

Connaissances, attitudes et interventions des soignantes face à la sexualité des personnes âgées institutionnalisées

Revue de littérature étoffée

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of Science HES-SO en soins
infirmiers

Par

Célia Perriard

Promotion 2009-2012

Sous la direction de Catherine Bassal

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 14 janvier 2013

Résumé

Objectif : Décrire les connaissances, les attitudes et les interventions des soignantes en rapport avec la sexualité des personnes âgées institutionnalisées.

Méthode : A partir d'une revue de littérature étoffée, dix études scientifiques ont été incluses dans ce travail. Ces études ont été sélectionnées dans les banques de données PubMed et CINAHL. Afin de catégoriser les résultats, des grilles d'analyse ont été appliquées.

Résultats : Cinq thématiques ont été mises en lumière. Deux thèmes sont relatifs aux soignantes : d'une part, leurs croyances, leurs connaissances et leurs perceptions face à la sexualité des résidents et d'autre part, leurs attitudes et leurs réactions face à la sexualité des personnes âgées. Puis, deux thèmes concernent les personnes âgées institutionnalisées, à savoir les besoins et les manifestations de la sexualité ainsi que les obstacles et les facteurs influençant celle-ci. Le dernier thème concerne les interventions mises en place pour favoriser la sexualité des résidents.

Conclusion/ Recommandations : Cette revue de littérature étoffée a mis en évidence plusieurs recommandations, par rapport à l'environnement et à l'intimité des résidents, la communication entre les soignantes et les résidents, ainsi que la formation des soignantes dans le domaine de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. Ces interventions ne sont cependant ni exhaustives ni absolues mais, elles peuvent-être une source d'inspiration pour le développement de nouvelles interventions.

Mots-clés : Sexualité, Personnes âgées institutionnalisées, Soignantes, Interventions, Attitudes, Connaissances.

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement ma directrice de mémoire Madame Catherine Bassal pour son soutien et pour les précieux conseils qu'elle m'a donnés lors de l'élaboration de ce travail.

Je remercie chaleureusement mes correctrices, Ana Garea et Justine Perriard, pour le temps qu'elles ont consacré à la relecture de ce travail.

Pour terminer, je souhaite vivement remercier les membres de ma famille pour leur soutien et pour leur écoute. Je les remercie également de m'avoir encouragée et motivée tout au long de ce travail.

Table des matières

Introduction.....	5
1. Etat des connaissances.....	7
2. Cadres de références.....	11
2.1. Concept de l'éthique dans la pratique des soins.....	11
2.2. La sexualité selon la psychanalyse freudienne.....	14
3. Problématique de recherche	16
4. Objectifs et question de recherche.....	18
4.1. Objectifs de la recherche.....	18
4.2. Question de recherche.....	18
5. Méthodologie.....	19
5.1. Argumentation du devis de recherche	19
5.2. Les étapes de réalisation de la revue de littérature étoffée.....	19
5.3. Les mots clés en anglais	20
5.4. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	20
5.5. Démarche d'analyse et stratégies de recherches	21
5.6. Synthèse des résultats.....	22
6. Résultats	23
6.1. Les croyances, les connaissances et les perceptions des soignantes face à la sexualité des résidents.....	25
6.2. Les attitudes et les réactions des soignantes en lien avec la sexualité des personnes âgées.....	27
6.3. Les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées.....	28
6.4. Les obstacles et les facteurs influençant la sexualité des résidents	29
6.5. Les interventions mises en place pour favoriser la sexualité des résidents	30
7. Discussion.....	35
7.1. Les croyances, les connaissances et les perceptions des soignantes face à la sexualité des résidents.....	35

7.2. Les attitudes et les réactions des soignantes en lien avec la sexualité des personnes âgées.....	36
7.3. Les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées.....	37
7.4. Les obstacles et les facteurs influençant la sexualité des résidents	38
7.5. Les interventions mises en place pour favoriser la sexualité des résidents	39
7.6. Synthèse de la discussion.....	40
7.7. Regard critique sur les études sélectionnées.....	41
8. Interventions et recommandations pour la pratique infirmière	42
8.1. Perspectives	46
8.2. Limites de l'étude	47
Conclusion	48
Bibliographie	49
Annexe 1 : Déclaration d'authenticité	52
Annexe 2 : Stratégies de recherche.....	53
Annexe 3 : Grilles d'analyse des recherches	56

Introduction

La sexualité des personnes âgées en institution gériatrique représente un jardin secret dans le domaine des soins. La considération du besoin sexuel reste encore un sujet tabou non seulement pour les sujets vieillissants mais également pour les soignantes¹. La sexualité a une connotation intime du plus jeune âge, en passant par l'adolescence, jusqu'à la vie adulte. Cependant, qu'en est-il à l'âge de raison et comment l'aborder? Dans la profession infirmière², les soignantes sont amenées à soigner des personnes âgées atteintes dans leur santé psychique et physique mais qui ne sont pas pour autant des êtres asexués. Selon une étude française de Souchon (2009), les hommes âgés entre 75 et 85 ans seraient à 38,5% sexuellement actifs alors que 16,7% des femmes le seraient dans cette même tranche d'âge, notamment car les femmes de plus de 80 ans ont un taux de veuvage tandis que les hommes sont à 18%. Ces chiffres nous montrent que les personnes âgées continuent d'avoir une sexualité malgré le processus de vieillissement.

Cette thématique demeure récente, car selon Colson (2007) non seulement 60% des personnes âgées de 60 à 69 ans ont un désir de sexualité conservé, mais aussi 42% de ceux qui ont entre 70 et 79 ans, ainsi que 26% des personnes de plus de 80 ans. Ce qui engendre des problématiques au niveau des soins, notamment par rapport aux représentations des soignantes sur la sexualité des aînées et aux obstacles qu'elles peuvent créer.

Il nous semble donc intéressant d'observer quelques statistiques évoquant la situation actuelle en Suisse au sujet du vieillissement de la population. Selon l'Office Fédérale de la Statistique (OFS, 2012), le vieillissement continue d'augmenter. Ainsi, en 2010, les personnes de 65 ans ou plus constituaient 17% de la population et en 2060 ce chiffre devrait atteindre environ 28%. En effet, cette accroissement impliquera inmanquablement une augmentation du nombre de seniors; ce qui signifiera un nombre croissant de personnes âgées dans les milieux institutionnels, notamment dans les établissements médico-sociaux.

¹ Le terme « soignante » dans cette revue de littérature est généralisable au masculin dans l'ensemble de la recherche et il comprend l'ensemble des soignantes quelle que soit leurs qualifications.

² Le terme « infirmière » est généralisable au masculin dans l'ensemble de la revue de littérature.

A partir de ces chiffres et de ce contexte, nous avons choisi de baser notre questionnement sur les connaissances, les attitudes et les interventions des soignantes face à la sexualité des personnes âgées institutionnalisées.

Dans la première partie de cette revue de littérature, nous effectuerons un état des connaissances qui porte sur la sexualité, le vieillissement et les attitudes des soignantes en lien avec les institutions gériatriques. Ensuite, nous aborderons les cadres de références choisis : l'éthique dans la pratique des soins et la psychanalyse freudienne. Puis nous élaborerons la problématique, les objectifs et la question de recherche. Nous poursuivrons en présentant la méthode de recherche ainsi que les résultats des différentes études, issus des banques de données PubMed et CINAHL. Dans la suite de ce travail, nous élaborerons la discussion grâce aux résultats obtenus et nous poursuivrons avec les recommandations pour la pratique. Finalement, nous aborderons les limites de ce travail et les perspectives en matière de futures recherches sur le sujet de la sexualité des personnes âgées.

1. Etat des connaissances

De nos jours, la sexualité est plus que jamais d'actualité dans notre société. Nous retrouvons ainsi cette thématique dans de nombreux domaines de notre vie quotidienne, notamment dans les médias, la littérature et la cinématographie. Cependant, que signifie la notion de sexualité? Selon le Larousse (2012), la sexualité est « l'ensemble des phénomènes rattachés à la vie sexuelle ». En d'autres termes, cela désigne « à la fois le corps (ensemble des organes et des caractères liés à la fonction sexuelle) et l'esprit (érotisme, sensualité, sentiment amoureux) [...] ». En effet, la sexualité ne se limite pas à l'expression d'une pulsion sous la forme de l'acte sexuel. Elle englobe des composantes psychologiques, émotionnelles et affectives. La sexualité peut alors se présenter sous la forme de fantasmes, de rêves érotiques, de caresses et encore de paroles. Ainsi, nous constatons que malgré une diminution de leur autonomie, les personnes âgées sont capables de s'adapter à leurs pertes psychiques et physiques.

Toutes ces composantes nommées auparavant nous permettent de constater que les seniors sont des êtres sexués et qu'ils ont besoin de contacts, d'affection et d'intimité malgré un processus de vieillissement corporel (Plouffe & Plamondon, 1989). Selon Townsend (2010), l'évolution de la vieillesse débute à la fin de la puberté. De ce fait, chaque personne vit de manière différente le processus de vieillissement, au niveau psychologique, physiologique et social. En effet, les prédispositions ou les résistances mises en place afin de faire face aux traumatismes, aux infections et aux maladies varient en fonction de la personne. Cela dépend de l'environnement auquel l'individu a été exposé, des comportements et des pratiques qu'il a adoptés au cours de sa vie, notamment en matière de santé et de maladie (Townsend, 2010). Ainsi, vieillir signifie avoir la capacité de s'adapter aux différents changements et aux diverses pertes qui rythment une vie.

A présent, abordons l'aspect de l'institution gériatrique qui a pour rôle d'accueillir et d'accompagner les personnes âgées jusqu'à la fin de leur vie. Cette mission représente un réel défi pour les professionnels de la santé, car l'institution a trois fonctions. Il s'agit non seulement d'un lieu de vie, dans lequel il est important de préserver l'intimité, mais également d'un lieu de soin et, avec le temps, d'un lieu de mort. En effet, il est difficile de garantir une intimité dans une institution collective avec des soins quotidiens, des horaires pour les repas, la sieste et le coucher, ainsi que du matériel imposé tel que des

lits électriques à une place. Par conséquent, le seul espace intime de la personne âgée se limite à sa chambre (Ribes, Abras-Leyral & Gaucher, 2007). Ainsi, les milieux institutionnalisés évoquent un environnement déssexualisé non seulement par le manque d'une sphère privée, mais aussi par la séparation des couples, mis dans des chambres individuelles. Or cette division se fait souvent parce qu'il manque des chambres doubles ou parce que le couple le souhaite, bien que cela ne se produise que rarement (Ibid.).

Selon Ribes, Abras-Leyral & Gaucher, (2007) « Le couple en maison de retraite peine à trouver un équilibre. Le personnel comme les familles oscillent souvent entre une représentation fusionnelle du couple âgé et une représentation chaste et asexuée, imposant la séparation. » (p.58). A travers ces divers éléments, nous pouvons constater la difficulté qu'éprouvent les personnes âgées à avoir un peu d'intimité et un espace destiné à vivre leur sexualité.

Selon Colson, (2007) la notion d'« [...] intimité est avant tout intimité de soi, qui s'appuie sur un sentiment d'identité personnelle » (p.65), mais l'intimité peut également être un lieu, un espace qui favorise la rencontre avec soi ou avec une autre personne. La soignante a donc un rôle important à jouer dans la prévention de l'intimité du sujet vieillissant. Ainsi, en créant une sphère intime qui est respectée, le personnel soignant procure à la personne âgée le sentiment d'être reconnue en tant que personne.

Il semblerait que les attitudes liées aux représentations des soignantes jouent un rôle fondamental par rapport à l'influence de la vie sexuelle des seniors (Plouffe & Plamondon, 1989). Dans l'ouvrage de Townsend (2010), les conceptions et les représentations de la société actuelle en lien avec le vieillissement ont plutôt une connotation négative, car la population associe la vieillesse à un état de lenteur, de fatigue et de maladie. Ces différents aspects amènent les gens à croire qu'un besoin sexuel ou le fait d'avoir une vie sexuelle est impossible pour une personne âgée. Qu'en est-il des représentations du personnel soignant? Selon Plouffe & Plamondon (1989), « [...] certains professionnels reconnaissent que la sexualité existe et qu'il faut lui donner toute son importance mais, paradoxalement, lorsqu'ils sont en situation d'intervention, ils se comportent comme si la sexualité n'existait plus pour le bénéficiaire » (p.99). Nous comprenons ainsi que les soignantes reconnaissent qu'il existe une sexualité chez les seniors. Cependant, les besoins sexuels et le droit à une sexualité restent difficilement acceptés dans les soins. En effet, selon Thibaud &

Hanicotte (2007) « [...] les réactions sont contrastées: gêne, surprise, bienveillance, attitude moralisatrice ou répressive, dérision, ironie, déni [...]» (p.127.).

De plus, la soignante s'occupe peu de la dimension sexuelle, car elle ne constitue pas l'un des quatorze besoins fondamentaux du modèle de Virginia Henderson (1977). En effet, lorsque nous analysons ce modèle il ne mentionne pas le terme de sexualité parmi les besoins de bases. Toutefois, Riopelle, Grondin & Phaneuf (1986) ont inscrit le besoin sexuel, dans le 10^{ème} besoin fondamental du modèle de Henderson, « la communication avec ses semblables » notamment, dans la sous-catégorie « communication inefficace au niveau affectif ». De ce fait, les établissements médico-sociaux utilisant le modèle de Henderson, devraient aborder le sujet de la sexualité entre les soignantes et les résidents. Cependant, le fait qu'un résident souhaite parler de sexualité est souvent mal accueilli par les soignantes. Or leurs attitudes ont un rôle et une influence décisive, notamment sur la vie sexuelle des personnes âgées (Plouffe & Plamondon, 1989).

Selon Lépine (2008), « il est important de préciser cependant qu'il y a autant de manière de réagir face à la sexualité du grand âge qu'il y a de personnes » (p.57.). De ce fait, quelques comportements de soignantes ont été répertoriés (Thibaud & Hanicotte, 2007), comme « les réactions de choc, de surprise, d'effroi, d'évitement ou encore la dérision et la banalisation sont envisagées » (p.134). Ces réflexes montrent l'influence et l'impact des représentations des soignantes. Thibaud & Hanicotte (2007) parlent de plusieurs types de représentations au sein du personnel. Il y a d'abord des soignantes qui pensent que l'existence d'une sexualité chez une personne âgée n'est pas possible et, de par ce fait, qu'elle n'existe pas. Selon Laforestrie & Geoffre (1997) « Les soignants répugnent à considérer [les personnes âgées] comme des êtres sexualisés et préfèrent ne voir en face d'eux que des corps vieillissants, malades, par lesquels toute expression de sexualité est devenue impossible à envisager » (p.182). Ensuite, nous sommes confrontés aux soignantes ne présentant aucune mauvaise intention, mais qui ont des attitudes infantilissantes. Celles-ci comparent les seniors à des enfants, c'est-à-dire à des êtres asexués. Puis, il existe des soignantes pour lesquelles la sexualité est davantage présente chez les personnes âgées de sexe masculin que de sexe féminin (Thibaud & Hanicotte, 2007). Enfin, une partie des soignantes a pour représentation que la sexualité

touche autant les hommes que les femmes et que l'âge n'empêche pas d'avoir des activités sexuelles.

