p>Les résultats de cette étude sont en accord avec d'autres études pour dire que la majorité des prestataires de soins ne voient plus les comportements entre personnes de même sexe, en soi comme en soi pathologique mais ils expriment encore des attitudes et croyances envers les clients gays, lesbiennes, et bisexuels ; ce qui diminue les probabilités de résultats positifs des thérapies. Aussi, il apparaît que certains prestataires de soins ont intériorisé les mêmes croyances et idées sur la bisexualité, que celles ayant été reportées comme problématique pour les bisexuels dans d'autres contextes de relations sociales (avec la famille, les amis, les partenaires ou partenaires potentiels).</p> <p>Parfois les personnes bisexuelles mettent un terme à leur relations thérapeutiques avec les prestataires de soins, ce qui pourrait expliquer la forte probabilité que les personnes bisexuelles n'aient pas vu leurs besoins de santé et de santé mentale satisfaits, comparé à des personnes ayant d'autres orientations sexuelles.</p> <p>Les pratiques des prestataires de soins identifiées par les participants de la présente étude peuvent servir comme un modèle pour des changements dans les services de santé mentale pour les personnes bisexuelles. Spécialement, plusieurs actions identifiées dans l'étude peuvent permettre aux prestataires de soins individuels et aux organisations des services en santé mentale de mieux prendre en considération les besoins de leurs clients bisexuels.</p> <p>Dans l'étude le manque de connaissance sur la bisexualité a été identifié par les participants. D'ailleurs, dans une étude sur les étudiants médecins, il a été montré que 75% de ceux-ci pensaient avoir besoin d'informations spéciales pour traiter les clients LGBT. Ainsi la plupart des prestataires en soins souhaitait qu'il y ait plus de recherches faites et avoir accès à plus d'informations écrites, au sujet de la santé des personnes LGBT. Pour ce faire, et pour contrecarrer les préjugés et fausses croyances, l'association américaine psychologique a créé des guidelines pour les thérapies avec les clients gays, bisexuels et lesbiennes. Cette association propose aussi des formations pour travailler avec ses guidelines ; ceci est un premier pas.</p> <p>Les prestataires de soins peuvent viser à créer un environnement où le client va percevoir qu'ils sont ouverts à aborder tous les sujets, aussi la sexualité, réagissent de façon neutre à la révélation, et évitent de poser des questions ou faire des associations qui pourraient être perçues comme étant jugeant ou pathologique. En effet, les caractéristiques suivantes ont été décrites par les participants comme aidant : ouverture, non jugement et bonne volonté. Ces caractéristiques sont en accord avec celle décrite par Hancock comme importantes pour prodiguer un traitement optimal aux clients lesbiennes, gays, bisexuels.</p> <p>Un autre pas important pour améliorer les services pour les personnes bisexuelles est que les prestataires de soins s'assurent d'utiliser un langage non emprunt d'hétérosexisme ou monosexisme. En effet, une étude a démontré, que les participants qui avaient lu des vignettes libres de tout langage hétérosexiste avaient plus de probabilités d'estimer le prestataire de soins positivement, de dire qu'ils retourneraient</p>

	<p>chez celui-ci, ou encore d'exprimer une meilleure volonté à révéler leur orientation sexuelle à ce prestataire de soin, comparativement au groupe qui avait lu des vignettes contenant un langage hétérosexiste.</p> <p>Des points identiques aux découvertes faites par Liddle et à la présente étude peuvent être trouvés. Ainsi, voici quatre pratiques recommandées pour les praticiens travaillant avec des clients gays et lesbiennes par Liddle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Avoir des connaissances sur les communautés lesbiennes et gays et autres ressources pour leurs clients ❖ Ce n'est pas faire de l'orientation sexuelle du patient un problème, si cela n'est pas pertinent ❖ Ne pas avoir peur de soulever les problèmes autour de l'orientation sexuelle si ils sont pertinents ❖ Aider les clients à se sentir bien avec eux-mêmes en tant qu'hommes gays ou lesbiennes. <p>Plusieurs limites de l'étude sont nommées et expliquées, comme les quelques exemples suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Leurs conclusions ne peuvent pas être spécialement dirigées vers une discipline ou un type des prestataires de soins en santé mentale. ❖ Les expériences des participants provenant d'un milieu rural, qui auraient eu certainement moins l'accès aux services étaient probablement sous représentées. ❖ Les expériences des personnes bisexuelles habitant dans les environs d'Ontario, du Canada ne peuvent pas nécessairement être généralisées à d'autres settings. <p>Murphy a recommandé un focus sur trois composantes dans la formation des professionnels de santé mental concernant les problèmes LGBT :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Apporter aux prestataires de soins des informations sur les orientations sexuelles, les styles de vie LGBT, et des ressources valables pour les membres des communautés LGBT. 2) Comprendre les interactions entre l'identité sexuelle des patients et leurs autres identités, et comprendre les effets de vivre dans une société hétérosexiste et homophobe 3) Comprendre les interactions entre l'orientation sexuelle, les attitudes et les sentiments, du client et ceux du prestataire de soins.
Commentaires	<p><u>Désavantages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pas de différences faites entre les différents prestataires de soins, qui ont pourtant logiquement eu des formations différentes. <p><u>Avantages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Etude très récente ❖ Elle s'intéresse spécifiquement aux personnes bisexuelles, ce qui est bien puisque des études ont montré que les L-G-B ne présentent pas les mêmes « problèmes ». ❖ L'étude apporte également des points positifs au travers d'expériences de pratiques perçues comme positivement par les participants. ❖ Des pistes d'actions sont proposées.

Yen, C.-F., Pan, S.-M., Hou, S.-Y., Liu, H.-C., Wu, S.-J., Yang, W.-C. & Yang, H.-H. (2007). Attitudes toward gay men and lesbians and related factors among nurses in Southern Taiwan. *Journal of the royal institute of public health*, 121, 73-79.

Problématique/ Introduction	Des études dans les sociétés occidentales ont clairement mis en évidence l'existence d'attitudes négatives envers l'homosexualité au sein des professions médicales, telles que celles d'enseignants en soins infirmiers, ou encore d'étudiants en médecine ou en soins infirmiers. Il se peut alors que les hommes gais et les lesbiennes aient à faire
--------------------------------	--

	<p>face aux préjugés des professionnels de la santé.</p> <p>L'épidémie du Sida a eu un impact négatif sur les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes homosexuelles, ce qui peut conduire à de la discrimination, de l'ostracisme sociale et à une privation de différents droits.</p> <p>Les attitudes négatives, provoquant une prestation de soins moins adéquate et moins empathique, ont ainsi un impact réel sur les relations entre le patient et le prestataire de soins. Si les infirmiers désirent fournir des soins de qualité aux personnes homosexuelles, elles doivent examiner de près leurs sentiments et attitudes homophobiques. Il s'agit de la première étape pour un changement des attitudes négatives.</p> <p>Les attitudes des infirmiers à l'égard des patients homosexuels n'ont été que rarement étudiées dans des sociétés non occidentales.</p>
Type d'étude	Etude quantitative descriptive et corrélationnelle
Buts/ Question(s) de recherche	<p>Les buts de l'étude étaient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) d'explorer les différentes dimensions des attitudes des infirmiers du Sud de Taiwan envers les hommes gais et les lesbiennes 2) d'examiner l'association entre les attitudes et l'intention de fournir des soins aux personnes homosexuelles 3) d'examiner les facteurs liés aux attitudes.
Population	<p>Au total, 1824 infirmiers d'un centre médical (n=1220) et de deux hôpitaux régionaux (n=604) dans le Sud de Taiwan ont été recrutés. Les auteurs ont invités les infirmiers à répondre à deux questionnaires anonymes et les ont délivré de juillet à août 2005. 1605 infirmiers ont répondu et retourné le questionnaire, cependant 65 n'ont pas été pris en considération dans l'analyse car ils étaient incomplets. Au total 1540 infirmiers ont ainsi été inclus dans l'étude.</p>
Méthodologie	<p>Deux questionnaires ont été utilisés pour la réalisation de cette étude: le Attitudes Toward Homosexuality Questionnaire (ATHQ), et le Questionnaire on knowledge about homosexuality (QKH).</p> <p>La version taiwanaise du ATHQ, est un questionnaire de 46 items, qui examine quatre concepts dimensionnels envers l'homosexualité : condamnation/tolérance (11 items), l'éthique (13 items), le contact (18 items) et les stéréotypes (4 items). Chaque item a été apprécié par le participant sur une échelle de un (totalement pas d'accord) à cinq (totalement d'accord). Pour l'analyse des résultats, le paired t-test a été utilisé pour comparer les scores des quatre dimensions les uns avec les autres.</p> <p>Le QKH comprenait sept items à quatre points pour déterminer l'évaluation subjective des infirmiers de leur niveau de connaissances sur l'homosexualité et sur les personnes avec une orientation sexuelle.</p> <p>Pour l'analyse des résultats, si la valeur P était en dessous de 0.5 les résultats trouvés était considérés comme statistiquement significatifs.</p>
Résultats	<p>Les données démographiques et professionnelles, l'orientation sexuelle, les connaissances sur l'homosexualité et les expériences d'avoir eu un contact avec des hommes gais et des femmes lesbiennes parmi les participants ont été démontrées dans un tableau. La plupart des participants étaient des femmes (99%), et plus de la moitié des participants (55.3%) se considéraient comme absolument hétérosexuels.</p> <p>Les attitudes envers l'homosexualité sur les quatre dimensions dans le Attitudes Toward Homosexuality Questionnaire ont été démontrées dans un tableau. Le paired t-test relève que les participants avaient les attitudes les plus négatives envers l'homosexualité dans les dimensions de « contact » et de « stéréotypes », suivi par la dimension de « morale » et ensuite la « condamnation/tolérance » (paired t= -35.843 à -13.896, P< 0.001). Aucune différence n'a été trouvée entre le « contact » et les « stéréotypes ».</p>