Cependant, avec l'âge la réalisation du désir et la possibilité d'avoir une sexualité épanouie devient difficile. En effet, les personnes âgées doivent faire face à quatre sortes d'obstacles, à savoir le corps et sa dimension physique, le veuvage, la famille ainsi que les institutions gériatriques. Le premier obstacle concerne l'aspect du processus de vieillissement. L'atteinte du corps vieillissant peut amener à des dysfonctionnements, comme des troubles érectiles chez les hommes et une sècheresse vaginale chez les femmes. Un sentiment d'angoisse peut également apparaître auprès des personnes âgées, notamment lors de rapports sexuels car ils entraînent une accélération du rythme cardiaque et de la respiration. La sexualité reflète alors une certaine défaillance du corps (Ribes, Abras-Leyral & Gaucher, 2007). La deuxième barrière à la sexualité est le veuvage ; elle amène une rupture de l'intimité de deux amants. La personne âgée doit non seulement faire face au deuil de son conjoint, mais également à la perte non volontaire d'une sexualité. Une période d'abstinence s'installe parfois jusqu'au bout de la vie, mais il peut aussi arriver qu'une nouvelle rencontre se produise. Celle-ci donne ainsi l'opportunité de créer à nouveau une sexualité à deux (Colson, 2007). Le troisième obstacle se situe au niveau de la famille. Pour les enfants, il est difficile de concevoir, que leurs parents âgés possèdent une sexualité autre que celle liée à leur conception. Certains enfants n'acceptent pas ou ne peuvent imaginer que leurs parents ou l'un des deux puisse encore, à un certain âge, avoir des relations sexuelles, ayant comme unique intention la notion de désir et de plaisir (Daydé, 2009). Le dernier obstacle est l'institution gériatrique. Elle ne favorise pas l'intimité et les besoins sexuels des personnes âgées. Les causes sont multiples : les représentations des soignantes, les soins apportés ou encore les règles de vie et les normes institutionnelles (Ribes, Abras-Leyral & Gaucher, 2007). Chez certaines personnes, ces éléments peuvent en effet perturber ou bloquer l'envie d'avoir des relations sexuelles, car elles se sentent observées et démunies d'une sphère privée.

Grâce aux connaissances apportées à la thématique de notre revue de littérature, nous allons pouvoir définir les différents concepts associés à notre recherche.

2. Cadres de références

Dans cette revue de littérature, les cadres de référence choisis sont le concept de l'éthique dans la pratique des soins et le concept de la sexualité selon la psychanalyse freudienne.

2.1. Concept de l'éthique dans la pratique des soins

En tant que professionnelles, les soignantes sont liées à un code de déontologie qui rassemble des règles, des normes morales et des valeurs. Chaque individu possède des valeurs personnelles dont l'importance varie (Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI], 2003). Ces valeurs permettent de qualifier les comportements de bien ou de mal selon chaque personne (Blondeau, 2006). Toutefois, les soignantes ne s'appuient pas que sur la déontologie et les valeurs pour résoudre un dilemme ou un conflit ; elles s'appuient aussi sur l'éthique.

Le terme éthique provient du grec « èthos ou éthos » qui signifie « les mœurs, la conduite de la vie, les règles de comportement » (Encyclopédie de l'Agora, 2012). Selon l'ASI (2003), « l'éthique cherche à saisir sous quelles conditions un comportement peut être considéré comme juste, et à définir la frontière entre les comportements moraux et les autres comportements des hommes » (p.38). Ainsi, la réflexion éthique n'a pas pour mission d'évaluer ce qui est bon ou mauvais, mais plutôt de comprendre qu'elles sont les compétences morales que l'homme utilise pour entrer en relation lors d'un conflit moral (Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI], 2003). L'éthique est également présente sous plusieurs formes, il y a non seulement l'éthique des soins qui représente « [...] une réflexion systématique sur la dimension morale de la pensée et l'action soignante » mais aussi l'éthique appliquée qui est l'étude des « [...] problèmes d'éthique relatifs à l'exercice d'une profession, à l'utilisation de la technologie ou à la détermination d'une politique de santé publique » (ASI, 2003, p.37).

Afin de décrire et clarifier la réflexion éthique des soins, les professionnelles de la santé s'appuient ainsi sur quatre principes: l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (ASI, 2003).

1. **L'autonomie:** c'est « [...] la capacité de définir ses objectifs personnels et d'agir en conséquence » et « [...] le droit d'avoir et d'exprimer ses propres valeurs et opinions » (ASI, 2003, p.11).
2. **La bienfaisance :** c'est « [...] l'obligation morale d'aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique, ce qui favorise son bien-être, [...] l'obligation morale de protéger et défendre les intérêts d'autrui, sa vie, sa sécurité, sa santé » (ASI, 2003, p.13).
3. **La non-malfaisance :** c'est « [...] ne pas causer délibérément ou non, de préjudice physique ou moral à autrui, de ne pas faire le mal, de prévenir le mal, de supprimer ce qui cause le mal » (Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI], 2003, p.16).
4. **La justice :** c'est la « [...] référence à la reconnaissance et au respect des droits, des intérêts, du mérite d'une personne ou d'un groupe » et le fait de « [...] traiter chacun avec équité selon ses besoins » (ASI, 2003, p.19).

De ce fait, ces quatre principes éthiques sont des guides pour les soignantes, lorsqu'elles réalisent des soins de manière responsable et qu'elles prennent des décisions morales. Cependant le personnel soignant ne doit pas se limiter à une réflexion éthique basée sur des principes, il doit aussi s'interroger et réfléchir aux compétences morales qui sont, la fiabilité, la fidélité, l'authenticité et l'honnêteté, car elles sont importantes lors de la promulgation de soins (ASI, 2003).

Les compétences morales se définissent ainsi :

1. **La fiabilité** représente : le fait que le patient plus fragile puisse bénéficier de ses droits et compter sur le soutien des soignantes, notamment lorsqu'il s'agit de « [...] veiller au respect de la dignité, protéger la sphère physique, morale, intime et sociale, traiter avec confidentialité les données personnelles au sein de l'équipe et envers des tiers » (Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI], 2003, p.24).

2. **La fidélité** consiste : à respecter les promesses faites aux patients et savoir être en adéquation avec « [...] ce qu'on pense, ce qu'on dit et ce qu'on fait » (ASI, 2003, p.24). La fidélité est primordiale dans la relation de confiance, elle permet d'obtenir un bon rapport entre la soignante et le patient lors de la réalisation de soins (ASI, 2003).
3. **L'authenticité** c'est : « [...] l'expression de la responsabilité des infirmières face à leur propre conscience et face à leur profession », notamment lors de conflit et de maltraitance (ASI, 2003, p.24).
4. **L'honnêteté** se transmet à travers la communication verbale, en utilisant un langage adapté au patient afin qu'il puisse comprendre les termes médicaux. Elle se transmet également lorsque la soignante réalise des soins ; l'honnêteté se ressent à travers l'intention que la soignante renvoie au patient (ASI, 2003).

Pour réaliser un bon jugement éthique, en plus des principes éthiques et des compétences morales, les soignantes font appel aux valeurs fondamentales comme la dignité, la liberté et l'humanité (ASI, 2003). Afin de rappeler ses valeurs fondamentales une déclaration a été rédigée ; elle est nommée ainsi: « le respect de la dignité de l'individu et du caractère unique de la vie sont au centre de toutes les activités infirmières » (ASI, 1990, cité par ASI, 2003, p.27). De ce fait, l'éthique prouve qu'elle est au centre des soins.

Nous avons choisi comme premier concept l'éthique dans la pratique des soins, car cette théorie se rapporte à la problématique de notre recherche. En effet, la question de la sexualité du grand âge soulève des interrogations éthiques, non seulement chez les personnes âgées par rapport à leur droit d'expression sexuelle et leur besoin, mais aussi chez les soignantes, notamment en lien avec leurs attitudes et leurs réactions conscientes ou inconscientes d'agir lors des soins.

De plus, ce concept nous permet d'évoquer les principes éthiques en lien avec la sexualité des personnes âgées. Par exemple, l'autonomie a une valeur importante. Cela signifie pour la personne âgée qu'elle est capable de satisfaire ses besoins sexuels. La bienfaisance implique pour les soignantes d'aider les résidents à être satisfaits de leur sexualité. Quant à la non-malfaisance, elle sous-tend de la part des soignantes, de ne pas faire de mal consciemment ou inconsciemment à travers leurs attitudes, notamment en

lien avec l'expression sexuelle des pensionnaires. Tandis que la justice fait référence au droit du patient d'être sexué et d'avoir des besoins sexuels. Ainsi, le concept de l'éthique montre l'importance et l'influence que ce cadre peut avoir sur la sexualité des personnes âgées, mais aussi sur les attitudes des soignantes lors des soins.

Le concept de l'éthique dans la pratique des soins nous conduit ainsi vers le concept de la sexualité.

2.2. La sexualité selon la psychanalyse freudienne

Selon Freud (1987), le terme sexualité représente un des fondements de la théorie psychanalytique. C'est un besoin fondamental qui régit la vie humaine. Selon Laplanche & Pontalis (2004) :

Dans l'expérience et la théorie psychanalytiques, sexualité ne désigne pas seulement les activités et le plaisir qui dépendent du fonctionnement de l'appareil génital, mais toute une série d'excitations et d'activités, présentes dès l'enfance, qui procurent un plaisir irréductible à l'assouvissement d'un besoin physiologique fondamental (respiratoire, faim, fonction d'excrétion, etc.) [...] (p.443).

La théorie psychanalytique considère que l'identité sexuelle représente la base de la conception de la personnalité. En effet, elle définit la manière d'être, de se comporter et le mode de relation à l'autre. Selon Laforestrie (1992), la sexualité n'est pas déterminée comme un comportement instinctif, mais comme la somme de pulsions partielles assemblées dans une synthèse. Le but de l'assemblage des pulsions est le plaisir organique, puis la fonction reproductive. C'est à ce moment que nous pouvons dire que cela symbolise l'instinct sexuel. Freud a également parlé de la notion de libido, en latin, qui se traduit par « désir ». Ainsi, la libido permet, en fonction de divers processus et de diverses transformations, de mesurer l'intensité de l'excitation sexuelle (Laforestrie, 1992).

Ainsi, après avoir abordé l'identité, les pulsions sexuelles et la notion de libido, nous allons voir le concept de la sexualité au sens large et sous deux formes. Selon Freud (1984) :

Premièrement, la sexualité est dégagée de sa mise en relation trop étroite avec les organes génitaux, et elle est posée comme une fonction corporelle plus englobante et visant au plaisir, qui n'entre que secondairement au service de la reproduction ; deuxièmement, on met au nombre des motions sexuelles toutes celles qui sont

simplement tendres ou amicales, auxquelles notre usage linguistique applique le terme plurivoque « d'amour » (p.63).

Nous avons choisi comme deuxième concept la sexualité selon l'approche freudienne, car elle coïncide avec notre problématique. En effet, c'est une théorie qui occupe une place primordiale. Elle nous permet de mieux comprendre comment fonctionnent les pulsions sexuelles et quel rôle a la libido dans la sexualité. Nous pouvons ainsi évoquer le fait que malgré leur âge les seniors possèdent toujours des besoins sexuels qui sont liés, non seulement aux pulsions sexuelles, mais aussi à leur libido.

La sexualité, au sens large, n'est pas seulement liée à des pulsions sexuelles, mais également à des besoins affectifs et émotionnels. Les personnes âgées, au même titre que les personnes plus jeunes, ont besoin d'affection et d'être reconnues en tant que personnes sexuées. En effet, les résidents sont parfois perçus par les soignantes de par leur vieillesse, comme des êtres *asexuels*, ce qui peut engendrer quelques fois des attitudes infantilisantes de la part des soignantes. Ces perceptions et ces comportements renvoient à une inversion du rôle de la soignante, vis-à-vis de la personne âgée qu'elle accompagne. Ce concept psychologique, la plupart du temps inconscient, a été expliqué par Jones (1969), sous la dénomination de *fantasme du renversement de l'ordre des générations*. Ce phénomène s'explique par le fait que les enfants « [...] s'imaginent que leur position par rapport aux parents s'intervertit au point qu'ils finissent par se croire les parents, ceux-ci devenant les enfants » (p.372). Dans la relation personne âgée-soignante, l'identification à la relation parent-enfant est aisément effectuée de manière non consciente ; la soignante devenant le « parent » de la personne âgée et reproduisant certains comportements qu'elle a acquis au cours de son développement, y compris les représentations et les interdits liés à la sexualité. C'est pourquoi, il est important de reconnaître les perceptions et les attitudes des soignantes, par rapport à leur propre sexualité, ainsi que l'impact qu'elles peuvent avoir sur la vie sexuelle des résidents.

3. Problématique de recherche

Au cours de nos stages dans le domaine de la gériatrie, nous avons constaté lors d'entretien avec des résidents, que le thème de la sexualité représentait un sujet peu abordé, voire même tabou au niveau institutionnel. Nous avons aussi remarqué que les institutions ne reconnaissent pas forcément les besoins d'intimité et de sexualité des personnes âgées. Ainsi, il était difficile pour les résidents de se confier au sujet de leur sexualité et de leur désir d'intimité. Nous avons alors constaté que les pensionnaires ne se sentaient pas toujours entendus par les soignantes par rapport à l'expression de leurs besoins et de leurs inquiétudes. Les résidents se sont notamment heurtés aux obstacles liés aux représentations et au manque de connaissances des soignantes face à la thématique de la sexualité du grand âge.

En effet, lorsque nous nous sommes rendus dans deux institutions distinctes, nous avons observé que la conception de la sexualité était très différente, voire opposée. Le premier établissement avait des connotations relativement péjoratives au sujet de la sexualité des personnes âgées : la problématique du besoin sexuel des résidents n'était pas abordée entre les soignantes et encore moins avec les pensionnaires. Cela se manifestait par des tensions au sein de l'équipe de soins et envers les résidents, en général de sexe masculin. Par exemple, certaines soignantes attribuaient le terme de « vieux cochon » à certains résidents. Nous pensons qu'en agissant de cette manière, les soignantes mettaient en place des stratégies d'évitement de la problématique, sans doute sous l'emprise de préjugés et de peurs. Il est également arrivé, que des soignantes refusent de prendre en charge des pensionnaires à cause de situations gênantes, comme le fait de surprendre un résident en train de se masturber ou encore en train de se faire toucher les fesses par certains pensionnaires. Nous émettons ainsi l'hypothèse, que dans cette institution, les soignantes ressentaient de la colère, de la gêne, voire du dégoût face à la sexualité des personnes âgées et qu'elles avaient de la peine à admettre, que les résidents pouvaient encore éprouver le désir d'avoir une vie sexuelle.

Dans la seconde institution, deux demandes avaient été formulées de la part des personnes âgées en rapport avec leur sexualité. Premièrement, obtenir plus d'intimité dans leur chambre et deuxièmement, ne pas être dérangé pendant la période choisie par le résident et lorsqu'il/elle recevait un amant ou une amante dans leur chambre. L'équipe soignante a pris en considération ces revendications et les a reconnues, autant

pour les résidents de sexe masculin que de sexe féminin. A ce moment là, les professionnels ont partagé leurs représentations liées à la sexualité du grand âge. Le bilan de la démarche s'est révélé positif. En effet, la discussion au sujet de la sexualité des personnes âgées était ouverte entre les membres de l'équipe de soins et les résidents. Cependant, face à ce phénomène, le personnel soignant a eu de la peine à trouver des solutions et des interventions pour améliorer la sexualité des personnes âgées.

La complexité de tous ces éléments identifiés et expliqués au travers de la littérature ainsi qu'au travers de notre expérience, nous amène à notre question de recherche.

4. Objectifs et question de recherche

4.1. Objectifs de la recherche

Cette revue de littérature étoffée a pour but, premièrement, de mettre en évidence les connaissances et les attitudes des soignantes face à la sexualité des résidents institutionnalisés et deuxièmement, de mettre en lumière les interventions qui peuvent favoriser la sexualité des personnes âgées.

4.2. Question de recherche

Nous formulons ci-dessous notre question de recherche :

« Quelles sont les connaissances, les attitudes et les interventions des soignantes face à la sexualité des personnes âgées institutionnalisées ? »

Cette question de recherche générale a été opérationnalisée par deux questions présentées ci-dessous :

1. Quelles sont les connaissances et les attitudes des soignantes face aux besoins sexuels des personnes âgées ?
2. Quelles sont les interventions qui peuvent favoriser la sexualité des personnes âgées ?

5. Méthodologie

5.1. Argumentation du devis de recherche

Afin de répondre à la question de recherche que nous avons élaborée, nous avons choisi d'utiliser la revue de littérature. Elle permet de faire de manière scientifique l'état des connaissances sur la thématique de recherche. Ainsi, en ce qui concerne notre sujet, la revue de littérature nous donne l'occasion de faire le bilan sur les connaissances, les attitudes et les interventions des soignantes face à la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. En effet, le devis de recherche nous offre la possibilité de synthétiser l'ensemble des savoirs d'une thématique dans le but de progresser dans la pratique des soins (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). La revue de littérature met en évidence plusieurs analyses d'articles scientifiques publiés auparavant et les résultats probants issus de ceux-ci. Ces éléments permettront de favoriser des stratégies et des interventions, ayant pour objectif l'amélioration de la pratique clinique (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

5.2. Les étapes de réalisation de la revue de littérature étoffée

Pour pouvoir apporter des éléments de réponse à notre question de recherche, nous avons effectué des recherches dans des banques de données afin de trouver des recherches scientifiques. Ainsi, les articles portent essentiellement sur les connaissances et les attitudes des soignantes face à la sexualité et sur les possibles interventions infirmières pour favoriser la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. Les banques de données utilisées dans notre recherche sont PubMed et CINAHL ; ce sont des bibliothèques fondamentales pour partager des informations ou élaborer une revue dans le domaine des sciences infirmières (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Cette recherche a été menée de septembre 2011 à novembre 2012. Les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les termes MeSH (mots clés) et les stratégies ont été des guides pour réaliser cette revue. En effet, des termes MeSH ont été choisis dans le but de d'obtenir le plus grand nombre d'articles scientifiques dans les moteurs de recherches PubMed et CINAHL.

5.3. Les mots clés en anglais

Les mots clés qui nous ont permis de trouver des articles scientifiques en lien avec notre thématique de recherche sont les suivants :

- Aged
- Sexual Behavior
- Sexuality
- Nursing
- Nursing Homes

5.4. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons choisis pour notre revue de littérature étoffée sont nommés ci-dessous. Ceux-ci permettent de cibler des études pertinentes en lien avec notre thématique de recherche.

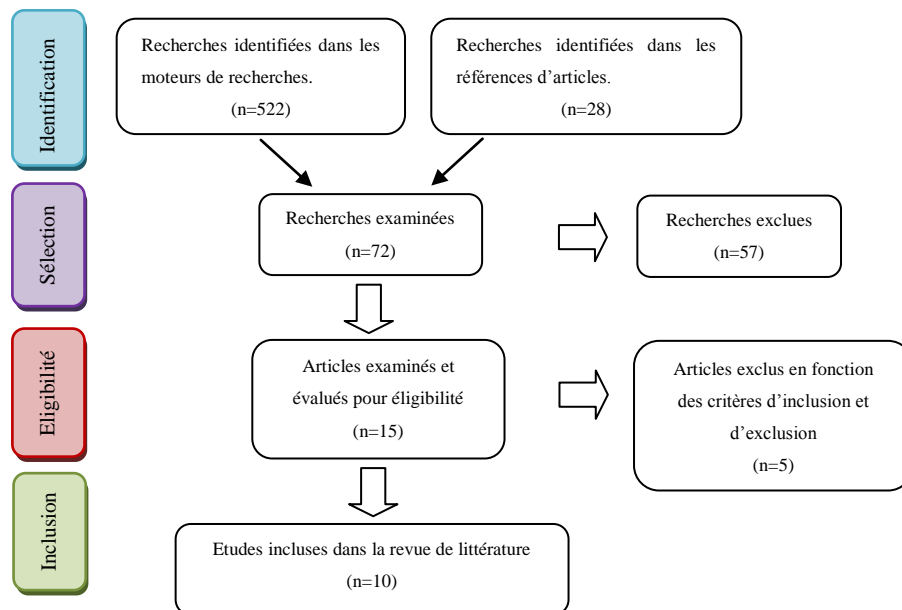
Les critères d'inclusion :

- Etudes en anglais ou en français
- Populations cibles : les soignantes qui accompagnent les personnes âgées institutionnalisées ainsi que les personnes âgées institutionnalisées
- Attitudes ou perceptions des soignantes
- Interventions pour la pratique infirmière

Les critères d'exclusion :

- Autres professionnels de la santé tels que les médecins, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes etc.
- Personnes âgées vivant à domicile

5.5. Démarche d'analyse et stratégies de recherches



Flow Chart et stratégies de recherches

Afin d'entamer les recherches dans les banques de données PubMed et CINAHL, nous avons identifié les termes MeSH en relation avec notre thématique de recherche. Ensuite, nous avons utilisé ces termes MeSH dans les banques de données, puis nous les avons associés, avec l'objectif de former des stratégies de recherches. Cela nous a permis de cibler nos articles. Ainsi un total de 522 études ont été trouvées dans les moteurs PubMed et CINAHL. La consultation de divers articles et de leurs références, nous ont permis d'obtenir 28 recherches supplémentaires pour cette revue de littérature. Après une lecture des titres de toutes les études, seuls 72 ont pu être sélectionnés, en se basant sur leur pertinence et leur lien avec notre question de recherche. Suite à cela, ces articles ont été examinés en fonction de leur résumé et 15 études ont été sélectionnées et évaluées. Sur ces 15 recherches, cinq ont été exclues en raison de la non-correspondance de ces articles avec les critères d'inclusion. Enfin, 10 études ont répondu aux critères d'inclusion et d'exclusion et ont pu être sélectionnées pour l'élaboration de notre revue de littérature.

5.6. Synthèse des résultats

Au terme des recherches, dix articles ont été intégrés dans la revue de littérature. Pour cela, nous avons parcouru les résumés des études afin d'examiner leur contenu. Puis, pour obtenir les articles avec le texte en intégral, nous avons effectué non seulement une recherche dans les banques de données PubMed et CINAHL, mais aussi en inscrivant le titre de l'étude sur Google Scholar. Ces démarches nous ont permis de rassembler quelques articles, mais nous avons également dû en commander auprès de l'Université de Berne. Afin de traduire en français les recherches rédigées en anglais, nous avons utilisé le serveur Google Traduction. Ensuite, nous avons amélioré les textes pour une meilleure compréhension. Grâce à des grilles de synthèse (Annexe 3), nous avons poursuivi avec une analyse rigoureuse des recherches, dans le but de faire émerger les éléments pertinents à la construction de notre revue de littérature. L'utilisation de ces grilles nous a permis d'obtenir des résultats de recherches publiées auparavant ainsi que des implications pour la pratique infirmière. Enfin, l'analyse de ces grilles permet non seulement de catégoriser les résultats mais aussi de structurer le texte de la revue de littérature.

6. Résultats

Cette revue de littérature étoffée est composée d'un total de dix études. Parmi celles-ci, il y a non seulement une revue de littérature, mais aussi des études quantitatives, dont trois avec un devis de recherche comparatif, trois avec un devis descriptif simple et une étude observationnelle. Ainsi, les études restantes sont qualitatives, une avec un devis de recherche phénoménologique et une autre concerne la théorie ancrée. Ces études ont été réalisées entre 1997 et 2010. Elles ont été effectuées dans divers continents, notamment en Europe (une en Angleterre), en Asie (une à Taiwan et une en Israël), en Océanie (trois en Australie et une en Nouvelle-Zélande) et en Amérique du Nord (trois aux Etats-Unis).

Pour une recherche, l'échantillon était inférieur à dix participants, pour cinq études ils étaient entre dix et cent à participer. En ce qui concerne les autres articles scientifiques, une recherche avait un échantillonnage entre 50 et 130 personnes, tandis que deux études possédaient plus de cent participants. Enfin, la revue de littérature comprenait 31 articles scientifiques. Tous les intervenants provenaient d'une institution gériatrique et ils représentaient, soit des personnes âgées, soit des soignantes comme les infirmières, les infirmières-assistantes, les aides-infirmières ou les aides-soignantes.

Quatre recherches ont obtenu l'approbation d'un comité d'éthique (Bouman et al. 2007 ; Gilmer et al. 2010 ; Ehrenfeld et al. 1999 ; Tzeng et al. 2009). D'autre part, trois études (Roach, 2004 ; Walker et al. 1998 ; Bauer et al. 1999) ont bénéficié d'intervenants qui étaient volontaires pour intégrer une recherche. Ces participants pouvaient donc à tout moment décider de ne plus participer à l'étude dans laquelle ils s'étaient engagés. Enfin, trois recherches ne mentionnent pas quelles étaient les considérations éthiques sur lesquelles les chercheurs se sont appuyés (Walker et Harrington, 2002 ; McAuliffe et al. 2007 ; Steinke, 1997). Tous les questionnaires, les interviews, les discussions de groupe ou les grilles d'observations ont respecté l'anonymat des intervenants.

Lors de la classification des résultats, nous avons constaté que trois études portaient sur les croyances, les connaissances et les perceptions des soignantes face à la sexualité des résidents. Ces recherches (Gilmer et al. 2010 ; Walker et al. 1998 ; Roach, 2004) ont examiné les représentations des infirmières ainsi que leurs ressentiments.

Les chercheurs se sont également interrogés par rapport aux attitudes et aux réactions des soignantes en lien avec la sexualité des personnes âgées. De ce fait, cinq études (Steinke, 1997 ; Bouman et al. 2007 ; Ehrenfeld et al. 1999 ; Gilmer et al. 2010 ; Tzeng et al. 2009) font part du comportement des soignantes au sein des institutions.

D'autres études quant à elles s'orientent sur les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées (Tzeng et al. 2009 ; Ehrenfeld et al. 1999).

Enfin, nous avons également deux études (Gilmer et al. 2010 ; Tzeng et al. 2009) basées sur les obstacles et les facteurs qui influencent la sexualité des résidents en institution.

Pour terminer, certaines recherches (McAuliffe et al. 2007 ; Bauer et al. 1999 ; Bouman et al. 2007 ; Steinke, 1997 ; Walker et al. 2002) portent sur des interventions mises en place pour favoriser la sexualité des résidents.

De ces cinq thématiques, nous avons distingué deux thèmes relatifs aux soignantes et deux thèmes concernant les résidents ainsi qu'un thème propre aux soignantes et aux résidents.

Thèmes concernant les soignantes :

- Les croyances, les connaissances et les perceptions des soignantes face à la sexualité des résidents.
- Les attitudes et les réactions des soignantes en lien avec la sexualité des personnes âgées.

Thèmes concernant les résidents :

- Les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées.
- Les obstacles et les facteurs influençant la sexualité des résidents.

Thème concernant les soignantes et les résidents :

- Les interventions mises en place pour favoriser la sexualité des résidents

6.1. Les croyances, les connaissances et les perceptions des soignantes face à la sexualité des résidents

Selon l'étude de Gilmer et al. (2010), 90% des soignantes pensent que les résidents ont des besoins sexuels. De ce fait, 85% des soignantes trouvent que l'activité sexuelle devrait être soutenue par les institutions pour personnes âgées. Les chercheurs ont reçu comme demande d'avoir un peu de support d'assistance. Cependant, les croyances par rapport à la sexualité et au soutien de celle-ci n'étaient pas unanimes pour toutes les soignantes. En effet, les auteurs de la recherche ont obtenu comme réponse que le désir d'avoir des relations sexuelles devait être minime chez les personnes âgées. Ainsi, dans l'étude de Walker et al. (1998), le pourcentage de réponses des soignantes et des personnes âgées a été comparé grâce à un questionnaire qui porte sur les connaissances, les attitudes et l'expression sexuelle. Ce qui a été relevé au niveau des résultats de cette étude fut que les soignantes avaient un pourcentage de « pas de réponse » aux questions de l'enquête de 0% à 25%, alors que les résidents eux avaient de 0% à 77% « pas de réponse », soit 77% du temps. Les autres éléments mis en évidence ont été que le personnel soignant était significativement plus sensible à la question de la sexualité, soit 73% ont considéré comme « très important » la sexualité comparativement à 50% pour les résidents.

Dans cette étude Walker et al. (1998), les autres résultats montrent que les personnes âgées sont moins tolérantes que les soignantes en ce qui concerne la sexualité. Ainsi, les résidents n'ont pas souhaité répondre à des questions concernant la masturbation avec un pourcentage de 26,21% de taux de « pas de réponse » et aux interrogations portant sur les problèmes familiaux avec un taux de 21,09% de « pas de réponse ». Quant aux questions en lien avec la solitude et le veuvage, les résidents ont obtenu un pourcentage de 20,42% de « pas de réponse ». Les auteurs indiquent que la rubrique masturbation possède le plus haut taux de « pas de réponse ». Or celle-ci comprend des questions non seulement sur la fréquence des relations sexuelles en établissement médico-social avec un pourcentage de 43% de « pas de réponse », mais aussi sur le personnel soignant qui devrait intervenir lors de rapports sexuels avec un taux de 50% de « pas de réponse ». Cette rubrique contient également des questions sur les antidépresseurs et l'impact qu'ils ont sur la sexualité, avec un taux de 43% de « pas de réponse ». Une autre question porte sur les familles qui empêchent les résidents de s'exprimer sur la sexualité, avec 57% de « pas de réponse ». Cependant chez les soignantes, les questions

en lien avec la masturbation représentent également le plus grand pourcentage de « pas de réponse » avec un taux de 25% de « pas de réponse ». Ainsi, les auteurs montrent que le thème de la sexualité est délicat à aborder autant pour les soignantes que pour les résidents.

Dans l'étude de Gilmer et al. (2010), la compréhension de la sexualité par le personnel soignant a été établie ainsi. Les soignantes ont expliqué, qu'elles avaient observé la sexualité des résidents. D'après leurs observations, elles en ont conclu, qu'il y avait des actions normatives et inopportunes. Aussi, se prendre par la main, s'embrasser, se masturber, faire la cour et faire des activités en couple ont été classés dans les actions normatives de la sexualité en institution. Cependant, le contact incorrect d'un résident masculin envers le personnel soignant, une érection lors de soins, des magazines pornographiques, des propositions de sexe aux soignantes par les résidents et des plaisanteries sexuelles ont été regroupés dans les actions inopportunes.