	<p>Les infirmiers avec le plus d'attitudes négatives envers l'homosexualité avaient moins d'intentions de prendre en soins des patients homosexuels ($r=-0.552$, $P<0.001$).</p> <p>Les genres n'ont pas été différenciés dans l'analyse car aucune différence n'a été trouvée (seulement 1% d'hommes participants).</p> <p>Les résultats relèvent que les infirmiers qui avaient un proche ou un ami homosexuel ($P<0.001$), avaient un bachelor ou un master ($P<0.001$), ou avaient prodigué des soins à un patient homosexuel ($P<0.01$) étaient plus susceptibles d'avoir des attitudes positives envers l'homosexualité. Les infirmiers, qui quant à eux, travaillaient depuis une plus longue période ($P<0.001$), se décrivaient comme absolument hétérosexuels ($P<0.01$), et étaient religieux ($P<0.05$) étaient plus susceptibles d'avoir des attitudes négatives envers l'homosexualité. Ni l'âge, le type d'hôpital, les connaissances sur l'homosexualité n'a été associé avec les attitudes envers l'homosexualité.</p>
Discussion	<p>Cette étude relève que les infirmiers ont les attitudes les plus négatives envers l'homosexualité dans les dimensions de « contact » et « stéréotypes », suivi par les dimensions de « l'éthique » et de la « condamnation/tolérance ». Dans les études occidentales, les attitudes parlant du contact entre les individus homosexuels et les personnes hétérosexuelles sont typiquement traitées selon une perspective psychodynamique. C'est-à-dire que les personnes hétérosexuelles refoulent leur attirance envers les personnes de même sexe, et par conséquent elles affichent une réaction défensive envers les personnes homosexuelles en condamnant l'homosexualité. Cependant, l'item « contact » dans le <i>Attitudes Toward Homosexuality Questionnaire</i> évaluait les réactions de potentielles interactions avec une personne gay, dont le participant connaissait ou ne connaissait pas auparavant l'orientation sexuelle de la personne gay (par exemple, travailler avec une personne gay ou avoir un voisin gay). Ce n'est pas des interactions de nature sexuelle. En tant que prestataires de soins, pour les infirmiers, le contact avec des patients homosexuels est inévitable. Leurs attitudes négatives avec les patients homosexuels seraient une barrière à la prestation de soins réguliers et sérieux.</p> <p>Les auteurs ont trouvé que les infirmiers avec plus d'attitudes négatives envers les hommes gays et les femmes lesbiennes avaient de fortes chances d'avoir de plus faibles intentions de prodiguer des soins à cette même population. Cela démontre l'importance d'examiner et de changer les attitudes négatives des infirmiers à l'égard des personnes homosexuelles. A Taiwan, il n'est pas exigé du personnel médical qu'il acquiert une qualification dans le domaine de compétences concernant « la diversité et les différences au travail ». Pourtant, cela pourrait permettre aux équipes infirmières d'avoir une meilleure compréhension de leurs attitudes et préjugés à tous les niveaux, aussi bien qu'une meilleure compréhension des différents besoins des patients. Cela vaut la peine de suggérer que dans le futur cette qualification devienne obligatoire.</p> <p>Les items concernant les stéréotypes reflètent l'association entre genre et croyances (par exemple, les personnes homosexuelles ont des caractéristiques propre à leur genre opposé), aux croyances psychodynamiques (par exemples, les homosexuels ont des mères dominatrices), et enfin aux croyances sur la sexualité des personnes homosexuelles (par exemple, ils sont sexuellement faibles ou déviants).</p> <p>Dans le « Mims-Swenson Sexual Health Model », qui apporte un cadre pour la formation, la pratique en soins infirmiers, et pour la recherche dans la santé sexuelle, les deux types de comportements des infirmiers- destructeurs ou intuitivement aidant- envers les hommes gais et les lesbiennes sont décrits comme étant influencés par les nombreux tabous, mythes et réponses stéréotypées à l'orientation sexuelle, de la société. Les infirmiers ont besoin d'être conscient de leurs propres valeurs dirigées vers l'orientation sexuelle, et de les intégrer avec leurs valeurs personnelles et professionnelles afin d'améliorer leurs attitudes dans la pratique infirmière. Des recherches précédentes ont trouvé que les attitudes infirmières envers l'homosexualité pouvaient changer par de l'éducation sexuelle. D'inclure les questions autour de l'orientation sexuelle dans le cursus infirmier serait cliniquement bénéfique. En même temps, les enseignants en soins infirmiers doivent analyser et surpasser leurs propres tendances et préjugés, car les étudiants sont sensibles aux attitudes de leurs enseignants.</p>

	<p>En accord avec d'autres études, les résultats démontrent que les infirmiers qui ont des proches ou amis homosexuels ou ont déjà prodigué des soins à une personne homosexuelle présentent plus d'attitudes positives envers les hommes gais et les lesbiennes. Il a été prouvé que la participation à de petits groupes de discussions avec des membres gais et lesbiennes de faculté influence les étudiants à développer plus d'attitudes favorables les personnes homosexuelles. Il serait alors bénéfique que les infirmiers ayant eu des expériences professionnelles avec des personnes homosexuelles, les partagent au personnel infirmier et aux étudiants infirmiers.</p> <p>Cette étude a montré que les infirmiers qui avaient un plus haut niveau de formation (un degré de bachelor ou de master) avaient plus de probabilités d'avoir des attitudes positives envers l'homosexualité. Bien que les évaluations subjectives des infirmiers quant à leur niveau de connaissances sur l'homosexualité n'étaient pas associées avec les attitudes, un plus haut degré de formation semblerait avoir offert l'opportunité aux infirmiers d'avoir pris conscience de leurs propres valeurs quant à l'orientation sexuelle. Mims et Swenson suggèrent qu'une formation supérieure est nécessaire pour permettre aux infirmiers de concevoir des programmes éducatifs et conduire des recherches sur les questions homosexuelles. Pour les infirmiers qui n'ont pas reçu une formation en bachelor ou master, il est nécessaire de développer des routines capables de conserver la santé et le bien-être des patients.</p> <p>Une découverte intéressante dans cette étude est que les infirmiers qui travaillent depuis une plus longue période avaient plus d'attitudes négatives envers les personnes homosexuelles. Une explication possible pour ce résultat est que les infirmiers seniors sont plus susceptibles de soutenir les rôles traditionnels des genres et d'avoir des points de vue stéréotypés quant à l'orientation sexuelle, bien que l'âge n'a pas été associé avec les attitudes envers les personnes homosexuelles dans cette étude. Les infirmiers seniors semblent avoir eu cependant une interprétation dépassée concernant la structure et le fonctionnement du psychisme et du développement de l'enfant, ce qui induisait en erreur leurs attitudes envers l'homosexualité.</p> <p>Des études ont montré des différences dans l'homophobie entre les genres. A Taïwan, le taux d'hommes infirmiers est en augmentation ; il est donc nécessaire de mener de futures études afin d'examiner les différences de genres dans les attitudes envers les personnes homosexuelles.</p> <p>Cette étude montre que les infirmiers qui ont des activités religieuses fréquentes sont plus susceptibles d'avoir des attitudes négatives envers l'homosexualité. Il y a différentes attitudes envers l'homosexualité parmi les confessions religieuses à Taiwan. Par exemple, le Christianisme condamne explicitement l'homosexualité, alors que le Bouddhisme, le Taoïsme et des religions populaires n'abordent pas du thème de l'homosexualité. Le lien entre les attitudes envers l'homosexualité et l'intensité des attaches religieuses à Taiwan devaient être examinés dans d'autres études.</p> <p><u>Les limites de l'étude</u></p> <p>Les attitudes négatives n'ont pas été séparé selon si il s'agissait des lesbiennes ou des hommes gais.</p> <p>Certains outils provenant d'études ayant été menées dans les pays occidentaux ont été utilisés pour la présente étude. N'y-a-t-il pas des différences culturelles, ou relatives aux droits des homosexuels ?</p>
Commentaires	<p><u>Désavantages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ L'étude a été effectuée dans une société non-occidentale, dès lors les résultats sont-ils généralisables ? ❖ Aucun homme quasiment, pour cause de manque, n'a participé à l'étude (99% de femmes). <p><u>Avantages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ L'étude se base sur un grand échantillon et a quantifié les données. ❖ L'étude apporte de nouveaux éléments, car elle met en avant les facteurs

	<p>influençant les attitudes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Elle établit un lien entre les attitudes des infirmiers et leur envie de soigner une personne homosexuelle. ❖ Elle parle de l'infirmier en tant qu'individu à part entière avec des valeurs personnelles, dont il devrait prendre conscience. ❖ Elle a pris en compte la sexualité des infirmiers, c'est la seule étude des 10 à l'avoir fait.
--	--

Tjepkema, M. (2008). Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada. *Rapport sur la santé*, 19(1), 56-70.