Selon Roach (2004), les perceptions du personnel soignant vis-à-vis des comportements sexuels des résidents ont été influencées, notamment par la capacité de la soignante à être à l'aise lors de questionnements en lien avec la sexualité, au sein de l'institution dans laquelle elle travaille. En effet, lorsqu'un membre du personnel soignant se sent en adéquation avec la thématique de la sexualité, celui-ci peut faire face aux comportements du résident. Ainsi, les institutions où les soignantes ont eu des comportements, qui les ont amenés à sentir un mal-être, se sont demandées quels facteurs influençaient ce sentiment. Dans leur étude, les auteurs ont alors utilisé le paradigme de protection de l'inconfort qui comprend quatre catégories, ceci afin d'obtenir les moyens qui facilitent ou opposent l'expression de la sexualité. En premier, il y a la garde permanente ; ce sont les actions et les interactions des soignantes qui travaillent dans un environnement où la culture est restrictive à la sexualité. En deuxième, il y a la protection réactive ; elle se définit par le fait que le personnel soignant n'est pas en mesure d'établir des actions pour améliorer la sexualité des résidents, car ces soignants ressentent un mal-être, alors que l'institution est favorable à l'expression sexuelle. En troisième, est évoquée la protection des gardes, lorsque les infirmières sont ouvertes à l'expression sexuelle et qu'elles sensibilisent d'autres soignantes ainsi que les familles des résidents. Pour terminer, la dernière catégorie est la

protection proactive ; cela signifie que l'équipe soignante et l'institution sont favorables à l'expression sexuelle et aux moyens mis en place pour cela.

6.2. Les attitudes et les réactions des soignantes en lien avec la sexualité des personnes âgées

Dans l'étude de Steinke (1997), l'effet d'une intervention pédagogique en lien avec la sexualité des personnes âgées, montre qu'il n'y a eu aucune différence significative concernant les attitudes des soignantes, entre le score pré-test, donc avant la formation et le score post-test, celui après l'intervention pédagogique. Cette recherche révèle que la moyenne des scores d'attitudes des soignantes face à la sexualité des personnes âgées était déjà assez permissive et que les membres du personnel soignant avaient reconnu l'importance de la sexualité chez les résidents. Selon Ehrenfeld et al. (1999), les réactions du personnel soignant étaient pour la plupart favorables aux comportements sexuels, d'amour, de compassion et de romance. Ainsi, les soignants n'ont pas interféré dans leurs comportements. Cependant, l'érotisme entre résidents ou pensionnaires et conjoint en visite a suscité chez les infirmières de la colère, du rejet, du dégoût et un devoir d'intervenir. Par ailleurs, l'étude de Bouman et al. (2007) a comparé les attitudes d'infirmières dans des établissements médico-sociaux et des infirmières dans des résidences de soins. De ce fait, les résultats illustrent que les infirmières en établissements médico-sociaux avaient des attitudes plus négatives et restrictives que celles des résidences de soins. L'hypothèse de l'étude était que les résidents en établissements médico-sociaux auraient eu une tendance à être, non seulement plus fragiles psychiquement mais aussi physiquement. Les résidents seraient donc sexuellement moins actifs. L'étude de Bouman et al. (2007) révèle également que le personnel soignant ayant moins de cinq ans d'expérience dans les soins avait des attitudes plus négatives et restrictives envers la sexualité des personnes âgées. Aussi, d'après cette recherche, ces attitudes seraient en lien avec l'âge du soignant, le manque d'expérience et le manque de formation.

Selon l'étude de Gilmer et al. (2010), quelques soignantes ont été concernées par la sécurité des résidents qui s'exprimaient ouvertement sur leur sexualité. Les auteurs de la recherche ont indiqué que le personnel soignant pensait que les résidents ne seraient ainsi pas approuvés par les autres pensionnaires. Or dans l'étude de Tzeng et al. (2009), la plupart des résidents ont eu une attitude neutre par rapport aux comportements

sexuels des autres pensionnaires. Peu de résidents ont fait part de réponses négatives, lorsqu'ils ont assisté à des comportements sexuels. Cependant, les auteurs ont constaté que les résidents se sont sentis « honteux » ou « embarrassés » et l'ont signalé à l'infirmière. Dans cette recherche, des pensionnaires ont aussi donné des réponses positives aux comportements sexuels, notamment lorsqu'ils étaient en lien avec de l'affection.

Selon Ehrenfeld et al. (1999), les réactions des autres personnes âgées dépendaient du comportement et du degré de lucidité ainsi que de la compréhension des situations. Leurs interactions allaient de l'indifférence à la colère et de celle-ci à la résistance. Par ailleurs, l'étude parle également des réactions des proches de résidents ayant des comportements sexuels. Dans cette étude, les auteurs ont eu de la peine à catégoriser les attitudes des familles qui n'étaient parfois pas au courant que leur proche avait une sexualité. Les attitudes des membres de la famille se manifestaient parfois par un comportement apathique ou un sentiment de colère. D'autres fois, les familles ressentaient de la joie concernant le fait que leur proche puisse avoir une nouvelle relation.

6.3. Les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées

Selon l'étude de Tzeng et al. (2009), l'analyse des données met en avant 3 domaines de comportements sexuels chez les résidents atteints de démence. Le premier évoque le comportement physique avec d'autres personnes, qui inclut le fait de caresser quelqu'un, de donner un baiser, de défaire les vêtements d'une personne, de se caresser mutuellement les organes génitaux, de dormir et de s'étreindre sur le même lit. La deuxième catégorie comprend les actes sexuels sans contact avec autrui tels que la masturbation dans les lieux privés ou publics ou regarder les seins des soignantes. Le dernier domaine est le comportement verbal qui regroupe les demandes sexuelles du personnel de soins et des résidentes ainsi que les menaces sexuelles.

Par ailleurs, l'étude d'Ehrenfeld et al. (1999) a elle aussi traité ces données observées à l'aide de trois types de comportement, mais sous un angle différent. Le premier comportement était en lien avec l'amour et la compassion, ce qui signifie une forte affection, un sentiment d'attraction ou de désir et de sensualité pour quelqu'un. Le deuxième comportement était basé sur la romance, en lien avec la base de l'émotion et

de l'expérience dynamique et mentale de l'amour, avec des émotions qui tendent à idéaliser l'objet de ses affections. Le troisième comportement représentait l'érotisme, c'est-à-dire l'excitation sexuelle ou le désir. La recherche montre que 70% des interactions étaient entre hommes et femmes. La plupart des initiateurs à l'interaction étaient des hommes et rarement les femmes (10%). Lorsqu'elles étaient les initiatrices, elles semblaient considérer les hommes abordés comme leur mari ou leur petit ami. 16% des comportements sexuels s'étaient passés entre les résidents et les soignantes, toujours sur l'initiative des patients envers le personnel féminin, lors de soins. Dans quelques cas isolés, il y a eu des comportements sexuels observés entre des résidents et des visiteurs. 17% des situations n'ont pas pu être classées, par exemple lorsque des patients ont été retrouvés dans les lits de leurs voisins.

Selon l'étude de Tzeng et al. (2009), les facteurs prédisposant les comportements sexuels sont, l'opportunité qui correspond à trois conditions (réunion accidentelle, séduction mutuelle pendant les activités de groupe et contact physique lors de soins), la coopération des objets ce qui inclut (l'affection mutuelle et la vulnérabilité) et l'espace personnel sans aucune intimité ce qui correspond (aux chambres communes et aux salles de bain publiques).

6.4. Les obstacles et les facteurs influençant la sexualité des résidents

Dans l'étude de Gilmer et al. (2010), quelques soignantes ont nommé la difficulté de parler de sexualité dans le contexte de comorbidités ou de diminutions des capacités cognitives et physiques. Ainsi, les soignantes ont érigé des barrières à la sexualité des personnes âgées dans les soins. Les barrières sont le manque de vie privée, le désir de protéger les résidents ainsi que l'environnement représenté par la résidence, les attitudes des résidents entre eux ainsi que les attitudes des soignantes et des familles. Les auteurs de cette recherche abordent le fait que beaucoup de soignantes ont parlé de la difficulté d'offrir une vie privée aux résidents, dans le but de soutenir leur sexualité, notamment en lien avec les barrières environnementales. Par exemple : les portes ne se fermaient pas, il y avait toujours des personnes dans une chambre, peu de chambres étaient construites pour des couples. De plus, les attitudes et les croyances des soignantes et des familles par rapport à la sexualité des résidents ont empêché d'autres membres du personnel soignant de soutenir la sexualité dans les soins. Exemple : les soignantes se

sont senties embarrassées pour trouver une solution, lorsque les familles n'approuvaient pas la sexualité de leur parent.

Selon l'étude de Gilmer et al. (2010), 65% des soignantes ont indiqué que leur travail avait une politique ou une procédure par rapport à la sexualité et que 56% des installations offraient une vie privée aux couples, pour qu'ils puissent avoir des relations sexuelles. Cependant, les auteurs ont reçu des commentaires montrant l'invisibilité de la sexualité dans le milieu du travail. Certaines soignantes se sont exprimées sur le fait que la question de la sexualité n'avait jamais été abordée à leur connaissance. Toujours d'après l'étude de Tzeng et al. (2009), le principal facteur qui influence le comportement sexuel du résident est la réponse de la politique de l'institution et des soignantes. Ainsi, l'étude a observé trois établissements. Dans l'établissement A, les attitudes sexuelles ont été traitées avec cohérence, car les chambres des résidents et les salles de bain ont été considérées comme des espaces privés. Les comportements sexuels des pensionnaires ont été respectés en vertu du lieu qui n'était pas un problème. Les soignantes de l'institution A semblaient montrer plus de respect pour la vie privée des résidents et la masturbation de ceux-ci. Dans l'établissement B, il semblait y avoir peu d'interactions entre les pensionnaires. Le personnel soignant de l'institution B expliquait que la masturbation était privée, qu'ils toléraient ce comportement mais qu'ils ne l'encourageaient pas. Cette attitude était ignorée si elle ne se produisait pas en public et que cela ne causait pas de problème. Dans l'établissement C, avec une politique basée sur la religion institutionnelle, les soignantes ne prenaient pas en charge le comportement sexuel. Le personnel soignant avait des attitudes plus prudentes envers le comportement sexuel.

6.5. Les interventions mises en place pour favoriser la sexualité des résidents

Politique de l'institution

Selon l'étude de McAuliffe et al. (2007), l'environnement dans lequel les personnes âgées évoluent n'est pas fait pour avoir de l'intimité, notamment avec des lits simples, des chambres partagées. C'est pourquoi, les institutions devraient énoncer clairement leur politique concernant le choix et les besoins sexuels des patients et quels sont leurs droits fondamentaux. Ainsi, les auteurs de l'étude indiquent que les soignantes doivent avoir conscience de l'impact de l'environnement sur la sexualité des personnes âgées et

que les institutions devraient offrir à leurs patients d'autres alternatives, comme avoir un lieu plus intime ou le choix du lit simple ou double.

Communication et discussion

Dans l'étude de McAuliffe et al. (2007), la sexualité des personnes âgées est un sujet qui n'est pas souvent abordé par le personnel soignant. Ceux-ci sont réticents à discuter de sexualité avec leurs patients, soit par crainte de les offenser, soit par manque de confiance et de capacité à répondre aux questions liées au sexe. Ainsi, pour aider à réduire tout inconfort ressenti lors de discussions, les soignantes peuvent adopter une attitude empathique et compréhensive, ce qui crée une atmosphère propice à la communication. L'étude explique qu'il est important de poser des questions ouvertes, non-jugeantes et de ne pas utiliser le jargon médical. L'étude de McAuliffe et al. (2007) préconise également une approche holistique centrée sur la personne afin d'identifier les besoins sexuels, les préférences et les désirs de la personne âgée. Elle offre aussi la possibilité de savoir si le patient souhaite discuter de sexualité.

Outil de communication

Selon l'étude de Bauer et al. (1999), toutes les soignantes qui ont participé à cette étude ont eu recours à une forme d'humour, afin d'interagir avec les résidents dans les établissements médico-sociaux. Dans cette étude, l'humour a été un outil utile pour les soignantes, lors de questions sur la sexualité et lors d'incidents sexuels, mais également pour obtenir la coopération des résidents. La plaisanterie a aussi servi de stratégie pour les soignantes afin d'exprimer leur désaccord dans une situation. Du côté des personnes âgées, l'humour leur a permis d'exprimer leurs besoins et leurs désirs sexuels.

Education et formation du personnel soignant

D'après l'étude de McAuliffe et al. (2007), les professionnels de la santé ont une fonction intéressante : fournir des informations et des conseils en lien avec la sexualité des personnes âgées. Toutefois, les soignantes ont besoin d'une éducation et de soutien pour prendre conscience de leurs propres valeurs et préjugés. L'étude de Bouman et al. (2007) aussi, explique qu'en comparant les fonctions et les statuts de travail occupés par les administrateurs et les infirmières, une différence significative a été relevée. Les administrateurs sont plus permissifs et positifs vis-à-vis de la sexualité des résidents que les infirmières, car leur niveau de formation est plus élevé. Ainsi, selon l'étude de

Steinke (1997), les connaissances des soignantes, portant sur la sexualité du vieillissement, ont montré une différence statistiquement significative. Il a eu une augmentation de savoir du pré-test au post-test, après l'intervention pédagogique sur les connaissances et sur les attitudes des soignantes. D'après la recherche de McAuliffe et al. (2007), les programmes de formation permettent au personnel soignant de se sentir à l'aise avec les questions d'ordre sexuel, de pouvoir avoir accès à la formation continue, d'être informé sur les dernières recherches et de savoir reconnaître les situations qui demandent l'avis d'un spécialiste. Dans cette étude, les soignantes doivent informer les patients des effets des médicaments et offrir des informations appropriées pour pouvoir reprendre une activité sexuelle malgré la maladie. En effet, chez les personnes de plus de 65 ans, il y a un risque de diabète, de maladies cardiaques, d'accidents vasculaires et ces maladies peuvent affecter la sexualité ainsi que leur relation avec leur partenaire. Les auteurs de cette recherche ont également remarqué que les soignantes ont un rôle important afin d'éduquer et de transmettre leurs savoirs concernant le sida et les autres maladies sexuellement transmissibles. Effectivement, selon l'étude de McAuliffe et al. (2007), les personnes âgées pensent qu'elles ont moins de risques de contracter des maladies sexuelles transmissibles.

Selon l'étude de Walker et al. (2002), les pré-tests et les pos-tests réalisés par les participants, au sujet de l'évaluation des connaissances et des attitudes à l'égard de la sexualité des personnes âgées, n'étaient pas similaires sur l'ensemble des quatre modules donnés. Les scores post-test étaient plus élevés que les scores pré-test. Ainsi, les auteurs ont donné comme interprétation le fait, que le temps par module n'a pas été uniforme dans les quatre modules. C'est pourquoi, le scores s'amélioraient de pré-test à pos-test pour trois modules (besoin de sexualité et d'intimité, sexualité et démence et sexualité et vieillissement), mais est resté stable pour les pré-tests et post-tests du module famille et problèmes personnels. De plus, dans cette étude, au total 117 personnes ont rempli le formulaire d'évaluation du programme. Certains participants ont assisté à plus d'une session de formation ; ainsi ils ont rempli plus d'un formulaire d'évaluation du programme. Les résultats de cette recherche montrent qu'une grande majorité des participants ont dit que l'information dans les modules a été « très utile » à 60,7% ou « utile » à 29,1%. Un pourcentage un peu plus grand a indiqué que l'information était « très intéressante » (52,1%) ou « intéressante » (37,6%). Une majorité des personnes pensait que le programme était de « bonne longueur » ou « pas

assez long », avec un taux de 12,8%. Les autres participants ont dit que le programme était soit « un peu long » à 6,8%, soit « beaucoup trop long » à 5,1%. Par rapport à la quantité d'information, 81,2% des intervenants ont dit qu'il y avait « la bonne quantité de détails » et 13,7% des personnes ont dit qu'il n'y avait « pas suffisamment de détails ». Dans l'étude de Walker et al. (2002), la documentation du programme a reçu une évaluation favorable des participants ; 91,4% pensaient que les documents visuels étaient « utiles » ou « très utiles » et 94,9 % trouvaient que les vidéos vues étaient « utiles » ou « très utiles ». 92,3% des participants ont déclaré que les études de cas ont été « utiles » ou « très utiles ». Presque tous les soignants ont dit qu'ils recommanderaient le programme, 49,6% ont mis « oui certainement », 40,2% ont dit « oui », 6,3% des participants ont sélectionné « peut être », mais aucune personne a répondu « non ».

Pour terminer, voici un tableau présentant une brève synthèse des résultats provenant des recherches nommées dans ce chapitre.

Tableau 1 : Synthèse des résultats issus de la revue de littérature (N=10)

Thèmes issus des résultats	Articles correspondant	Synthèse des résultats des recherches
Les croyances, les connaissances et les perceptions des soignantes face à la sexualité des résidentes	-Gilmer et al. (2010) -Walker et al. (1998) -Roach (2004)	-Les besoins sexuels des personnes âgées ont été reconnus. -Les soignantes ont conclu qu'il y avait des actions sexuelles normatives et inopportunes. -Les perceptions des soignantes face aux comportements sexuels des résidents, ont été influencées par leur capacité à être à l'aise lors de questions en lien avec la sexualité.
Les attitudes et les réactions des soignantes en lien avec la sexualité des personnes âgées	-Steinke (1997) -Bouman et al. (2007) -Ehrenfeld et al. (1999) -Gilmer et al. (2010) -Tzeng et al. (2009)	-Les réactions des soignantes étaient favorable au comportement sexuel, lors d'affection, de compassion et de romance. -Les comportements en lien avec l'érotisme (l'excitation sexuelle et le désir) suscitait chez les soignantes de la colère, du rejet, du dégoût et un devoir d'intervenir.
Les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées	-Tzeng et al. (2009) -Ehrenfeld et al. (1999)	Les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées sont catégorisés par : -les comportements physiques -les actes sexuels -les comportements verbaux -les comportements en lien avec l'amour et la compassion -les comportements en lien avec la romance -les comportements en lien avec l'érotisme
Les obstacles et les facteurs influençant la sexualité des résidents	-Gilmer et al. (2010) -Tzeng et al. (2009)	Les obstacles et les facteurs influençant la sexualité des résidents sont : -la difficulté de communiquer entre soignantes et résidents -le manque d'intimité dans l'institution -les attitudes, croyances des soignantes et des familles par rapport à la sexualité des résidents -la politique de l'institution en lien avec la sexualité des résidents
Les interventions mises en place pour favoriser la sexualité des résidents	-McAuliffe et al. (2007) -Bauer et al. (1999) -Bouman et al. (2007) -Steinke (1997) -Walker et al. (2002)	Les pratiques identifiées dans les études pour améliorer la sexualité des résidents sont : -l'institution et sa politique ainsi que l'environnement -la communication -l'outil de communication -l'éducation et formation du personnel soignant

7. Discussion

Cette revue de littérature avait pour but d'identifier les connaissances et les attitudes des soignantes face à la sexualité des personnes âgées institutionnalisées et de découvrir des interventions pour la pratique infirmière, ceci afin de favoriser la sexualité des résidents. Pour cela, dix études ont été sélectionnées. Quelques recherches ont abordé les croyances, les connaissances et les perceptions des soignantes face à la sexualité des résidents. Certaines études étaient basées sur les attitudes et les réactions des soignantes en lien avec la sexualité des personnes âgées. D'autres recherches, quant à elles, portaient sur les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. Puis, quelques études ont abordé les obstacles et les facteurs influençant la sexualité des résidents. Pour terminer les dernières études comprenaient des interventions pratiques pour favoriser la sexualité des résidents.

7.1. Les croyances, les connaissances et les perceptions des soignantes face à la sexualité des résidents

Selon l'étude de Gilmer et al. (2010), 90% des soignantes pensent que les résidents ont des besoins sexuels et 85 % des soignantes trouvent que les activités sexuelles devraient être soutenues par les institutions pour personnes âgées. Toutefois les croyances en lien avec la sexualité et le soutien de celle-ci n'étaient pas unanimes auprès de toutes les soignantes, car selon les soignantes le désir sexuel devait être minime chez les personnes âgées. Dans l'étude de Plouffe & Plamondon (1989), nous constatons que quelques soignantes ont reconnu l'existence et l'importance de la sexualité. Cependant, lors de soins prodigués par les soignantes auprès des pensionnaires, la sexualité n'existait plus, car les soignantes faisaient abstraction du désir sexuel des personnes âgées. Dans l'étude de Walker et al. (1998), 73% des soignantes ont été sensibles à la question de la sexualité, en la considérant comme « très importante », contrairement à un taux de 50% obtenu chez les résidents. Concernant les autres résultats de cette étude, les auteurs indiquent que les résidents ont des attitudes moins tolérantes par rapport à la sexualité que les soignantes. Ces résultats sont conformes à ceux de Lépine (2008), qui souligne qu'il y a autant de réactions face à la sexualité qu'il y a de personnalités. Dans l'étude de Walker et al. (1998), les interrogations auprès des résidents concernant la masturbation, les problèmes familiaux, les questions en lien avec la solitude et le veuvage sont des thématiques qui ont obtenu un fort taux de « non réponse ». Selon Colson (2007), la notion d'« [...] intimité est avant tout intimité de soi, qui s'appuie sur

un sentiment d'identité personnelle » (p.65). Nous pensons que les « non réponse » aux questions concernant la masturbation, les problèmes familiaux, la solitude et le veuvage seraient dues à l'intimité et à la pudeur des participants. Dans l'étude de Gilmer et al. (2010), les soignantes expliquent qu'elles ont observé la sexualité des résidents afin de comprendre leurs comportements. Ainsi, se prendre par la main, s'embrasser, se masturber, faire la cour et avoir des activités sexuelles sont des comportements qui ont été classés dans les actions normatives. Quant aux actions inopportunes, ce sont : le contact incorrect d'un résident masculin envers les soignantes, une érection lors de soins, des magazines pornographiques, des propositions de sexe aux soignantes par les résidents et des plaisanteries sexuelles. De par ce fait, les soignantes ont conclu qu'il y avait des actions normatives et inopportunes. Selon Laforestrie & Geoffre (1997), il ne faut pas oublier que les soins effectués par les soignantes auprès des résidents peuvent à tout moment réveiller fantasme et désir. Nous suggérons ainsi que, dans cette étude, les soignantes ne toléraient pas les comportements sexuels en lien avec le fantasme et le désir. C'est pourquoi, elles ont peut-être classé ces comportements dans les actions inopportunes. Selon Roach (2004), les perceptions des soignantes face aux comportements sexuels des résidents ont été influencées par leur capacité à être à l'aise lors de questions liées à la sexualité car lorsqu'une soignante est en adéquation avec le thème de la sexualité, elle peut faire face aux comportements du résident. Selon l'ASI (2003), l'éthique cherche à comprendre les conditions dans lesquelles un comportement peut être considéré comme juste et quelle est la frontière entre les comportements moraux et les comportements de nature humaine. En effet, pour qu'une soignante se sente en adéquation avec la sexualité et les comportements sexuels des résidents, il est important que la soignante puisse s'interroger sur ses perceptions et ses ressentiments concernant la sexualité. Ainsi, l'éthique peut apporter du soutien à la soignante, grâce à ses quatre principes éthiques et à ses compétences morales.

7.2. Les attitudes et les réactions des soignantes en lien avec la sexualité des personnes âgées

L'étude de Plouffe & Plamondon (1989), explique que les attitudes liées aux représentations des soignantes jouent un rôle fondamental sur la vie sexuelle des résidents. Dans l'étude de Steinke (1997), les attitudes des soignantes étaient assez permissives et les soignantes reconnaissaient l'importance de la sexualité chez les résidents. Concernant l'étude d'Ehrenfeld et al. (1999), les auteurs indiquent que les

réactions des soignantes étaient pour la plupart favorables aux comportements sexuels en lien avec l'amour, la compassion et la romance. Ainsi les soignantes n'interféraient pas dans le comportement des résidents. Cependant, dans cette étude, les comportements sexuels en lien avec l'érotisme, entre résidents ou entre un(e) résident(e) et un(e) conjoint(e) en visite ont suscité chez les soignantes de la colère, du rejet, du dégoût et un devoir d'intervenir. Dans l'étude de Thibaud & Hanicotte (2007), des réactions de gêne, de surprise, de bienveillance et des attitudes moralisatrices ou répressives, des attitudes de dérision, d'ironie et de déni ont été répertoriées en lien avec la sexualité. Ainsi nous pensons que les principes éthiques (l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice) peuvent influencer les comportements et les attitudes des soignantes, notamment par rapport à leur manière de réagir envers la sexualité des résidents

7.3. Les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées

Trois types de comportements sexuels provenant de résidents atteints de démence sont mis en avant dans l'étude de Tzeng et al. (2009). Les comportements physiques avec d'autres personnes, qui incluaient : caresser quelqu'un, donner un baiser, défaire les vêtements d'une personne, se caresser mutuellement les organes génitaux, dormir et s'étreindre sur le même lit. Ensuite, les auteurs ont mentionné les actes sexuels sans inclure une autre personne, comme la masturbation dans un lieu privé ou publique et le fait de regarder les seins des soignantes. Puis, le comportement verbal qui se manifeste par des demandes sexuelles aux soignantes et aux résidentes ainsi que des menaces sexuelles. Par ailleurs l'étude d'Ehrenfeld et al. (1999) a également observé trois types de comportements mais sous un angle différent. Le premier comportement était en lien avec l'amour et la compassion ; cela comprenait une forte affection, un sentiment d'attraction ou de désir et de sensualité pour quelqu'un. Le deuxième comportement était basé sur la romance et comprenait une base émotionnelle et l'expérience dynamique et mentale de l'amour, avec une idéalisation de l'objet de ses affections. Le troisième comportement comprenait l'érotisme, c'est-à-dire l'excitation sexuelle ou le désir. Nous constatons ainsi que l'ensemble de ces comportements sont en lien avec le concept de la sexualité, définit selon la psychanalyse freudienne. En effet, selon Freud (1984), la sexualité repose à son origine sur la pulsion, charge énergétique organique. L'individu est poussé à évacuer sa tension en cherchant l'objet qui répond à cette excitation.

Lorsque cette énergie se transforme en une énergie psychique, elle revêt le terme de libido qui se rapporte aux désirs, envies et aspirations de l'individu. Freud définit par ailleurs cette notion comme « la manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle » (Laplanche & Pontalis, 2004, p.225). Nous pouvons ainsi envisager certains comportements sexuels, observés dans l'étude de Tzeng et al. (2009) et d'Ehrenfeld et al. (1999), comme des comportements sexuels à décharge physique. L'aspect élargi de la pulsion sexuelle, la libido, peut se manifester par des comportements affectifs, comme les élans d'amour ou d'affection. Nous retrouvons aussi ces comportements dans deux études (Ehrenfeld et al. 1999 ; Tzeng et al. 2009) sous la forme de comportements verbaux en lien avec l'amour, la compassion et la romance.

7.4. Les obstacles et les facteurs influençant la sexualité des résidents

Le manque de vie privée, le désir des soignantes de protéger le résident, les attitudes des résidents entre eux, ainsi que les attitudes des soignantes et des familles, représentent dans l'étude de Gilmer et al. (2010), des barrières à la sexualité des personnes âgées. Dans cette étude, les soignantes expliquent leur difficulté à offrir une vie privée aux résidents, à cause des barrières environnementales. En effet, les portes des chambres des résidents ne se fermaient pas, les personnes âgées n'étaient jamais seules dans leurs chambres et il existait très peu de chambres pour des résidents en couple. De plus, les attitudes et les croyances des soignantes et des familles, en lien avec la sexualité des personnes âgées, ont empêché les autres soignantes de soutenir la sexualité dans les soins. Ainsi nous constatons que le concept de l'éthique dans la pratique des soins peut être d'un grand soutien, lors de questionnements ou de situations complexes relatives aux soins. Selon l'Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI] (2003), l'éthique des soins porte sur la réflexion systématique de la pensée morale et sur les actions soignantes. De ce fait, il nous paraît indéniable que l'éthique des soins puisse aider les soignantes à trouver des solutions aux barrières ériger contre la sexualité. En effet, les soignantes peuvent utiliser les principes éthiques (l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice) et les compétences morales (la fiabilité, la fidélité, l'authenticité et l'honnêteté) pour justifier les actions qu'elles entreprennent, pour contourner les obstacles et pour convaincre les personnes réticentes à la sexualité des résidents.

7.5. Les interventions mises en place pour favoriser la sexualité des résidents

L'étude de McAuliffe et al. (2007) indique que les soignantes devraient prendre conscience de l'importance et de l'impact que l'environnement physique a sur la sexualité des personnes âgées. En effet, l'environnement physique des résidents peut ne pas être propice à l'intimité et la sexualité des personnes âgées. C'est pourquoi, les institutions devraient offrir à leurs résidents des alternatives pour obtenir plus d'intimité, comme avoir un lieu plus intime et le choix d'un lit simple ou double. Selon l'ASI (2003), la justice offre la possibilité de faire reconnaître les droits et les intérêts que toute personne mérite ; elle permet aussi d'être traité avec équité, en fonction de ses besoins. De ce fait, nous pensons que le principe éthique de la justice est un argument idéal auprès des institutions, lorsque les soignantes revendiquent plus d'intimité pour les résidents. En effet, avoir plus d'intimité et le choix d'un lit font partie des droits et des intérêts du résident. Dans l'étude McAuliffe et al. (2007), la sexualité des résidents est un sujet peu abordé par les soignantes, car elles sont réticentes à discuter de sexualité avec les pensionnaires, par crainte de les offenser ou par manque de confiance et de capacité à répondre aux questions sexuelles. Ainsi, l'étude préconise de réduire tout inconfort et d'adopter une attitude empathique, compréhensive, de poser des questions ouvertes, non-jugeantes et sans jargon médical, pour rendre l'environnement propice à la communication. Elle propose également une approche holistique centrée sur la personne, afin d'identifier les besoins sexuels, les préférences et les désirs de la personne âgée. De ce fait, nous pensons que les soignantes peuvent également utiliser les compétences morales (la fiabilité, la fidélité, l'authenticité et l'honnêteté) du concept de l'éthique pour communiquer avec les résidents. D'après l'étude de McAuliffe et al. (2007), les soignantes ont une fonction intéressante pour fournir des informations et des conseils en lien avec la sexualité des personnes âgées. Cependant, elles ont besoin d'une éducation et de soutien afin de prendre conscience de leurs valeurs et de leurs préjugés. Ainsi, les programmes de formation permettent aux soignantes de se sentir à l'aise avec les questions d'ordre sexuel, de pouvoir avoir accès à la formation continue, d'être informé sur les dernières recherches et de savoir reconnaître les situations qui demandent l'avis d'un spécialiste. C'est pourquoi, nous pensons qu'en recevant une formation sur la sexualité des personnes âgées, les soignantes seront plus compréhensives envers les résidents. Ainsi, il sera plus facile pour elles d'appliquer les valeurs fondamentales qui sont le respect, la dignité et l'humanité dans les soins (ASI, 2003)

7.6. Synthèse de la discussion

Au terme de cette discussion, nous avons réalisé que le concept de l'éthique dans les soins correspondait mieux à certains résultats. Ainsi, la plupart des résultats ont été analysés à l'aide du concept de l'éthique dans les soins, à l'exception des résultats en rapport avec les besoins et les manifestations de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. En effet, ceux-ci coïncidaient plus avec la théorie de la sexualité selon la psychanalyse freudienne. En conséquence, nous pensons que le choix de nos cadres de références s'accorde parfaitement à nos résultats.