Problématique/ Introduction	<p>Une certaine quantité de personnes gais, lesbiennes et bisexuelles expliquent avoir vécu de mauvaises expériences en lien avec leur orientation sexuelle avec le système de soins de santé. A cause de cela, ils « évitent d'obtenir des soins ou en retardent le moment » (p.57) Ces résultats provenant d'études américaines ne sont pas forcément transposables pour le Canada, d'où l'intérêt aussi de cette recherche.</p> <p>Des études ont montré qu'ils y avaient des différences entre les personnes gays, lesbiennes et bisexuelles concernant l'utilisation des services de santé.</p>
Type d'étude	Étude quantitative descriptive et corrélationnelle
Buts/ Question(s) de recherche	L'étude poursuivait les buts suivants : « déterminer si les consultations avec les prestataires de soins de santé, le fait ne pas avoir de médecin de famille, les besoins de soins de santé non satisfaits et l'obtention de tests de dépistages préventifs varient selon l'identité sexuelle chez les Canadiens de 18 à 59 ans ». (p. 57)
Population	La présente étude s'est intéressée aux données concernant les personnes âgées de 18 à 59 ans ayant révélées leur identité sexuelle. Les personnes ne l'ayant pas révélé n'ont pas été prise en compte pour cette étude.
Méthodologie	<p><u>Provenance des données</u></p> <p>L'auteur a utilisé deux groupes de données : toutes deux recueillies de « l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) » (p.57), de 2003 et 2005. Ce regroupement a permis d'avoir un échantillon plus grand de personnes gays, lesbiennes et bisexuelles. ESCC est « une enquête probabiliste nationale de grande portée réalisée par Statistique Canada » (p.58).</p> <p>Cette enquête a comme population cible toutes les personnes de 12 ans et plus « des provinces et des territoires, sauf les membres de la force régulière des Forces canadiennes, les personnes vivant en établissement et les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées » (p.58). Les données sont recueillies à 25% par entrevues et à 75% par téléphone.</p> <p><u>Techniques d'analyse</u></p> <p>Les techniques d'analyses utilisées sont expliquées en détails. L'auteur a utilisé le « modèle d'Andersen pour l'utilisation des soins de santé » (p.59) « ...comme cadre pour le choix des variables explicatives dans la modélisation de l'utilisation des soins de santé » (p.59). « Selon le modèle d'Andersen, la décision de chercher à obtenir des soins est influencée par des facteurs prédisposants, tels que l'âge, le sexe et les convictions concernant la santé, par des facteurs facilitant, tels que le revenu, le niveau de scolarité et la disponibilité des services et par des facteurs de besoin, tels que l'état de santé et l'existence de problèmes de santé chroniques » (p.59).</p>
Résultats	<p>Environ 346 000 personnes sont considérées comme gays, lesbiennes ou bisexuelles. Cela représente « 1.9% de la population canadienne de 18 à 59 ans » (p.62) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 130 000 gays (1,4% des hommes entre 18 et 59 ans) ❖ 59 000 hommes bisexuels (0.7%)

	<p>❖ 71 000 lesbiennes (0.8% des femmes entre 18 et 59 ans)</p> <p>❖ 85 000 femmes bisexuelles (0.9%)</p> <p>« Des proportions comparativement élevées de gays, de lesbiennes et de bisexuels vivaient à Montréal, à Toronto ou à Vancouver » (p.63).</p> <p><u>Santé physique et mentale</u></p> <p>« L'état de santé général auto évalué des gays et des lesbiennes était comparable à celui des hétérosexuels. Par contre, les bisexuels étaient plus susceptibles que les hétérosexuels de juger leur santé passable ou mauvaise.</p> <p>Les hommes gays et lesbiennes avaient tendance à déclarer un plus grand nombre de problèmes de santé chroniques que la population hétérosexuelle.</p> <p>A la question de savoir si l'on avait diagnostiqué chez eux un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, les membres de tous les groupes sexuels minoritaires ont fait état de niveaux supérieurs à ceux observés pour la population hétérosexuelle. « (p.63).</p> <p><u>Soins de santé</u></p> <p>« L'utilisation des services de soins de santé varie selon l'identité sexuelle » (p.64).</p> <p><u>1) Hommes</u></p> <p>Comparativement aux hommes hétérosexuels, les hommes gays étaient plus susceptibles d'avoir consulté un médecin de famille, un spécialiste ou une infirmière au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête » (p.64).</p> <p>Pour les hommes bisexuels et hétérosexuels, il n'y avait pas de différence, si ce n'est que les hommes bisexuels « avaient des contacts plus fréquents avec des travailleurs sociaux ou des conseillers et avec des psychologues, et ils étaient plus susceptibles de déclarer avoir assisté à des réunions de groupes d'entraide » (p.64).</p> <p><u>2) Femmes</u></p> <p>« Parmi les femmes, les lesbiennes étaient un peu moins susceptibles d'avoir consulté un médecin de famille au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête que les femmes hétérosexuelles, mais plus susceptibles d'avoir consulté un psychologue et un intervenant en médecine douce, ainsi que d'avoir assisté à une réunion de groupe d'entraide.</p> <p>Les femmes bisexuelles, quant à elles, étaient, toutes proportions gardées, plus nombreuses à avoir consulté une infirmière, un travailleur social ou un conseiller, un psychologue et un intervenant en médecine douce et à avoir assisté à des réunions de groupe d'entraide que les femmes hétérosexuelles » (p.64).</p> <p><u>Besoins de soins de santé non satisfaits / pas de médecin de famille</u></p> <p>« Les gays, les lesbiennes et les bisexuels étaient plus susceptibles que les hétérosexuels de déclarer des besoins de soins de santé non satisfaits au cours de l'année qui a précédé l'enquête » (p.66).</p> <p>« Les proportions d'hommes gays, bisexuels et hétérosexuels qui ont déclaré ne pas avoir de médecin de famille sont statistiquement semblables. Chez les femmes, la proportion n'ayant pas de médecin de famille est plus élevée pour les lesbiennes et les bisexuelles que pour les hétérosexuelles » (p.64).</p> <p>« La probabilité qu'une femme ait passé une mammographie au cours des deux années qui ont précédé l'enquête diffère dans une certaine mesure selon l'identité sexuelle. Chez les femmes de 50 à 59 ans, la prévalence était la même pour les lesbiennes et les hétérosexuelles, mais la proportion était un peu plus faible pour les bisexuelles.</p> <p>L'obtention d'un test Pap varie aussi selon l'identité sexuelle. Moins des deux tiers des lesbiennes ont déclaré avoir subi un test Pap au cours des trois années qui ont précédé l'enquête, proportion nettement inférieure aux chiffres relevés pour les femmes hétérosexuelles (77,1 %) et bisexuelles (76,2 %) » (p. 66).</p>
--	--

Discussion	<p>« La prévalence de la consultation des professionnels de la santé varie selon l'identité sexuelle, indépendamment des différences socio démographiques et d'état de santé. Des écarts sont également évidents en ce qui concerne l'absence de médecin de famille et la déclaration de besoins de soins de santé non satisfaits, ainsi que, dans le cas des femmes, l'obtention de deux procédures de dépistage préventif du cancer (mammographie et test Pap).</p> <p>« Alors que la cote exprimant les chances d'avoir consulté un médecin de famille au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête était la même pour tous les hommes, quelle que soit leur identité sexuelle, les lesbiennes étaient moins susceptibles que les femmes hétérosexuelles d'avoir consulté un médecin. Une explication possible serait que certaines lesbiennes ne sont pas disposées à divulguer leur orientation sexuelle aux prestataires de soins de santé. En fait, selon certaines études, les lesbiennes qui ont informé leur médecin de leur orientation sexuelle utilisent davantage le système de soins de santé.</p> <p>Des études américaines ont également démontré que certaines lesbiennes retardent le moment d'obtenir des soins ou évitent de les obtenir à cause de facteurs associés à leur orientation sexuelle, tels que la crainte de divulguer à leur médecin qu'elles sont lesbiennes ou des expériences passées négatives » (p.66)</p> <p>« Le fait que la prévalence de la consultation des médecins de famille est la même chez les hommes gays, bisexuels et hétérosexuels n'est pas inattendue. Selon une étude américaine, la cote exprimant les chances d'avoir rendu visite à un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois est supérieure à la moyenne chez les hommes qui vivent avec un partenaire de même sexe. Les auteurs supposent que l'épidémie d'infection par le VIH pourrait avoir rendu les hommes gais plus enclins à obtenir des soins préventifs, à discuter de préoccupations relatives à l'infection par le VIH et à indiquer plus ouvertement leur orientation sexuelle aux prestataires de soins de santé » (p.66)</p> <p>« Les taux d'utilisation des services des professionnels de la santé qui offrent un soutien émotionnel ou mental sont généralement plus élevés chez les gays, les lesbiennes et les bisexuels, résultats qui confirment ceux d'autres études. Certains soutiennent que les lesbiennes et les femmes bisexuelles considèrent le counselling psychologique comme important et que les collectivités gaies, lesbiennes et bisexuelles pourraient avoir fait de l'utilisation des services de santé mentale une norme positive. De même, les problèmes de stress liés à l'état de minorité (stress auquel font face les personnes qui appartiennent à une catégorie sociale stigmatisée) pourraient être l'élément qui déclenche la recherche de ce type de soins » (p.66-67).</p> <p>« La cote exprimant le risque de ne pas avoir de médecin de famille est plus élevée pour les lesbiennes et les femmes bisexuelles, et celle exprimant le risque de déclarer des besoins de soins de santé non satisfaits est élevée pour les personnes bisexuelles des deux sexes. Certaines données laissent entendre que, comparativement aux hommes gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles considèrent l'attitude des prestataires de soins de santé à l'égard des questions liées à la non-hétérosexualité comme un facteur plus important lorsqu'il s'agit de choisir un médecin » (p.67).</p> <p>« Corroborant avec d'autres travaux de recherche, les résultats de l'ESCC montrent que les taux de prévalence du dépistage par le test Pap sont plus faibles chez les lesbiennes qu chez les femmes hétérosexuelles et bisexuelles. Les taux de dépistage plus faibles chez les lesbiennes pourraient refléter une réaction à d'anciennes expériences négatives avec les prestataires de soins de santé » (p.67).</p> <p>L'étude mets en avant que l'utilisation des soins de santé par les populations gaies, lesbiennes et bisexuelles présentent des différences et donc ces différentes populations devraient être étudiées séparément dans de futures études.</p> <p><u>Limites</u></p> <p>Une des limites est que des personnes gays, bisexuelles et lesbiennes aient pu être classé parmi les hétérosexuels.</p> <p>Ceux qui ont choisi à révéler à l'intervieweur leur orientation sexuelle sont</p>
------------	--

	certainement plus francs au sujet de leur identité sexuelle et pourraient « être plus enclin à utiliser plus le système de soins de santé que d'autres membres des collectivités gaies, lesbiennes et bisexuelles » (p.67).
Commentaires	<p><u>Désavantages:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ L'étude n'a pas différencié la satisfaction des besoins de santé selon les différentes professions des prestataires de soins. ❖ Elle ne se focalise pas sur les infirmiers. <p><u>Avantages:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ L'échantillon est pris d'une enquête nationale à grande portée. ❖ Elle met en évidence des différences entre les L-G-B et hétérosexuels.

Röndahl G., Innala, S., Carlsson, M. (2004b). Nurses' attitudes towards lesbians and gay men. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 386-392.

Problématique/ Introduction	<p>Durant la dernière décennie, la politique officielle et la législation suédoise a renforcé les droits des homosexuels et demandé de la tolérance pour ce groupe. Il est prouvé dans la littérature que les patients homosexuels ont éprouvé des attitudes négatives et une pauvre qualité des soins infirmiers à leurs égards, et peuvent être réticents à révéler leur orientation sexuelle par peur de subir des traitements discriminatoires.</p> <p>Des études menées (Ernulf et al., 1988) en Arizona, à Hawaï, aux Philippines et en Suède ont montré que la majorité des participants (72%) pensaient que l'homosexualité était acquise. Les participants qui pensaient que l'homosexualité était innée exprimaient moins d'homophobie. Les moins bonnes attitudes positives envers les homosexuels dépendaient du niveau de tolérance de la culture local. Les croyances ont varié selon les différentes périodes.</p> <p>Les auteurs de l'étude suggèrent que beaucoup d'infirmiers ont des attitudes négatives et ont ainsi des difficultés à montrer de la même compréhension, sensibilité et de fournir des soins infirmiers de qualité égale aux patients homosexuels comparativement aux hétérosexuels. (Brogan 1997, Lehmann et al. 1998, Wojciechowski 1998, James & Platzer 1999, Salmon & Hall 1999, Stevens & Morgan 1999, Taylor 1999, Albarran & Salmon 2000, Platzer & James 2000, Spinks et al. 2000).</p>
Type d'étude	Etude quantitative descriptive et comparative
Buts/ Question(s) de recherche	Les buts de la présente étude était d'investiguer, les attitudes du personnel infirmier et des étudiants infirmiers envers les lesbiennes et les hommes gais, les croyances du personnel infirmier et des étudiants infirmiers sur les causes de l'homosexualité et les possibles différences dans les attitudes en lien avec les croyances sur les causes de l'homosexualité.
Population	<p>67% de 48 infirmiers et de 37 assistants infirmiers (n= 57), provenant d'une clinique de maladies infectieuses ont participé à l'étude.</p> <p>62% des étudiants infirmiers et des étudiants assistants infirmiers (n= 165) ont participé à l'étude. Les étudiants infirmiers sélectionnés étaient à leur deuxième ou sixième semestre de leurs études en soins infirmiers en Suède centrale (n= 155). Les étudiants assistants infirmiers sélectionnés étaient à leur quatrième ou sixième semestre de leur formation en Suède central (n=113).</p>
Méthodologie	<p>Pour augmenter le taux de réponses, les données ont été collectées anonymement avec deux questionnaires auto administrés. Les données ont été récoltées eu deux temps :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) auprès du personnel infirmier en 1999 2) auprès des étudiants infirmiers en 2000 <p>Les instruments utilisés incluaient des données démographiques, une échelle des attitudes envers l'homosexualité et un Questionnaire sur les causes de</p>

	l'homosexualité. Celui-ci a été utilisé pour étudier la relation entre l'homophobie et la croyance de l'origine (innée ou acquise), de l'homosexualité.
Résultats	<p><u>Les attitudes</u></p> <p>L'échantillon en tout (n=224) reportait des attitudes positives. Cependant, les différents groupes démontraient des différences significatives dans les attitudes envers les lesbiennes et les hommes gais ($F=7.657$; d.f. 3/221 ; $P=0.0001$). Les étudiants assistants en soins infirmiers exprimaient moins d'attitudes positives que les autres groupes (infirmiers, infirmiers assistants étudiants infirmiers). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les infirmiers diplômés et les étudiants.</p> <p>Les attitudes ont été classées en trois catégories : positives, négatives et neutres. Sur l'ensemble de l'échantillon, il a été répertorié 17 attitudes négatives, 67 neutres et 140 positives.</p> <p><u>Les croyances sur la cause de l'homosexualité</u></p> <p>Sur un total de 212 participants qui ont répondu à la question concernant les causes de l'homosexualité, une majorité (58%, n= 124) pensait que l'homosexualité était innée, 35 % pensait qu'elle était acquise et 7 % choisissait la réponse autre. La croyance que l'homosexualité était innée a été exprimée par 35 infirmiers et 89 étudiants. Concernant le personnel infirmier, 15 personnes pensaient que l'homosexualité était acquise, et 59 pour les étudiants. Dans les groupes d'étudiants 14 participants ont reporté la cause de l'homosexualité comme « autre » plutôt que innée ou acquise. Un exemple d'un étudiant qui a choisi la mention « autre » : « Aujourd'hui l'homosexualité est une passage de la mode. Le résultat d'une humanité qui tourne le dos à Dieu. Ils veulent attirer de l'attention et contrarier le public ».</p> <p><u>Les attitudes envers l'homosexualité et ses causes</u></p> <p>Les deux groupes (acquis ou inné) montrent des différences significatives dans les attitudes liées à leurs croyances sur la cause de l'homosexualité ($t=3.46$; d.f.=182 ; $P=0.0007$). Le groupe qui croyait que l'homosexualité était innée exprimait un plus haut score d'attitudes positives que le groupe qui croyait qu'elle était acquise.</p>
Discussion	<p>Des études antérieures (Ernulf & Innala 1987, Van de Ven et al. 1996) ont démontré que les aspects cognitifs de l'homophobie reflétaient les attitudes et les connaissances des personnes sur l'homosexualité. Les expériences de vie et de formation peuvent expliquer pour les infirmières diplômées exprimaient le plus haut score d'attitudes positives. Les étudiants infirmiers avaient un faible score, mais plus élevé concernant les attitudes positives que les étudiants assistants infirmiers, ce qui doit avoir un lien avec le niveau de formation. Le groupe avec le moins d'attitudes positives était celui des étudiants assistants infirmiers. Cela confirme la raison mentionnée ci-dessus, que ce groupe était alors le plus jeune dans l'échantillon et avait le niveau de formation le plus bas.</p> <p>Les personnes avec des attitudes négatives, souvent mais pas toujours, montrent un manque de connaissances concernant l'homosexualité (Ernulf & Innala 1987, Van de Ven et al. 1996). Un petit nombre des participants ont exprimé des attitudes négatives à l'encontre de l'homosexualité. Pour appuyer cela par des preuves, de nouvelles investigations sont nécessaires afin de déterminer les connaissances et la conscience de l'homosexualité concernant le personnel infirmier et les étudiants. Des études antérieures ont reporté de la violence envers les patients homosexuels (Brogan 1997, Lehmann et al. 1998, Wojciechowski 1998, James & Platzer 1999, Salmon & Hall 1999, Stevens & Morgan 1999, Taylor 1999, Albarran & Salmon 2000, Platzer & James 2000, Spinks et al. 2000). Les personnes avec des attitudes négatives ont sans doute plus de probabilité d'être une menace envers les personnes homosexuels (Van de Ven et al. 1996). Il est donc important de noter que 8% du personnel infirmier diplômé et des étudiants ont exprimé des attitudes très négatives.</p> <p>De nouvelles connaissances et de vieux préjugés conduisent parfois à éprouver des attitudes et des sentiments ambivalents. Les participants (30%) qui exprimaient des attitudes neutres (ni positives, ni négatives) peuvent avoir éprouvé de tels sentiments ambivalents. Ils peuvent se sentir partagé entre une impulsion prioritaire d'être</p>