7.7. Regard critique sur les études sélectionnées

Dans cette revue de littérature, toutes les études sélectionnées ont été rédigées en anglais, bien que nous ayons effectué des recherches d'articles en français. De plus, la majorité des études publiées se situent entre 2002 et 2010 (6 études) et le reste des études entre 1997 et 1999 (4 études). Ces résultats nous montrent que l'ensemble de nos recherches sont récentes. La plupart des recherches sont quantitatives (n=7), dont sept avec un devis expérimental (essais cliniques contrôlés et randomisés), dont le niveau de preuve est le plus haut selon les normes de l'Evidence Based Nursing. Cela nous permet de généraliser les résultats. Une étude était phénoménologique ; elle s'est basée sur l'utilisation de l'humour par les soignantes, pour aborder la sexualité des personnes âgées (Bauer et al. 1999). Une autre étude avait un devis basé sur la théorie ancrée. Elle a essayé de comprendre et d'expliquer les comportements sexuels des résidents institutionnalisés atteints de démence (Tzeng et al. 2009).

Dans l'étude de Gilmer et al. (2010), les auteurs ne mentionnent pas précisément, les attitudes des soignantes et des familles, qui ont empêché d'autres soignantes de soutenir la sexualité des résidents dans les soins. Ainsi, les auteurs traitent de manière générale les attitudes des soignantes et des familles. Or il aurait été bénéfique d'avoir une description plus détaillée des attitudes des soignantes et des familles, concernant l'influence qu'elles ont sur les autres soignantes. Dans l'étude Bouman et al. (2007), les chercheurs nous ont présenté les attitudes restrictives et négatives des soignantes. Certaines attitudes négatives ont été mises en lien avec des critères comme, l'âge des soignantes, le manque d'expérience et le manque de formation. Toutefois, les auteurs n'ont pas décrit en détails les attitudes restrictives et négatives, ni expliqué comment elles se sont manifestées auprès des résidents. En conséquence, ces résultats doivent être nuancés et ne peuvent être généralisés qu'à des attitudes restrictives et négatives.

L'étude de Roach (2004) traite des perceptions des soignantes face aux comportements sexuels des résidents, à savoir comment les perceptions des soignantes sont influencées par leur capacité à être à l'aise, lors de questions liées à la sexualité. Cependant, lorsque les soignantes ont ressenti un sentiment de mal-être, les auteurs ont utilisé le paradigme de l'inconfort afin de définir les moyens qui facilitent ou compliquent l'expression de la sexualité. Or les auteurs n'ont pas mentionné de quelle manière ce sentiment se manifestait et quels étaient les facteurs qui l'influençaient.

8. Interventions et recommandations pour la pratique infirmière

Dans ce chapitre, nous présentons quelques interventions destinées à la pratique infirmière, afin de favoriser la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. Nous espérons ainsi, qu'autant les institutions réticentes à la pratique de la sexualité chez les résidents, que les établissements qui lui sont favorables, puissent trouver dans ce chapitre des interventions et des recommandations bénéfiques.

Les recommandations proposées ci-dessous, ne sont ni exhaustives ni absolues mais elles peuvent être une source d'inspiration, afin de développer à l'avenir d'autres interventions pouvant favoriser la sexualité des personnes âgées institutionnalisées

Ainsi, pour favoriser la sexualité des personnes âgées institutionnalisées, nous avons découvert trois pistes d'actions :1) l'environnement et l'intimité, 2) la discussion entre soignantes et soignés, 3) la formation des soignantes.

1) Interventions en lien avec l'environnement et l'intimité :

Afin d'améliorer l'environnement des résidents et pour optimiser le droit à l'intimité et à la sexualité des personnes âgées, les institutions devraient, d'une part énoncer clairement leur politique concernant les besoins sexuels des résidents et leurs droits fondamentaux et, d'autre part veiller au respect de l'environnement physique.

En fonction de la charte et/ou de la philosophie de soins utilisée au sein de l'établissement, il est nécessaire que les soignantes réfléchissent et sachent qu'elles peuvent être des barrières institutionnelles liées à l'intimité et à la sexualité des résidents.

Les résidents ont besoin d'un environnement où leur intimité est respectée. Pour cela, il est nécessaire que les soignantes considèrent les chambres des résidents comme un lieu privé et intime, en frappant à la porte ou en s'annonçant avant d'entrer dans la pièce. De plus, les institutions peuvent donner des pancartes où une note est inscrite « ne pas déranger », pour que les résidents puissent les mettre devant la porte lorsqu'ils veulent avoir un moment d'intimité.

Les soignantes peuvent également développer des stratégies d'équipe et utiliser des plans de soins pour organiser le travail, afin de privilégier le plus possible l'intimité des résidents en fonction de leurs habitudes. En ce qui concerne l'amélioration de

l'environnement afin qu'il soit plus intime, les soignantes peuvent mettre en place des rideaux ou des paravents dans les chambres qui sont partagées par deux résidents. En ce qui concerne les couples, les institutions pourraient mettre à disposition les chambres les plus grandes ou alors offrir des chambres communicantes. En obtenant des chambres assez grandes, les résidents ont l'opportunité de choisir des lits simples ou doubles, ce qui rend plus facile l'intimité des couples. De plus, les chambres communicantes, offrent plus de discrétion pour les rencontres du couple, ce qui favorise un peu d'intimité par rapport aux regards extérieurs.

2) Interventions en lien avec la discussion entre soignantes et soignés

Les soignantes ont un rôle essentiel en ce qui concerne la communication avec les résidents, notamment lors de discussions en lien avec la sexualité ou les besoins sexuels des personnes âgées. C'est pourquoi il est important de créer un environnement où les résidents peuvent verbaliser leur besoin, leur désir et poser des questions auprès des soignantes. Mais pour cela, celles-ci doivent être prêtes à discuter de sexualité sans jugement ; pour ce faire, nous pensons qu'elles doivent être à l'aise avec leur propre sexualité et leurs représentations de la vie sexuelle.

Les soignantes devraient se représenter les résidents comme des êtres sexués avec des besoins et des préoccupations sexuelles. Ainsi, pour établir une relation d'aide, il est nécessaire que les soignantes identifient leurs perceptions et leurs attitudes qui pourraient interférer dans la promulgation de soins auprès des résidents. De ce fait, les soignantes doivent être à l'écoute d'elles-même, mais également du résident, afin de pouvoir discuter avec clarté de la sexualité.

Par ailleurs, les soignantes peuvent utiliser une approche holistique, par exemple centrée sur la personne, afin d'identifier les besoins sexuels, les préférences et les désirs de la personne âgée. Cette approche permet aussi, de savoir si le résident souhaite discuter de sexualité. Pour cela, les soignantes peuvent adopter une attitude chaleureuse, congruente, authentique et empathique, ce qui rend une atmosphère propice à la communication. En effet, ces attitudes permettent aux soignantes de créer un climat de confiance entre soignant-soigné. En ce qui concerne les questions posées par les soignantes, il est important que cela soit des questions ouvertes, non-jugeantes et sans jargon médical. Il est également essentiel d'assurer aux résidents la confidentialité de ces échanges. De plus, il faut que les soignantes soient prêtes à répondre aux questions

ou du moins qu'elles essaient de trouver des réponses aux interrogations des résidents. Nous pensons que l'humour peut être un puissant outil de communication pour poser des questions ou s'exprimer sur le thème de la sexualité, que cela soit utilisé par les soignantes ou par les résidents.

3) Interventions en lien avec la formation des soignantes

Les soignantes ont un rôle important à jouer pour fournir des informations et des conseils en lien avec la sexualité des personnes âgées. Cependant, les soignantes ont besoin d'éducation et de soutien pour prendre conscience de leurs propres valeurs, de leurs préjugés et de leurs attitudes envers la sexualité des personnes âgées. Une formation permettrait alors, aux soignantes de réaliser l'impact et l'influence de leurs comportements par rapport à la vie sexuelle des résidents. De plus, la formation va promouvoir la compréhension des besoins sexuels des résidents et accroître les connaissances des soignantes dans le domaine de la sexualité des personnes âgées, ce qui va, par la suite, favoriser la communication entre les soignantes et les résidents.

Pour cela, les programmes de formation que nous avons découverts au cours de ce travail comprennent plusieurs thématiques. Une des thématiques abordée dans ce programme porte sur les croyances, les attitudes et les questionnements des soignantes par rapport à la sexualité du grand âge ; le but étant que les soignantes puissent s'exprimer entre elles sans jugement. Un autre thème consiste à aider les soignantes à discuter entre elles des différents dilemmes et conflits liés à la sexualité, qui se sont produits au sein d'institution ; il vise également à aborder les diverses manières de les clarifier et de les résoudre. En conséquent, en plus du dialogue entre soignantes, l'intervention d'un intervenant externe comme un sexologue pourrait être intéressante et bénéfique, notamment pour une supervision de groupe lors d'échanges entre soignantes.

Par ailleurs, les programmes de formation rapportés dans la littérature ont utilisé des documents visuels et des études de cas, pour que les soignantes puissent s'exprimer sur les situations, échanger leurs solutions et partager leurs pratiques. Les programmes de formation apportent des compléments d'information sur les connaissances de la sexualité des personnes âgées et sur les questions d'ordre sexuel. En effet, il peut y avoir des questions en lien avec les difficultés sexuelles. Elles peuvent être dues à un dysfonctionnement corporel en lien avec l'âge ou aux effets secondaires des médicaments qui peuvent affecter la libido. Il est donc essentiel que les soignantes

écoutent les plaintes des pensionnaires liées à la sexualité, afin de trouver des solutions à leurs problèmes et s'il le faut, les adresser à un médecin généraliste, un urologue, un gynécologue ou un sexologue. En effet, le médecin généraliste, l'urologue et le gynécologue pourront traiter des problèmes en lien avec un dysfonctionnement sexuel, corporel ou en rapport avec les effets secondaires de médicaments, alors que le sexologue proposera un accompagnement individuel pour répondre aux demandes des résidents, afin de proposer des interventions appropriées auxquelles les soignantes n'ont pas pensé.

Les programmes de formation informent également les soignantes qu'elles ont un rôle à jouer dans l'éducation des résidents, notamment en ce qui concerne le sida et les infections sexuellement transmissibles.

Nous pensons que des programmes de formation permettraient aux soignantes de se sentir à l'aise avec les questions d'ordre sexuel, d'être informées concernant les dernières recherches et de pouvoir identifier les situations qui nécessitent l'intervention d'un spécialiste.

C'est pourquoi nous pensons qu'il est important que les soignantes d'aujourd'hui et de demain puissent bénéficier de ces programmes de formation. En effet, il serait intéressant de mettre en place une formation complémentaire pour toutes les soignantes désirant se former sur le thème de la sexualité des personnes âgées, par exemple dans le cadre d'un Certificate of Advanced Studies (CAS) ou d'un Diploma of Advanced Studies (DAS). En ce qui concerne les soignantes de demain, nous pensons qu'il serait judicieux que les étudiants en Bachelor des Hautes Ecoles de Santé de Suisse puissent bénéficier de cours sur la sexualité des personnes âgées, s'ils ne sont pas déjà intégrés dans leur cursus.

8.1. Perspectives

Suite à l'élaboration de cette revue de littérature, nous nous sommes rendus compte d'un manque évident d'écrits scientifiques, notamment concernant les soignantes et leur rapport à la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. Par conséquent, il serait nécessaire d'approfondir et de réaliser de nouvelles recherches sur cette thématique. Le but est de trouver encore plus de connaissances et plus d'interventions pratiques concernant un sujet délicat à aborder, à cause de son tabou.

Il serait également intéressant et pertinent d'évaluer l'efficacité des interventions pratiques mises à jour dans ces études, dans le cadre d'établissements pour personnes âgées en Suisse Romande. De ce fait, nous pourrions valider les bienfaits des interventions mises à disposition pour favoriser la sexualité des personnes âgées institutionnalisées.

Finalement, la plupart des recherches intégrées et utilisées dans cette revue de littérature proviennent d'Océanie et d'Amérique du Nord. Nous trouvons donc intéressant d'approfondir ces thématiques, en utilisant des études scientifiques menées en Europe, afin de pouvoir comparer les différents points de vue de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées avec d'autres recherches internationales.

8.2. Limites de l'étude

En vue de réaliser cette revue de littérature, nous avons choisi les banques de données scientifiques de PubMed et de CINAHL afin de sélectionner un grand nombre de recherches abordant notre thématique. Cependant, lors de nos recherches, nous avons remarqué combien la sexualité était taboue. En effet, en vertu de craintes, de pudeur, d'interdits moraux et sociaux, le thème de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées fut complexe à traiter, car peu d'études récentes traitaient, non seulement des connaissances, des attitudes et des interventions des soignantes, mais aussi de la sexualité des personnes âgées institutionnalisées.

Ainsi, après plusieurs mois de recherche dans les banques de données de Pubmed et CINAHL, nous avons pu obtenir dix recherches scientifiques en accord avec notre thématique de recherche. En effet, il existait peu d'études scientifiques traitant des connaissances et des attitudes des soignantes face à la sexualité des résidents institutionnalisés ou de recherches offrant des interventions pour favoriser la sexualité des personnes âgées. Par ailleurs, près de la moitié des recherches sélectionnées ont été réalisées en Australie et une seule étude a été effectuée en Europe. Nous avons alors pu constater le manque de recherches en lien avec la sexualité des personnes âgées institutionnalisées sur le continent européen. Pour terminer, nous pouvons dire que les limites de cette revue de littérature étoffée sont, d'une part, le nombre restreint d'études utilisées pour l'élaboration de ce travail et, d'autre part, le fait que cette revue de littérature étoffée est une initiation à la recherche scientifique.

Conclusion

Au terme de ce travail, nous avons identifié les connaissances, les attitudes et les interventions des soignantes par rapport à la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. Nous avons par ailleurs constaté, au travers de la littérature, que la sexualité en milieu gériatrique reste un domaine encore tabou, à cause des réactions positives ou négatives des soignantes et par le peu de recherches scientifiques à ce sujet. Grâce à cette revue de littérature étoffée, nous sommes parvenus à élaborer un chapitre sur les interventions qui seraient favorables à la sexualité des personnes âgées institutionnalisées. Nous espérons ainsi que ces interventions puissent apporter un soutien et une aide aux soignantes ainsi qu'aux résidents qu'elles accompagnent. De plus, nous pensons que les interventions proposées dans ce travail sont non seulement applicables dans les institutions réticentes à la sexualité des personnes âgées mais aussi dans celles qui y sont favorables. Les interventions proposées sont simples et permettent d'éviter aux soignantes de se sentir mal à l'aise ou d'avoir par la suite des comportements inadéquats.