	<p>tolérant et un malaise viscéral avec la culture gay. Ces personnes qui ont exprimé leur neutralité, peuvent ainsi ne pas avoir exprimé leur vraies attitudes envers l'homosexualité. Si les personnes se voient comme sans préjugés (ou souhaitent accomplir d'une façon exempte de préjugées) et éprouvent déjà des émotions négatives, alors d'extrêmes réactions peuvent être générées. Les efforts d'une personne pour protéger sa propre estime peuvent l'amener à réactive d'une façon négative. Le contexte d'où et de comment l'interaction est ressentie peut avoir une importance cruciale pour des attitudes futures (Fiske 1998). Il est donc important d'inciter ces infirmiers à être positif plutôt que neutre.</p> <p>Dans la présente étude, 58% des participants répondaient que l'homosexualité était innée, ce qui est contraire aux résultats d'autres recherches antérieures (Ernulf et al. 1989). Durant les dix dernières années, des acteurs, des politiciens et d'autres célébrités, homosexuels en Suède sont devenus plus ouverts sur leur orientation sexuelle. Les contre rendus des médias et la vision d'hommes gais dans des films et à la télévision ont rendu la population gay plus visible aux yeux du public. Cette visibilité peut avoir affectée le changement des croyances concernant les causes de l'homosexualité.</p> <p>L'étude confirme les résultats d'études précédents ayant montrées une corrélation entre la croyance que l'homosexualité est acquise et un haut niveau d'homophobie (Ernulf et al. 1989). Cela reflète la peur de personnes pensant qu'elles pourraient devenir homosexuelles, ou la peur de l'inconnu. Cette peur peut à tour de rôle amener à des sentiments de honte et de culpabilité. Si une personne croit que les homosexuels choisissent ou apprennent à être homosexuel, il s'en suit qu'elles peuvent alors croire que les personnes homosexuelles sont responsables de leurs actions, une croyance qui est l'élément déclencheur de la colère à l'égard de ces personnes homosexuelles. Si une personne croit l'homosexualité comme innée, alors il n'y a pas de notion de responsabilité.</p> <p>La population n'a pas été randomisée, les résultats peuvent être comparés seulement avec des études en dehors de la Scandinavie, puisque aucune autre étude ne s'est penchée sur ce problème en Scandinavie.</p> <p><u>Implications pour les soins infirmiers et la formation en soins infirmiers</u></p> <p>Le personnel infirmier et les étudiants qui ont participé à cette étude ont exprimé des attitudes positives en général, mais quelques uns ont rapporté des attitudes très négatives. Ceux qui ont rapporté avoir des attitudes neutres devraient être encouragés à en avoir davantage de positives, d'autant que les conséquences de l'ambivalence des émotions peut les conduire à préférer éviter de soigner des patients homosexuels. Cela est particulièrement marquant dans les soins infirmiers, qui exigent des interactions positives (Brewer & Brown 1998). Une formation générale sur l'homosexualité est un commencement nécessaire pour rendre les patients homosexuels visibles, et un aspect important de l'éthique des soins infirmiers (Richmond & McKenna 1998, Taylor 1999, Allison et al. 2000, Røndahl et al. 2003).</p>
Commentaires	<p>L'étude, bien que basée sur un petit échantillon, permet d'établir un lien entre les attitudes négatives envers l'homosexualité et les croyances quant à l'origine de celle-ci. Elle démontre l'importance de créer une formation générale sur l'homosexualité. Elle casse ainsi l'idée que les croyances, préjugés des soignants quant à l'homosexualité n'aient pas d'impact sur les soins ou la relation au patient.</p>

Hou, S.-Y., Pan, S.-M., Ko, N.-Y., Liu, H.-C., Wu, S.-J., Yang, W.-C., Yang, H.-H., Shieh, S.-F., Chuang, L.-Y. & Yen, C.-F. (2006). Correlates of attitudes toward homosexuality and intention to care for homosexual people among psychiatric nurses in southern Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 22, 390-397.

Problématique/ Introduction	<p>Une étude internationale a montré que 8.6 à 11.6% des femmes et 7.9 à 8.7% des hommes, âgés de plus de 15 ans, reportent avoir une attirance pour les personnes de même sexe. Ces personnes subissent, et ce malgré le fait que cette orientation sexuelle ne soit pas rare, des préjugés dans de nombreux milieux sociaux. La discrimination que ces personnes peuvent fréquemment subir peut être partiellement mis en lien avec les taux plus élevés de dépressions (2.7 à 3 fois plus élevé) et de suicides chez les</p>
--------------------------------	--

	<p>personnes homosexuelles comparés à la population en général. Ainsi, les infirmiers en psychiatrie rencontrent de nombreuses opportunités d'entrer en contact avec des personnes homosexuelles et de leur fournir des soins ; il est donc nécessaire pour les infirmiers en psychiatrie de connaître les questions liées à l'homosexualité.</p> <p>Des attitudes négatives à l'égard des personnes homosexuelles ont déjà été démontrées dans d'autres études et les personnes avec une orientation homosexuelle disent devoir faire face aux préjugés des professionnels de la santé. Les attitudes négatives, qui ont un impact sur l'offre en soins aux personnes homosexuelles –soins moins adéquats et moins empathiques–, comparativement à ceux prodigués aux autres personnes, influencent réellement les relations entre les prestataires de soins et les patients. Cependant aucune étude n'a étudié les corrélations entre l'intention de prodiguer des soins et l'orientation sexuelle des patients.</p> <p>Si les infirmiers en psychiatrie veulent prodiguer des soins de qualité aux personnes homosexuelles, ils doivent examiner leurs attitudes à l'égard de ces personnes. Identifier des corrélations entre les attitudes envers les personnes homosexuelles et l'intention de leur prodiguer des soins relève d'un avantage clinique. Ces questions autour de l'homosexualité ont rarement été traitées parmi les infirmiers en psychiatrie et encore moins parmi du personnel médical non –occidental.</p>
Type d'étude	Etude quantitative descriptive et corrélationnelle
Buts/ Question(s) de recherche	Le but de cette étude était d'examiner l'association des attitudes des infirmiers en psychiatrie envers les individus homosexuels avec, leur intention de les soigner, les facteurs démographiques et professionnels, l'orientation sexuelle, les connaissances sur l'homosexualité, et les expériences de contact avec des personnes homosexuelles.
Population	Au total, 133 infirmiers en psychiatrie d'un centre médical (n=32), de trois hôpitaux régionaux (n=46), et d'un centre psychiatrique (n=55) ont été recrutés dans le Sud de Taiwan. Les participants ont été invités à compléter deux questionnaires de façon anonyme entre juin et juillet 2005.
Méthodologie	<p>Deux questionnaires ont été utilisés pour la réalisation de cette étude : le <i>Attitudes Toward Homosexuality Questionnaire (ATHQ)</i>, et le <i>Questionnaire on knowledge about homosexuality (QKH)</i>.</p> <p>La version taiwanaise du <i>ATHQ</i>, est un questionnaire de 46 items, qui examine quatre concepts dimensionnels envers l'homosexualité : condamnation/tolérance (11 items), l'éthique (13 items), le contact (18 items) et les stéréotypes (4 items). Chaque item a été apprécié par le participant sur une échelle de un (totalement pas d'accord) à cinq (totalement d'accord).</p> <p>Le <i>QKH</i> comprenait sept items à quatre points pour déterminer l'évaluation subjective des infirmiers en psychiatrie de leur niveau de connaissances sur l'homosexualité et sur les personnes avec une orientation homosexuelle.</p> <p>Le niveau d'intention des infirmiers en psychiatrie de prendre en soins une personne homosexuelle, ainsi que leur orientation sexuelle a été évalué sur des échelles allant de 0 à 100. Il a aussi été demandé aux participants si ils avaient des proches, amis homosexuels et si ils avaient déjà prodigué des soins à un patient homosexuel.</p> <p>Pour l'analyse des résultats, si la valeur P était en dessous de 0.5 les résultats trouvés étaient considérés comme statistiquement significatifs.</p>
Résultats	<p>Tous les participants étaient des femmes, avec une moyenne d'âge de 29.6 ans. Elles étaient depuis en moyenne 7.1 années infirmières en psychiatrie. 49% (n=65) des participants avaient un bachelor ou un master, 60.9% (n=81) avaient déjà soigné un patient homosexuel, et 28.6% (n=38) avaient un proche ou un ami homosexuel. 65 participants se considéraient comme absolument hétérosexuel (48.9%).</p> <p>Les résultats ont révélé que les infirmiers en psychiatrie qui avaient un degré de bachelor ou de master ($p= 0.001$), ainsi qu'un plus haut niveau de connaissances sur l'homosexualité ($p= 0.005$) ou un proche ou un ami homosexuel ($p= 0.009$), avaient plus de probabilités d'avoir des attitudes positives envers les patients homosexuels. L'âge, le mariage, la religion, la durée depuis laquelle le participant était infirmier en</p>

	<p>psychiatrie, l'expérience ou pas du participant dans les soins aux personnes homosexuelles, les types d'hôpitaux et l'orientation sexuelle n'ont pas été associés avec des attitudes envers l'homosexualité.</p> <p>Les résultats ont révélé que les infirmiers en psychiatrie qui avaient le plus d'attitudes positives envers l'homosexualité ($p=0.005$), qui travaillaient dans un centre médical ou des hôpitaux régionaux ($p= 0.001$) avaient de plus grandes intentions de prodiguer des soins aux patients homosexuels.</p>
Discussion	<p>Des plus hauts niveaux de formation (Bachelor ou Master) sembleraient avoir offert l'opportunité aux infirmiers d'avoir pris conscience de leurs propres valeurs quant à l'orientation sexuelle. Mims et Swenson suggèrent qu'une formation supérieure est nécessaire pour permettre aux infirmiers de concevoir des programmes éducatifs et conduire des recherches sur les questions homosexuelles. Une formation adéquate semblerait réduire l'ignorance, qui se traduit par de la discrimination et des peurs à l'encontre de l'homosexualité.</p> <p>Cette étude a trouvé que les infirmiers en psychiatrie qui avaient des attitudes positives envers l'homosexualité avaient plus de probabilités d'avoir une intention élevée de prodiguer des soins aux patients homosexuels. Améliorer les attitudes et les connaissances sur l'homosexualité des infirmiers en psychiatrie avec des programmes éducatifs serait une stratégie pour augmenter l'intention de prodiguer des soins aux patients homosexuels.</p> <p>En accord avec des études précédentes, les auteurs ont trouvé que les infirmiers avec des proches ou amis homosexuels avaient plus de probabilités d'avoir des attitudes positives envers les personnes homosexuelles. Il est nécessaire de réduire les barrières entre les infirmiers psychiatriques et les individus homosexuels. Il serait cliniquement bénéfique d'inviter des individus homosexuels à rejoindre un groupe de discussion composé d'infirmiers en psychiatrie pour que ces individus homosexuels partagent leurs expériences de contact avec les prestataires de soins. Il a été prouvé que la participation à de petits groupes de discussions avec des membres gais et lesbiennes de faculté influence les étudiants à développer plus d'attitudes favorables envers les personnes homosexuelles.</p> <p>Les auteurs ont trouvé que les infirmiers avec plus d'attitudes négatives envers les hommes gais et les femmes lesbiennes avaient de fortes chances d'avoir de plus faibles intentions de prodiguer des soins à cette même population. Dans le « Mims-Swenson Sexual Health Model », qui apporte un cadre pour la formation, la pratique en soins infirmiers, et pour la recherche dans la santé sexuelle, les deux types de comportements des infirmiers- destructeurs ou intuitivement aidants- envers les hommes gais et les lesbiennes sont décrits comme étant influencés par les nombreux tabous, mythes et réponses stéréotypées à l'orientation sexuelle, de la société. Les infirmiers ont besoin d'être conscients de leurs propres valeurs dirigées vers l'orientation sexuelle, et de les intégrer avec leurs valeurs personnelles et professionnelles afin d'améliorer leurs attitudes dans la pratique infirmière. Des recherches précédentes ont trouvé que les attitudes infirmières envers l'homosexualité pouvaient changer par de l'éducation sexuelle. D'inclure les questions autour de l'orientation sexuelle dans le cursus infirmier serait cliniquement bénéfique.</p> <p>Il est notable que les infirmiers en psychiatrie qui travaillaient dans l'hôpital psychiatrique avaient moins d'intentions de soigner des personnes homosexuelles que ceux qui travaillaient dans un centre médical ou un hôpital régional. Les infirmiers en psychiatrie qui travaillent dans des hôpitaux psychiatriques doivent faire face à des individus homosexuels avec du distress psychologique et les intentions de ces infirmiers de les soigner influenceront les performances de ces patients. Des programmes éducatifs qui se focalisent sur les infirmiers en psychiatrie devaient augmenter leur intention de prodiguer des soins aux personnes homosexuelles.</p> <p>Des limites de l'étude existent. Par exemple, les outils ont permis de prendre en contact les attitudes explicites des participants et non pas celles qui sont implicites. Il n'y a pas de différence qui a été faite entre les gais et les lesbiennes et les attitudes.</p>
Commentaires	<u>Avantages et désavantages</u>

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ L'étude a été faite dans un pays non-occidental, ce qui comble un manque dans la recherche. ❖ L'étude apporte des découvertes pertinentes, souvent semblables à d'autres résultats de travaux de recherches antérieures. Nous nous demandons cependant si les résultats sont généralisables en dehors des pays non-occidentaux. ❖ Les auteurs apportent des pistes d'actions, cependant très générales et donc peu concrètes. ❖ Les limites sont très bien décrites. ❖ Aucune différence n'a été faite entre les gais et les lesbiennes. ❖ Il n'y avait pas d'hommes participants à la recherche. ❖ Bien que soulevant des différences notables entre les variables, les statistiques sont difficiles à comprendre.
--	---

Röndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advances Nursing*, 56(4), 373-381.

Problématique/ Introduction	<p>Le langage est un outil de la communication verbale, mais la voie par laquelle il est utilisé donne plus largement une idée des éléments de la vie sociale (Krauss & Chiu 1998, Maltén 1998, Kruglanski & Higgins 2003). Les relations sont alors imprégnées de l'utilisation du langage des gens et de leur choix lexicaux, en particulier des termes qu'ils utilisent pour s'adresser l'un envers l'autre (Thibaut & Kelley 1959, Brewer & Brown 1998, Cialdini & Trost 1998, Svedberg 2000). Dans les interactions avec des tiers, souvent les gens se fient à des suppositions compréhensibles et calculées, parfois de façon automatique et inconsciente (Rusbult & Van Lange 2003).</p> <p>Lorsque les gens interagissent, la nature de leurs relations interpersonnelles est visible de par de multiples façons : leurs distances interpersonnelles, leurs positions et expressions du visage, le nombre de fois que les personnes en interaction se regardent. Cette communication non verbale peut avoir beaucoup de pouvoir. Un simple contact ou un sourire en coin peuvent avoir de radicales influences sur l'équilibre de la domination, de l'intimité, de la confiance, présent dans une interaction sociale. (Deplau & Friedman 1998).</p> <p>Un instrument important dans les soins infirmiers est le dialogue. Le travail relatif aux soins infirmiers semble être décrit comme une rencontre entre deux personnes, un professionnel et un patient, créant ainsi une relation. Cette relation est nécessaire à la compréhension et à la participation, et se construit sur la communication (Bentling 1995, McCabe 2004). Skilbeck et Payne (2003) soutiennent que la communication est le support dans les relations entre patients et infirmiers.</p> <p>Le terme d'hétéro normativité se réfère à l'idée que l'hétérosexualité est une norme générale, c'est-à-dire que l'hétérosexualité est la seule sexualité des individus et de la société (Platzer & James, 2000 ; Wilton, 2000 ; Yep, 2003 ; Chur-Hansen, 2004 ; Röndahl, 2005). L'invisibilité des vies sociales de femmes lesbiennes et d'hommes gays, à l'opposé de la vision publique des styles de vie et comportements hétérosexuels, est un exemple de discrimination, causée par l'hétéro normativité.</p> <p>Les besoins spécifiques des femmes lesbiennes et des hommes gays relatifs à la peur d'être maltraités après avoir révélé leur orientation sexuelle, le distress émotionnel de ne pas l'avoir révélée, la peur du manque de confidentialité absolue et des conflits de famille, le rejet, l'isolement social et d'autres conséquences de l'invisibilité, illustrent les problèmes dans les communications hétéro normatives des soins infirmiers (Krebs & Patterson 1997, Stevens & Morgan 1999, Albarran & Salmon 2000).</p> <p>Le personnel en soins infirmiers transmet souvent des stéréotypes et préjugés personnels étant donné que :</p> <p>1) le personnel infirmier n'a pas été formé sur les différents types de relations personnels ;</p>
--------------------------------	---

	<p>2) le système en soins infirmiers suppose que tous les patients sont hétérosexuels ;</p> <p>3) le personnel infirmier semble avoir peur de parler de thèmes qui pourraient être perçus comme emprunts plein de préjugés,</p> <p>4) et comme personnel, des patients et d'autres personnes importantes dans les soins infirmiers, des femmes lesbiennes et des hommes gays sont invisibles.</p> <p>Il est important de rendre les personnes homosexuelles davantage visibles, pour encourager l'ouverture de façon à promouvoir la communication entre les patients gays et les infirmiers.</p>
Type d'étude	Etude qualitative exploratrice et descriptive.
Buts/ Question(s) de recherche	Le but de l'étude était de décrire ce que les femmes lesbiennes et les hommes gays disent, en tant que patients et que partenaires, sur leurs expériences avec les soins infirmiers dans les hôpitaux, et ce qu'ils considèrent comme important de communiquer concernant l'homosexualité et les soins infirmiers.
Population	<p>Les critères d'inclusion étaient les suivants : s'être identifié soi-même comme homme gay ou lesbienne ; avoir de l'expérience avec les soins des hôpitaux de Suède, en tant que patients ou partenaires de patients, dans les cinq dernières années.</p> <p>27 personnes ont participé à l'étude, dont 17 femmes et dix hommes, âgés entre 23 et 65 ans et provenant de différentes régions de la Suède. 46 expériences avec des soins infirmiers en tant que patients et 31 en tant que partenaires, provenant de 12 settings différents, ont été relevées. Plusieurs participants avaient des expériences avec des settings (n=13) et avec des hôpitaux différents.</p>
Méthodologie	<p>Deux informateurs clefs, connaissant l'auteur de l'étude, ont reçu une lettre et des informations orales concernant l'étude et ont été chargés de recruter des personnes en faisant de la publicité sur des sites internet pour les personnes gays. Ces deux informateurs clefs devaient leur remettre la lettre, à la suite de quoi les personnes intéressées devaient prendre contact avec l'auteur de l'étude. L'anonymat a été garanti aux participants entre les deux informateurs clefs et l'auteur de l'étude.</p> <p>Le comité médical d'éthique de l'université de Uppsala a approuvé la présente étude.</p> <p>Des entretiens semi structurés ont été réalisés avec la population au printemps 2004, dans le lieu choisi par chaque participant. La durée variait entre 20 à 90 minutes. La question principale était qu'est-ce qu'il pensait être important de communiquer aux soins infirmiers concernant les patients homosexuels. Les entretiens étaient retranscrits plus tard verbalement par l'auteur.</p> <p>Les données ont été classées en cinq catégories, inspirées par Crewell, Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen et Nordgren & Fridlund. Les données ont été analysées par l'auteur et par un scientifique dans un département séparé. Une analyse collective des analyses individuelles a ensuite été réalisée. Les découvertes sont présentées en tant que résumé descriptif.</p>
Résultats	<p><u>Hétéronormativité</u></p> <p>Presque tous les participants ont décrit plusieurs situations de soins dans lesquelles la communication du personnel était emprunte de suppositions hétéronormatives. Ils percevaient les soins infirmiers, comme une institution ayant une approche conservatrice, ce qui se remarquait par un personnel infirmier ne pratiquant pas de réflexions au sujet des thématiques LGBT.</p> <p>L'hétéro normativité se remarque souvent immédiatement par sa présence dans les salles d'attente et les autres lieux publics, au travers de brochures, d'autres matériaux informatifs, et aussi au travers de différents genres de formulaires dans lesquels des informations personnelles sont demandées, comme le statut d'état civil (c'est-à-dire marié, divorcé ou célibataire). Les participants pensaient que la norme avait sans doute un effet contenant sur les homosexuels et les hétérosexuels et que l'institution en soins infirmiers n'avait pas conscience de cela. L'hétéronormativité est alors communiquée quand les patients sont admis dans une unité de soins et quand les questions posées par les infirmiers mettent en avant les liens familiaux. Les</p>