L'élaboration de ce travail de Bachelor nous a également permis d'acquérir diverses compétences au niveau de la recherche scientifique, dans le cadre d'une revue de littérature étoffée. Notamment l'utilisation des banques de données PubMed et CINAHL et la démarche méthodologique, plus particulièrement l'élaboration des questions de recherche et la présentation des résultats.

Bibliographie

- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2003). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne: ASI.
- Bauer, M., R.N. & Geront, M. (1999). The Use of Humour in Addressing the Sexuality of Elderly Nursing Home Residents. *Sexuality and disability*, 17(2), 147-155.
- Blondeau, D. (2006). *Ethique et soins infirmiers*. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bouman, W.P., Arcelus, J. & Benbow, S.M. (2007). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents : A study in residential and nursing homes. *Sexual and relationship Therapy*, 22(1), 45-61.
- Colson, M. H. (2007). Age et intimité sexuelle. *Gérontologie et Société*, 122, 63-83.
- Daydé, M. C. (2009). Intimité et sexualité du sujet âgé à domicile, le rôle de l'infirmière libérale. *Soins Gérontologie*, 78, 34-35.
- Ehrenfeld, M., Bronner, G., Tabak, N., Alpert, R. & Bergman, R. (1999). Sexuality Among Institutionalized Elderly Patients With Dementia. *Nursing Ethics*, 6(2), 144-149.
- Encyclopédie de l'Agora. (2012). *Ethique*. [Page Web]. Accès : <http://agora.qc.ca/dossiers/Ethique> [Page consultée le 19.10.2012].
- Gilmer, M.J., Meyer, A., Davidson, J. & Koziol-MacLain, J. (2010). Staff Beliefs about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis in Zealand*, 26(3), 17-24.
- Henderson, V. (1977). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Genève: conseil International des infirmières.
- Jones, E. (1969). *Théorie et pratique de la psychanalyse*. Paris : Payot et Rivages.
- McAuffiffe, L., Bauer, M. & Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person the role of the health professional. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 69-75.
- Laforestrie, R. (1992). *Aimer jusqu'au bout de la vie*. Marseille: Hommes et perspectives.

- Laforestrie, R. & Geoffre, C. (1997). Sexualité en institution gériatrique et formation du personnel. *Gérontologie et société*, 82, 174-185.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Quadrige.
- Larousse. (2012). *Article Larousse sexualité*. [Page Web]. Accès: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/sexualit%C3%A9/16106> [Page consultée le 02.07.2012].
- Lépine, N. (2008). *Vieillir en institution sexualité, maltraitance, transgression*. Lyon: Chronique sociale.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières*. Canada: ERPI.
- Office fédérale de la statistique. (2012). *Mémento statistique de la Suisse 2012*. [Page Web]. Accès: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/00/01/blank/02.html> [Page consultée le 20.09.2012].
- Plouffe, L. & Plamondon L. (1989). *Sexualité et vieillissement*. Canada: Méridien Gérontologique.
- Ribes, G., Abras-Leyral, K. & Gaucher J. (2007). Le couple vieillissant et l'intimité. *Gérontologie et Société*, 122, 41-61
- Riopelle, L., Grondin, L. & Phaneuf M. (1986). *Répertoire des diagnostics infirmiers selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson*. Canada : McGraw-Hill.
- Roach, S.M. (2004). Sexual behavior of nursing home residents : staff perceptions and reponses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371-379.
- Sigmund, F. (1984). *Sigmund Freud présenté par lui-même*. Paris: Gallimard.
- Sigmund, F. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.
- Souchon, S. (2009). Processus de vieillissement et sexualité. *Soins Gérontologie*, 78, 22-24.
- Steinke, E.E. (1997). Sexuality in Aging : Implication for Nursing Facility Staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 28(2), 59-63.
- Thibaud, A. & Hanicotte, C. (2007). Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants. *Gérontologie et société*, 122, 125-137

- Townsend, Mary-C. (2010). *Soins infirmiers en psychiatrie et en santé mentale*. Saint-Laurent: ERPI.
- Tzeng, Y.L., Lin, L.C., Lotus Shyr, Y.L. & Wen, J.K. (2009). Sexual behaviour of institutionalised residents with dementia a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 991-1001.
- Walker, B.L. & Harrington, D. (2002). Effects of training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational Gerontology*, 28(8), 639-654.
- Walker, B.L. Osgood, N.J., Richardson, J.P. & Ephross, P.H. (1998). Knowledge And Attitudes Toward Elderly Sexuality. *Educational Gerontology*, 24(5), 471-489.

Annexe 1 : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

Célia Perriard

Annexe 2 : Stratégies de recherche

Recherche dans la banque de données PubMed

Stratégie 1

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

"Sexual Behavior"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh] AND "Aged"[Mesh]

⇒ 154 résultats dont 3 études retenues :

Roach, S.M. (2004). Sexual behavior of nursing home residents : staff perceptions and reponses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371-379.

Steinke, E. E. (1997). Sexuality in Aging : Implications for Nursing Facility Staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 28(2), 59-63.

Tzeng, Y.L., Lin, L.C., Lotus Shyr, Y.I. & Wen, J.K. (2009). Sexual behaviour of institutionalised residents with dementia a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 991-1001.

Stratégie 2

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

"Aged"[Mesh] AND "Sexuality"[Mesh] AND "Nursing Homes"[Mesh]

⇒ 28 résultats dont 2 études retenues :

Ehrenfeld, M., Bronner, G., Tabak, N., Alpert, R. & Bergman, R. (1999). Sexuality Among Institutionalized Elderly Patients With Dementia. *Nursing Ethics*, 6(2), 144-149.

Gilmer, M.J., Meyer, A., Davidson, J. & Koziol-MacLain, J. (2010). Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26(3), 17-24.

Stratégie 3

Références de l'article suivant :

Gilmer, M.J., Meyer, A., Davidson, J. & Koziol-MacLain, J. (2010). Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26(3), 17-24.

⇒ 2 études retenues :

McAuliffe, L., Bauer, M. & Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person the role of the health professional. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 69-75.

Walker, B.L. Osgood, N.J., Richardson, J.P. & Ephross, P.H. (1998). Staff And Elderly Knowledge And Attitudes Toward Elderly Sexuality. *Educational Gerontology*, 24(5), 471-489.

Recherche dans la banque de données CINAHL

Stratégie 4

Terme-MeSH associé à une recherche simple :

"Sexuality"[Mesh] AND "Aged"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]

⇒ 340 résultats dont 2 études retenues :

Bauer, M., R.N. & Geront, M. (1999). The Use of Humour in Addressing the Sexuality of Elderly Nursing Home Residents. *Sexuality and disability*, 17(2), 147-155.

Bouman, W.P., Arcelus, J. & Benbow, S.M. (2007). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents : A study in residential and nursing homes. *Sexual and relationship Therapy*, 22(1), 45-61.

Stratégie 5

Références de l'article suivant :

Bouman, W.P., Arcelus, J. & Benbow, S.M. (2007). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents : A study in residential and nursing homes. *Sexual and relationship Therapy*, 22(1), 45-61.

⇒ 1 étude retenue :

Walker, B.L. & Harrington, D. (2002). Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational Gerontology*, 28(8), 639-654.

Annexe 3 : Grilles d'analyse des recherches

Référence	Roach, S.M. (2004). Sexual behavior of nursing home residents : staff perceptions and reponses. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 48(4), 371-379	Commentaires
Devis	Etude comparative	
Buts/Objectifs	Décrire les perceptions du personnel sur les types de comportements sexuels et affectueux qui se manifestent dans les institutions de soins infirmiers, et de vérifier leurs sentiments et réponses à ces comportements.	<u>Force</u> L'étude utilise un large échantillon avec deux cultures différentes, ce qui permet une comparaison pertinente.
Population/Echantillon	<u>Population</u> : Celle-ci était composée d'infirmières, d'aides-soignantes, d'aides-infirmiers et d'une directrice de soins provenant de deux pays l'Australie et la Suède. La Suède a été prise car l'éducation sexuelle est obligatoire dans le programme de l'école depuis 1950, alors qu'en Australie ce n'est pas obligatoire. <u>Echantillon</u> : N=30 soignants, âgées entre 31 et 57 ans, M d'âge= 45 ans	
Procédure/Récolte des données	<u>Procédure</u> : Pour récolter les données, entre 1999 et 2000, 30 femmes volontaires ont été interrogées sous forme d'entrevu. 18 soignants, 3 hommes et 15 femmes, ont été introduit dans 3 groupes de discussions nominaux et 5 autres personnes, comprenant 2 hommes et 3 femmes ont participés comme informateurs clés. <u>Récolte des données</u> : Les interviews étaient non structurées dans le but d'obtenir des informations détaillées. Les entretiens ont durée entre 20 minutes et 1 heure, ils ont été enregistrés et retranscrit mot à mot puis analysé en utilisant la méthode de la théorie ancré (Strauss &Corbin, 1990). Les groupes de discussions nominaux eux, ont listé leurs attitudes et croyances, sans discuter avec les autres participants. Leurs réponses ont été exposées et enregistrées	<u>Force</u> L'étude est structurée et elle correspond aux critères méthodologiques. Les tableaux sont bien construits de manière synthétique.
Résultats	<u>Les perceptions du personnel</u> : Les perceptions du personnel face aux comportements sexuels des résidents ont été influencées, par la capacité du soignant à être à l'aise lors de questionnement en lien avec la sexualité, au sein de l'institution où ils travaillent. Lorsqu'une personne se sent en adéquation avec le sujet de la sexualité, celle-ci peut faire face aux comportements du résident. Les institutions où les soignants ont eu des comportements qui les ont amenés à ressentir un mal être, se sont demandées quels facteurs influençaient ce sentiment. Ainsi le paradigme de protection de l'inconfort utilisé dans l'étude, définit les moyens qui facilite ou oppose l'expression de la sexualité. Il comprend 4 catégories. Permanent de garde : c'est les actions et les interactions réalisées par les soignants qui travaillent dans un environnement ou la culture est restrictive. Protection réactive : c'est le personnel soignant qui n'est pas en mesure d'établir des actions pour favoriser la sexualité des résidents car ils ressentent un mal être, alors que l'institution est favorable à l'expression sexuelle. Protection des gardes : c'est quelques infirmières qui sont ouvertes à l'expression sexuelle et qui sensibilisent d'autres soignants et les familles. Protection proactive : c'est l'équipe soignante et l'institution qui sont favorables à l'expression sexuelle et aux moyens mis en place pour cela.	<u>Force</u> Les résultats offrent des implications pour la pratique infirmière notamment comment identifier en tant que soignants ses sentiments face à la sexualité des résidents. <u>Faiblesse</u> L'étude ne nomme pas comment était ressentie le sentiment de mal être des soignants et comment cela se

		manifestait.
Perspectives/Conclusion	<u>Implication pour la pratique:</u> Nécessité d'identifier le mal être des soignants face à la sexualité des résidents. Favoriser un environnement qui optimise le droit à l'expression de la sexualité des résidents. Former le personnel soignant dans l'éducation sexuelle et dans la compréhension des besoins des résidents.	Cette étude est en adéquation avec ma question de recherche

Référence	Bouman, W.P., Arcelus, J. & Benbow, S.M. (2007). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents : A study in residential and nursing homes. <i>Sexual and relationship Therapy</i>, 22(1), 45-61.	Commentaires
Devis	Etude comparative	
Buts/Objectifs	L'étude comprend un premier objectif qui est l'étude des attitudes du personnel soignant des EMS et de ceux des résidences de soins par rapport à la sexualité des personnes âgées. Le deuxième objectif a pour but de différencier les attitudes du personnel soignant des EMS et des infirmières des résidences de soins.	
Population/Echantillon	N= 495 soignants. Groupe 1. composé de 8 EMS avec N=237 employés dans les soins. Groupe 2. constitué de 11 résidences avec N= 258 personnels de soins.	<u>Force</u> L'étude comprend un échantillon précis et important.
Procédure/Récolte des données	<u>Procédure</u> : Après avoir reçu l'approbation du Comité Nottingham éthique de recherche, un questionnaire anonyme a été envoyé dans 8 EMS et dans 11 résidences de l'arrondissement de Broxtowe à Nottingham. <u>Questionnaire</u> : En première partie il y a des données sociodémographiques et en seconde partie, cela concerne les connaissances et attitudes de soignants face à la sexualité des personnes âgées qui sont évalués par l'échelle de l'ASKA Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (White, 1982). L'étude utilise seulement la section des attitudes. Lorsque le score de l'ASKA était supérieur ou égal à 78 cela indiquait des attitudes négatives et quand il était inférieur à 78 cela correspondait à celles positives	<u>Force</u> L'étude est structurée elle respecte les critères méthodologiques. La description et la construction du questionnaire est détaillée.
Résultats	Seul 16 foyers sur 19 ont participé à l'étude, il y a 7 EMS avec N=211 soignants et 9 résidences avec N=221 employés dans les soins. L'échantillon final de la recherche a été N=433 soignants. Sur les 433 questionnaires envoyés, seulement 241 ont été retournés et 7 ont été exclus, car ils n'étaient pas complétés correctement. Cela donne un total N=234 questionnaires. Le score de M=59,92 des ASKA avec un écart type de ET=12,18. Le plus haut score moyen de l'ASKA figure chez les aides-soignants (61,41) et le plus bas chez les administrateurs (52,25). En fonction des statuts de travail occupé, une différence statistique significative a été relevée. Selon l'étude les gestionnaires sont plus permissifs et positifs que le personnel soignant, car leur niveau de formation est plus élevé. De plus, les infirmières en EMS ont des attitudes plus négatives et restrictives que celles des résidences. L'hypothèse de l'étude serait que les résidents en EMS auraient tendance à être non seulement plus fragile psychologiquement mais aussi physiquement et donc devraient être moins sexuellement actifs. L'étude révèle également que le personnel soignant ayant moins de 5 ans d'expérience dans les soins avait des attitudes plus négatives et restrictives envers la sexualité des personnes âgées. Ces attitudes négatives seraient en lien avec l'âge du soignant, le manque d'expérience et de formation	<u>Faiblesse</u> L'étude parle d'attitudes négatives et restrictives, mais elles ne sont pas nommées, ce qui aurait été intéressant de découvrir pour la pratiques infirmières.