	<p>participants étaient de l'avis que le personnel infirmier n'avait pas conscience qu'il pouvait rendre des patients homosexuels, désireux de se cacher et qu'il pouvait empêcher la communication : « si ils peuvent abandonné l'idée que la personne en face d'eux puisse ne pas vivre une vie d'hétérosexuel, et si ils peuvent poser des questions qui me ferait me sentir à l'aise, afin de leur dire que j'ai peur de comment ils vont me traiter – si ils pouvaient me demander si j'ai un partenaire au lieu de me demander si je suis marié ou si j'ai des enfants, parce que même si on peut être marié et avoir des enfants, leurs questions supposent simplement que tu es hétérosexuel – ce que je leur dis dépend de moi (femme, 30 ans).</p> <p>Lorsque les participants déclaraient qu'ils étaient en cohabitation, les infirmiers demandaient le prénom de la partenaire si il s'agissait d'un patient homme et du partenaire si il s'agissait d'une patiente femme. Ensuite lorsqu'ils prenaient conscience de l'homosexualité du patient, ils manifestaient des réactions de surprises et/ou de perplexité. Certains participants disaient que les infirmiers répétaient la question lorsque les patients avaient indiqué le prénom (du même genre qu'eux) de leurs partenaires : « Depuis que je vis avec un homme depuis 24 ans, c'était son prénom que je donnais et disais qu'il était mon partenaire avec lequel je vivais. Ensuite, l'infirmière disait : « Ok – mais vous n'avez pas de la famille ou quelqu'un ? » C'était d'une certaine manière étrange comme elle avait été surprise parce que en tant qu'employée dans les soins, tu penserais qu'il doit avoir rencontré beaucoup d'hommes homosexuels (Homme, 60 ans).</p> <p>Les participants avaient l'impression que beaucoup de malentendus se basaient sur le langage utilisé. En effet, les participants croyaient que les personnes hétérosexuelles avaient peur d'humilier une personne en choisissant les « mauvais » mots en communiquant avec les personnes gays. Ils avaient l'impression que leur propre choix des mots reflétait alors une considération de la sensibilité hétérosexuelle aux problèmes gays et pouvait ainsi les amener à des communications très prudentes autant de la part des patients que du personnel.</p> <p>Beaucoup de participants ont parlé d'expériences négatives, relatives à un manque de communication ouverte et directe et de suppositions hétéro normatives.</p> <p>Beaucoup de participants ont décrit avoir rencontré souvent du personnel qui semblait avoir peur d'approcher de la mauvaise façon des patients gays et comment cette peur pouvait facilement causer de l'insécurité autant auprès des patients que du personnel, et ainsi inhiber la communication. Ces participants décrivaient la situation du patient comme oppressive. D'être ouvert auprès des soignants à leur homosexualité était une perspective terrifiante puisqu'ils supposaient que le personnel infirmier réagirait négativement. D'autres considéraient qu'il était important de mettre l'accent sur l'ouverture concernant leur homosexualité auprès des soignants, ce qui affecterait probablement la communication positivement et réduirait les malentendus et les incompréhensions.</p> <p>Plusieurs patientes lesbiennes dans leurs années de reproduction parlaient de traitements insultants relatifs à l'hétéro normativité. Cela se produisait dans les soins chirurgicaux, médicaux des femmes et impliquait l'utilisation de contraceptifs, autant bien que des tests de grossesse ou de tests de routine. (une patiente de 29 ans raconte qu'on lui a fait faire un test de grossesse comme elle ne prenait pas la pilule, alors qu'elle avait expliqué au personnel infirmier être lesbienne. Comme cela faisait partie des protocoles le test a été fait malgré cela.)</p> <p>Beaucoup de partenaires décrivaient des expériences de communication non verbale négative, dans lesquelles ils se n'étaient pas sentis eux-mêmes acceptés à cause de leur homosexualité et ainsi s'étaient sentis exclus et négligés par le personnel infirmier, comme le dit cette partenaire : « Je n'étais pas en train de dire quelque chose, rien – ils parlaient seulement à X, ne me regardaient pas. Je n'existais pas » (femme, 30 ans).</p> <p><u>Connaissances</u></p> <p>Des participants pensaient qu'un grand manque de connaissances dans la société et les soins infirmiers sur les conditions de vie des femmes lesbiennes et des hommes gays ainsi que sur leur vie de tous les jours, et l'hétéro normativité affectent leur bien-être.</p>
--	--

	<p>Ils croyaient que si les hétérosexuels apprenaient cela et utilisaient le quotidien des personnes gays, ils démontreraient avec un peu de chance de l'empathie. Les participants trouvaient important que le personnel infirmier rencontre des personnes homosexuelles, bisexuelles pour peut-être gagner en perspicacité et en la compréhension de leur vie.</p> <p><u>Implications pour les soins infirmiers et la formation en soins infirmiers</u></p> <p>Voici différents points que les participants ont soulevé être importants lorsque le personnel infirmier communique avec des patients gays ou leurs partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pas tous les patients ne sont hétérosexuels. ❖ Des termes neutres en genre devraient être utilisés dans les questions concernant la famille. Par exemple : « vous vivez seul ou avec quelqu'un ? Qui vit avec vous ? » ❖ Si le patient est ouvert sur sa vie gay, des questions spécifiques devraient être posées aux patients gays lors de l'anamnèse : Comment êtes-vous ouvert concernant ce thème ? Vous seriez à l'aise dans une chambre avec d'autres patients si votre partenaire vous rend visite ? Vous êtes soutenu par vos amis et votre famille ? Votre partenaire communique-t-il avec vos parents et votre fratrie ? ❖ Les patients devraient être questionnés précisément sur comment est-ce qu'ils veulent que le personnel infirmier nomme leurs partenaires et comment cela devrait être documenté. ❖ Le personnel devrait parler directement aux patients, à propos de leur partenaire de façon non -jugeante. ❖ Ils devraient bavarder avec des patients et leurs partenaires sur des choses neutres quotidiennement. ❖ Beaucoup de célibataires gays ont un pauvre réseau social et ainsi dépendent du soutien de l'équipe infirmière. ❖ Les personnes gays plus âgées sont plus secrètes concernant leur style de vie et vivent une double vie socialement. ❖ Les personnes gays plus âgées ont souvent peu d'amis proches, vers lesquels ils peuvent se tourner lorsqu'ils ont besoin d'aide et de soutien. ❖ Les personnes gays plus âgées sont particulièrement sensibles au langage verbal et non verbal utilisé, et beaucoup utilisent un langage codé, qui est seulement connu par d'autres personnes gays. ❖ La littérature gay et d'autres informations, par exemple sur les associations gays locales, devraient être à disposition dans les salles d'attente et les autres espaces publics. ❖ L'information et la formation sont nécessaires pour rendre les femmes lesbiennes et les hommes gays visibles. Voici les différentes suggestions faites par les participants concernant de possibles sujets pour la formation : <ol style="list-style-type: none"> 1) Les relations personnelles et les différentes constellations de famille 2) Les relations entre personnes de même sexe 3) Les préjugés basés sur la sexualité
Discussion	<p>Hankansson (1984) expliquait que la supposition que tous les gens sont hétérosexuels rend l'homosexualité socialement invisible, et Wilton (2000) écrivait que les personnes gays seraient vulnérables à l'exclusion sociale. Avec ces déclarations en tête, il n'est pas difficile de comprendre pourquoi les participants dans cette étude décrivaient le système en soins infirmiers comme conservateur et hétéro normatif. Les participants étaient probablement sensibles à la norme communiquée depuis qu'ils ressentaient ou craignaient d'être négligés et socialement exclus.</p> <p>Dans cette étude les participants déclaraient avoir perçu de la perplexité dans les soins</p>

	<p>infirmiers, ce qui entravait parfois le cours d'autres communications, du moins pendant une période. Cette découverte peut être un signe du sentiment d'insécurité dans la manière de se comporter socialement des infirmiers et avec la conformité professionnelle. Le personnel doit faire face à de l'ambivalence concernant les émotions, les cognitions et les comportements, qui sont influencés par la norme sociale en vigueur (c'est-à-dire la norme hétérosexuelle), de manière à ce qu'ils pourraient ne pas être conscient de ce qu'ils sont en train de communiquer. L'expérience d'être frappé par de l'ambivalence causerait de l'insécurité (Brewer & Brown 1988), ce qui expliquerait une communication et des interactions perturbée, expérimentées par les participants, ce qui a été reporté dans des études antérieures (Brogan 1997, Stewart 1999, Platzer & James 2000, Spinks et al. 2000, Westerstahl 2003). Cette possible ambivalence peut être une explication pour les sentiments de gêne que les participants décrivaient concernant la visite des partenaires à l'hôpital.</p> <p>Il est important de rendre le personnel infirmier conscient des normes en vigueur qu'ils communiquent et ainsi agir pour qu'ils ne provoquent pas des souffrances inutiles envers les patients ou les proches.</p> <p>Les 27 personnes gays ne sont pas représentatives de tous les patients gays et des partenaires dans les soins hospitaliers, mais ils illustrent des expériences avec les soins infirmiers de patients gays et de leurs partenaires dans un contexte emprunt d'attitudes et de communications hétéro normatives.</p> <p>De futures études devraient investiguer l'ambivalence des attitudes du personnel infirmier envers les personnes gays. De futures études devraient être réalisées sur les besoins spécifiques des patients gays plus âgés dans des settings de soins infirmiers et leurs expériences des soins infirmiers.</p>
Commentaires	<p><u>Avantages et désavantages</u></p> <p>L'étude se base sur un petit échantillon. Cependant, elle se penche sur un angle nouveau du point de vue des infirmiers, c'est-à-dire la communication et non pas les attitudes. L'étude apporte aussi des conseils très concrets pour améliorer la communication.</p>

Polek, C.A., Hardie, T.L. & Crowley, E.M. (2008) Lesbian's Disclosure of Sexual Orientation and Satisfaction With Care. *Journal of transcultural Nursing*, 19 (3), 243-249.

Problématique/ Introduction	<p>Plusieurs études mentionnent que les personnes homosexuelles présentent une peur d'être stigmatisées, isolées ou encore de recevoir des soins de qualité inférieure si ils révèlent leur identité sexuelle aux prestataires de soins; ainsi les gays et les lesbiennes sont réticents à révéler cette information. Ceci empêche les prestataires de soins de fournir des informations cruciales à cette population, qui présentent des risques et des inquiétudes propres à elle-même.</p> <p>Se situer en dehors de la norme culturelle dominante affecte la santé des personnes homosexuelles et les soins qu'ils reçoivent. En effet, les lesbiennes doivent faire face à de la discrimination, allant de l'hétérosexisme à l'homophobie ouverte. Plus l'homophobie est réelle ou perçue, plus les lesbiennes s'abstiennent ou sous-utilise l'accès aux soins de santé.</p> <p>Bien qu'une large documentation souligne la réticence des lesbiennes à partager leur orientation sexuelle ou à demander des soins, quelques unes sont ouvertes avec leurs prestataires de soins.</p> <p>Une étude a examiné comment des lesbiennes (n=33 lesbiennes américaines africaines) choisissent leur prestataire de soins en santé. Les résultats ont suggéré que la prise de décision se basait en premier sur des expériences passées et leurs espoirs de recevoir des soins de hautes qualités. Les facteurs qui facilitaient leurs décisions étaient : l'homophobie, l'hétérosexisme, la tolérance, la sensibilité lesbienne et une affirmation lesbienne.</p> <p>Les lesbiennes font face à de nombreuses barrières pour recevoir des soins adéquats. Révéler son orientation sexuelle est générateur d'anxiété et afin que les prestataires de</p>
--------------------------------	---

	<p>soins puissent offrir des soins optimaux, le patient a besoin de se sentir à l'aise pour parler d'informations confidentielles.</p> <p>La recherche indique que de révéler son orientation sexuelle conduit à une augmentation de l'utilisation des services de santé et une augmentation de la satisfaction des soins.</p> <p>Le consensus général dans la recherche récente reconnaît qu'il n'y a pas de maladies, pathologies uniquement destinées aux lesbiennes ; la recherche indique que leurs besoins et inquiétudes de santé ne sont pas pris en considération adéquatement.</p>
Type d'étude	Etude quantitative descriptive corrélacionnelle
Buts/ Question(s) de recherche	<p>Le but global de l'étude était d'explorer les variables démographiques (formation, âge, histoire d'avoir expérimenté de la discrimination basée sur l'orientation sexuelle, satisfaction avec les médecins, la propre identification de son orientation sexuelle) et leurs associations avec la révélation d'une femme quant à son orientation sexuelle à un prestataire de soins.</p> <p>La question de recherche était : Y a-t-il une association entre le niveau de la formation, l'âge et la propre identification de l'orientation sexuelle d'une femme et le fait qu'elle partage son orientation sexuelle avec son prestataire de soins ?</p>
Population	96 femmes s'identifiant elles-mêmes comme lesbiennes bisexuelles ont été recrutées dans l'état de Delaware pendant des événements de la communauté gay et lesbienne.
Méthodologie	<p>Il a été demandé à la population de remplir un questionnaire auto administré qui couvrait plusieurs thèmes en lien avec l'orientation sexuelle, les pratiques médicales courantes et les tests de dépistage. Ce questionnaire comprenait 35 questions et comprenait un mélange de choix multiples, des échelles de type Likert.</p> <p>Les résultats reportent les niveaux d'association entre la révélation de leur orientation sexuelle ou pas et les variables indépendantes.</p>
Résultats	<p>Sur les 96 femmes, l'échantillon final se constituait de 69 femmes (71.88%) qui ont répondu ne pas avoir partagé leur orientation sexuelle avec leur docteur.</p> <p>25 femmes étaient âgées entre 18 et 39 ans (36.23%), 23 (33.33%) entre 40 et 49 ans, 18 (26.09%) entre 50 et 59 ans et 3 femmes (4.35%) entre 60 ans et plus.</p> <p>Le niveau d'éducation de l'échantillon incluait 12 (17.39) femmes avec un niveau de « high school or GED diplôme », 24 (34.78%) « collège graduates » et 33 (47.83) qui avaient un « completed graduate education ».</p> <p>7 femmes (10.14%) ont reporté ne pas avoir vécu d'expériences discriminatoires avec leur prestataire de soins, 52 (75.36%) femmes ont reporté en avoir eues, et 10 (14.49%) ne savaient pas.</p> <p>La satisfaction des femmes envers leur médecin a été mesurée avec une échelle de type Likert qui allait de un (très insatisfaite) à sept (très satisfaite) La moyenne se situait à 4.3 avec un écart type de 1.59.</p> <p>L'orientation sexuelle définie par les femmes elles-mêmes était significative ($p=0.004$) en rapport avec le fait que les femmes cachaient ou non leur orientation sexuelle à leur prestataire de soins. En effet, plus l'orientation sexuelle d'une femme se rapprochait vers le dernier point de l'échelle de type Likert (hétérosexuel), moins probable (276%) il était que ces femmes partagent leur orientation sexuelle avec le prestataire de soins. Comme il n'y avait pas de femmes hétérosexuelles dans l'échantillon, les résultats indiquaient que les femmes bisexuelles qui étaient plus orientées vers l'hétérosexualité étaient moins chanceuses de partager leurs préférences.</p> <p>Quand la satisfaction des participantes avec leur médecin augmente, elles ont plus de probabilités (46%) de partager leur orientation sexuelle.</p>

	<p>En résumé, les données pilotes suggèrent que les femmes bisexuelles avaient moins de probabilités de parler à leur docteur de leur orientation sexuelle et que la satisfaction d'une femme avec son médecin est probablement protégée par le fait qu'elle ne lui parle pas de son orientation sexuelle. Étonnement, les données pilotes suggèrent que les indices démographiques communs de la promotion de la santé n'étaient pas dans le modèle final. L'âge, l'éducation et les expériences avec la discrimination dans les soins de santé ont tous été inclus.</p>
Discussion	<p>Cette étude contredit beaucoup de travaux antérieurs sur la santé des lesbiennes dans le sens où les données de la présente étude suggèrent que la révélation de l'identité sexuelle est plus un problème pour les femmes qui s'identifient comme bisexuelles. Historiquement les femmes bisexuelles n'ont pas été étudiées en détails, elles ont été cataloguées soit comme lesbiennes ou comme hétérosexuelles, ce qui contribue à leur absence au préalable dans la littérature. De plus, les changements sociaux ont peut-être modifié les perceptions des lesbiennes différemment de leurs pairs bisexuelles ; des efforts doivent être faits pour comprendre les risques et les besoins en santé de ces femmes.</p> <p>Ce qui est moins clair dans cette étude, c'est pourquoi les femmes bisexuelles ont moins de probabilités de partager leur orientation sexuelle. Une hypothèse serait que ces femmes sont en couple dans une relation hétérosexuelle (mariées) et qu'elles partagent leur prestataire de soins avec leur conjoint, mari. Il faudrait s'y intéresser dans des travaux de recherches futurs.</p> <p>Bonvicini and Perlin (2003) ont résumé la littérature médicale sur les soins de santé des patients (es) homosexuels (les) et la communication entre les prestataires de soins et les patients. Plusieurs barrières communes à la communication ont été identifiées et des stratégies ont été suggérées pour améliorer la communication entre les prestataires de soins et les patients : communication neutre en genre, approches non jugeantes et l'inclusion des familles des patients.</p> <p>Cette étude suggèrent un changement dans l'acceptation des lesbiennes et la stigmatisation qu'elles expérimentent. Les prestataires de soins peuvent prendre des mesures positives pour réduire les barrières auxquelles font face les femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) créer un environnement non jugeant b) préconiser l'utilisation d'un langage inclusif dans tous les papiers c) questionner plutôt que faire des suppositions sur l'identité et les comportements sexuelles. d) Afficher une politique non-discriminatoire dans les bureaux et les salles d'attente. e) Former le personnel professionnel et non professionnel aux compétences culturelles f) Se renseigner plutôt sur les comportements sexuels que sur l'orientation sexuelle du patient g) Utiliser un langage neutre en genre (Gay and Lesbian Medical Association, n.d.; Mautner Project, 2005). <p>Les prestataires de soins peuvent avoir un impact positif sur la vie de ce groupe de femmes en les encourageant à révéler leur orientation sexuelle (Robertson, 2003).</p> <p>Une des limites de cette étude est la petite taille de l'échantillon et le fait que ces femmes provenaient de la communauté gay et lesbienne, femmes qui ont donc souvent fait leur coming out et ne sont donc pas représentatives de la population.</p>
Commentaires	<p><u>Avantages et désavantages</u></p> <p>L'étude est récente ; elle ne parle pas des infirmiers directement mais des médecins. Cependant, les mesures positives à prendre me semblent pouvoir aussi être utilisées par les infirmiers. De plus, l'étude met en avant des différences entre les femmes lesbiennes et bisexuelles, ce qui démontre une fois de plus l'importance d'étudier les</p>

	questions LGBT séparément selon chacune de ces populations (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres).
--	--