<p>Perspectives/Conclusion</p>	<p><u>Implication pour la pratique :</u> L'étude propose de développer et créer des programmes d'éducation et de former le personnel soignant. L'objectif serait que les infirmières identifient et comprennent leurs attitudes envers la sexualité des personnes âgées, afin de réaliser l'impact que cela peut avoir sur leur rôle de soignant. Le programme de formation et la connaissance devraient ainsi permettre de faciliter l'expression sexuelle entre les résidents et les soignants.</p>	<p><u>Force</u> L'étude donne des interventions intéressantes et concrètes pour la pratique. Cette recherche répond à ma question de recherche</p>
---------------------------------------	--	---

Référence	Walker, B.L. Osgood, N.J., Richardson, J.P. & Ephross, P.H. (1998). Staff And Elderly Knowledge And Attitudes Toward Elderly Sexuality. <i>Educational Gerontology</i>, 24(5), 471-489.	Commentaires
Devis	Etude comparative	
Buts/Objectifs	Comparer le personnel soignant d'établissement de longue durée et les résidents sur leurs connaissances, attitudes et sur leurs pratiques liées à l'expression sexuelle et identifier les différences significatives.	
Population/Echantillon	Groupe 1. Composé de personnel de soins N=126 avec une moyenne d'âge de M=40,25 Groupe 2. Composé de résidents en EMS N=13 et de personnes âgées assistant aux loisirs d'un EMS N=55, cela donne N=68 avec une moyenne d'âge de M=71,8.	<u>Force</u> L'étude possède un échantillon important autant chez les soignants que chez les résidents ce qui est très intéressant.
Procédure/Récolte des données	<u>Procédure</u> : les données ont été récoltées auprès du personnel soignant et des résidents dans 8 sites différents situés notamment en Californie, au Maryland, au Michigan, l'Oklahoma et en Virginie. En avril et en mai 1997, chaque site a reçu une lettre avec des explications et un formulaire d'une enquête aux bénévoles. <u>Questionnaire</u> : Ce sont des cahiers de test qui ont été triés et répartis sous 4 formes (F1, F2, F3, F4). L'instrument de mesure alphas de Cronbach a évalué la fiabilité des 4 instruments qui étaient tous acceptables. Les participants ont répondu au questionnaire à l'aide de case « d'accord » ou « pas d'accord ». Dans les cas où les deux réponses ont été cochées, elles ont été codées comme « pas de réponse ».	<u>Faiblesse</u> les données ont été récoltées dans 5 états différents, mais il n'y pas de précisions sur le nombre de sites sélectionnés par états, pour obtenir les 8 lieux.
Résultats	Afin de déterminer des différences significatives dans l'étude, une analyse séparée des données a été effectuée pour comparer le pourcentage de chaque réponse des soignants et des personnes âgées. Le personnel avait un pourcentage de « pas de réponse » de 0% à 25% tandis que les résidents eux avaient de 0% à 77% « pas de réponse » soit 77% du temps. Dans l'ensemble, le personnel soignant était significativement plus sensible à la question de la sexualité 73% considèrent comme « très important » comparativement à 50% pour les résidents en EMS. Selon l'étude, les personnes âgées réagissent de manière moins tolérante en ce qui concerne la sexualité que les employés. Les résidents n'ont pas souhaité répondre à des questions en lien avec la masturbation 26,21%, les problèmes familiaux 21,09%, ainsi qu'aux interrogations liées à la solitude et au veuvage 20,42%. Le plus haut taux de pourcentage de « pas de réponse » provient de la rubrique masturbation, notamment des questions : sur les relations sexuelles fréquentes dans les EMS 43%, sur le personnel qui devait intervenir lors de rapport sexuelle 50%, sur les antidépresseurs et l'impact sur la sexualité 43%, sur les familles qui empêchent les résidents de s'exprimer sur la sexualité 57%. Chez les soignants les questions en lien avec la masturbation sont aussi le plus grand pourcentage de « pas de réponse » c'est-à-dire 25%.	<u>Force</u> Les résultats montrent que la masturbation est un sujet délicat à aborder autant pour les soignants que les résidents.
Perspectives/Conclusion	<u>Implication pour la pratique</u> : L'étude propose d'utiliser les informations recueillies lors de la recherche pour contribuer au futur programme d'éducation sexuelle des soignants. Ce qui ressort de cette recherche, c'est l'importance pour les soignants de comprendre les attitudes qu'ils ressentent envers la sexualité des résidents et de pouvoir répondre aux questions des personnes âgées en lien avec leur sexualité. Ce qui a été également constaté, c'est que pour les participants âgés et les soignants certains sujets comme la	<u>Force</u> L'étude donne des recommandations pertinentes pour la pratique infirmière et sur

	masturbation, les relations sexuels étaient sensibles à aborder dans les deux sens. Il est important aussi de savoir que le personnel a des attitudes plus positives face à la sexualité que les résidents car ceux-ci ont des attitudes plus conservatrices.	la manière de les appliquer notamment dans un programme d'éducation sexuelle.
--	---	---

Référence	Gilmer, M.J., Meyer, A., Davidson, J. & Koziol-MacLain, J. (2010). Staff beliefs about sexuality in aged residential care. <i>Nursing Praxis in New Zealand, 26(3), 17-24.</i>	Commentaires
Devis	Etude descriptive simple.	
Buts/Objectifs	Identifier les facteurs qui influencent le personnel de soins provenant de résidences pour personne âgée, à l'évaluation et à la gestion de la sexualité des résidents.	<u>Force</u> L'étude possède un échantillon assez large et précis.
Population/Echantillon	<u>Population</u> : Soignant travaillant dans un établissement de soins pour personne âgées. <u>Echantillon</u> : N= 52 soignants, dont N= 50 femmes et N= 2 hommes, âgés entre 20 et 71 ans, Moyenne d'âge M=33 ans. N= 37 soignants ayant travaillés au moins quatre ans dans un EMS.	
Procédure/Récolte des données	<u>Procédure</u> : Le projet de recherche a été examiné et a reçu l'approbation éthique par l'institut de l'Est de Technology Review Board. 700 enquêtes anonymes munies de lettres d'explication ont été distribuées aux gestionnaires de soins pour distribuer au personnel de soins. Les questionnaires remplis ont été retournés dans une enveloppe timbrée à l'adresse indiquée. Tous les gestionnaires ont reçu un appel téléphonique pour s'assurer qu'ils avaient bien eu les formulaires d'enquêtes, afin de participer à l'étude. <u>Récolte des données</u> : l'étude a utilisé des questionnaires comprenant 18 items avec des questions fermées nécessitant une réponse (oui ou non) et des questions ouvertes. Le questionnaire portait sur des caractéristiques des employés (âge, fonction, durée de travail etc.). il y avait aussi des questions sur le milieu de travail (3 items), sur les croyances des employés sur la sexualité (6 items), sur les situations difficiles au travail en lien avec la sexualité (1 item) et sur l'intérêt pour la formation continue (1 item). Ce questionnaire invitait les soignants à décrire leur compréhension de la sexualité et de comment elle est exprimée par les résidents. Les données numériques ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS statistiques.	<u>Force</u> La procédure de cette étude est très bien décrite. Les questionnaires soulèvent des interrogations intéressantes et pertinentes.
Résultats	Les chercheurs ont fait ressortir les résultats des questions sous forme de thèmes : Le milieu de travail : 65% des soignants ont indiqué que leur travail avait une politique ou procédure par rapport à la sexualité et que 56% des installations fournissent une vie privée pour les couples, afin qu'ils puissent avoir des relations sexuelles. Cependant, certains soignants ont fait des commentaires montrant l'invisibilité de la sexualité dans le milieu du travail comme « la question n'a jamais été abordé à ma connaissance ». Les croyances de sexualité : 90% des soignants pensent que les résidents ont des besoins sexuels. 85% des soignants trouvent que l'activité sexuelle devrait être soutenue par les résidences pour personne âgée. Des remarques ont été faites comme « il devrait y avoir un peu de support d'assistance ». Cependant, les croyances par rapport à la sexualité et au soutien de celle-ci n'étaient pas universel. Exemple de réponse donné « le désir de l'activité sexuelle chez les personnes âgées paraît minimal ». Compréhension de la sexualité : les soignants ont fourni comme observation de la sexualité des résidents, des actions normatives et inopportunes. Les actions normatives sont : se prendre par la main, s'embrasser, la masturbation, faire la cour, faire des activités en couple. Quant aux actions inopportunes se sont : un contact incorrect avec le personnel par un résident masculin, une érection lors de soins, des magazines pornographiques, des propositions de sexe au soignants par des résidents, des plaisanteries sexuelles. Les situations difficiles : les soignants ont érigé des barrières à la sexualité des personnes âgées dans les soins. Les barrières sont le manque de vie privée, les attitudes des résidents entre eux, les attitudes des soignants et des familles, le désir de protéger les résidents et l'environnement qui est la résidence. Quelques soignants ont nommé la difficulté de parler de sexualité dans le contexte de comorbidité ou de diminution des capacités cognitives et physiques. La vie privée : beaucoup de soignants ont parlé de la difficulté d'offrir une vie privée	<u>Faiblesse</u> Il aurait été intéressant de découvrir qu'elles étaient les attitudes des soignants de manière plus précise, notamment à travers les émotions et le comportement du personnel de soins.

	<p>afin de soutenir la sexualité des résidents. Cela était lié aux barrières environnementales. Par exemple : les portes ne se ferme pas, il y a toujours des gens dans une chambre, peu de chambres sont construites pour des couples. Les attitudes : les attitudes et croyances des soignants ainsi que des familles, par rapport à la sexualité des résidents ont empêché d'autres membres du personnel de soins de soutenir la sexualité dans les soins. Exemple : quand les familles n'approuvent pas la sexualité de leur parent, les soignants sont embarrassés à trouver une solution. Fuite de risque : quelques soignants ont été concernés par la sécurité des résidents par rapport à l'expression ouverte de la sexualité. Exemple : le personnel de soin pensait que les résidents ne seraient pas approuvés par les autres pensionnaires. La majorité des soignants participant à cette étude a rapporté la croyance que les résidents avaient des besoins sexuels qui devaient être soutenus. Cependant, ces croyances n'étaient pas représentées dans les soins fournis. Les barrières identifiées dans l'étude et qui ont empêchées la sexualité des résidents sont, le manque de vie privée et l'inconfort des soignants face à la sexualité.</p>	
<p>Perspectives/Conclusion</p>	<p><u>Implication pour la pratique:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -stimuler davantage la discussion -élaborer des politiques de soins sur la sexualité et les besoins des résidents -donner des formations aux personnels de soins -développé des plans de soins où nous évaluons la sexualité des résidents -réfléchir aux barrières personnelles et institutionnelles -créer des stratégies d'équipe pour répondre aux besoins de sexualité 	<p><u>Force</u></p> <p>Cette étude offre des implications dont nous devons tenir compte dans la pratique des soins.</p>

Référence	Steinke, E. E. (1997). Sexuality in Aging : Implications for Nursing Facility Staff. <i>The Journal of Continuing Education in Nursing</i>, 28(2), 59-63	Commentaires
Devis	Etude descriptive simple	
Buts/Objectifs	Evaluer l'effet d'une intervention pédagogique sur la connaissance et les attitudes du personnel soignant envers la sexualité des personnes âgées dans un établissement de soins infirmiers.	<u>Force</u> L'échantillon n'est pas très grand mais il est précis au niveau du nombre de participants, de ceux qui sont mariés ou pas et au niveau de la moyenne d'âge.
Population/Echantillon	<u>Population</u> : celle-ci est composée de 2 infirmiers diplômés, de 2 infirmiers assistants et de 6 aides soignantes. Deux membres du personnel de santé de chaque unité de soins ont été choisis au hasard. Ce nombre a été décidé par le directeur de l'établissement de soins infirmiers, afin que la dotation en personnel soit suffisante. <u>Echantillon</u> : N= 10 membres du personnel soignants, dont N=2 hommes et N=8 femmes. Moyenne d'âge M= 39,2 pour les professionnels de la santé qui étaient âgés de 29 à 62 ans. N=6 participants mariés et N=3 qui sont divorcés.	
Procédure/Récolte des données	<u>Procédure</u> : Tout d'abord le personnel soignant a répondu à trois questions sur des situations en lien avec la sexualité des résidents rencontrés dans une institution de soins. Ensuite les participants ont assisté à deux demi-journées d'éducation sexuelle en lien avec le vieillissement, une conférence a été donnée suivi d'une discussion. Ils ont également disposé de matériel audiovisuel, de documents imprimés et de jeux comme méthode pédagogique. Après la première séance d'éducation sexuelle, les soignants ont passé un pré-test basé sur trois questions d'ordre général liés à la sexualité et sur la protection des données infirmières. A la fin de la deuxième demi-journée les participants ont réalisé un second test, le post-test à l'aide des ASKAS Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (White, 1982). <u>Récolte des données</u> : Les données ont été analysées grâce à l'échelle de l'ASKAS (White 1982) qui a mesuré la connaissance des changements sur les fonctions sexuelles et les attitudes générales concernant les activités sexuelles en lien avec l'âge. L'ASKAS contient 61 questions. 35 questions avec des cases à cocher « juste, faux ou je ne sais pas » sur des interrogations en lien avec les connaissances et les attitudes envers la sexualité de l'âge et les changements. Les 26 autres questions portent sur les attitudes à l'égard de la sexualité dans le vieillissement en utilisant une échelle de likert de 7 points. Plus le score est bas et plus la connaissance est grande tandis que pour le score des attitudes, plus celles-ci sont basses et plus elles sont permissives.	<u>Force</u> L'étude est structurée, elle respecte les critères de méthodologies. <u>Faiblesse</u> L'étude ne mentionne pas les trois questions posées d'ordre général sur la sexualité lors du pré-test.
Résultats	Les connaissances des soignants sur la sexualité du vieillissement a été significative, il y a eu une augmentation de savoir du pré-test au post-test. Concernant les scores d'attitudes des membres du personnel, ceux-ci indiquent des attitudes assez permissives. Aucune différence significative n'est survenue entre le score du pré-test et celui du post-test. La moyenne des scores indique que le groupe des soignants était déjà assez permissif dans leur attitude face à la sexualité des personnes âgées et qu'ils avaient reconnu l'importance de la sexualité chez les résidents.	
Perspectives/Conclusion	<u>Implication pour la pratique</u> : L'étude explique qu'il est important que les soignants reconnaissent le droit aux résidents d'avoir de l'intimité et une sexualité. Pour cela, des interventions éducatives peuvent être bénéfiques, car elles vont accroître les connaissances du personnel de soins sur la sexualité de l'âge. En effet, lors de ces réunions d'apprentissages les soignants auront la possibilité de présenter des études de cas, de partager sur la manière d'intervenir dans certaine situation, de pouvoir discuter de leur croyance, de leur attitude et de leur question. L'autre point que l'étude met en avant, est le fait d'écouter les préoccupations exprimé par les personnes âgées en lien avec leur sexualité. Ceux-ci peuvent rencontrer des difficultés d'ordre	<u>Force</u> L'étude offre des implications pertinentes pour la pratique et aidantes autant pour les soignants que pour les

	sexuelles à cause de problèmes de santé et de l'utilisation de médicament qui affectent la fonction sexuelle et la libido. C'est pourquoi, les soignants ont la responsabilité d'écouter les résidents et d'essayer d'améliorer leur sexualité en les adressant à des médecins.	résidents.
--	---	------------

Référence	Walker, B.L. & Harrington, D. (2002). Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. <i>Educational Gerontology, 28(8), 639-654.</i>	Commentaires
Devis	Etude descriptive simple	
Buts/Objectifs	Evaluer du matériel de formation du personnel de soins visant à améliorer les connaissances et les attitudes des soignants travaillant dans des établissements à long terme.	
Population/Echantillon	<u>Population</u> : celle-ci est composée de soignants issus de quatre établissements de soins de longue durée. <u>Echantillon</u> : N= 109 employés de quatre établissements de soins à long terme. Les participants étaient âgés de 20 à 69 ans avec une moyenne d'âge de M=38,47 ans. Les années d'expérience variaient de 1 à 33 avec une moyenne de M=9,14 années de travail.	<u>Force</u> L'étude possède un échantillon important de la population.
Procédure/Récolte des données	<u>Procédure</u> : les participants à l'étude ont assisté à une ou plusieurs sessions de formations. Chaque session consistait à une heure d'enseignement en lien avec quatre des thèmes du programme qui sont : 1. la sexualité et l'intimité, 2. la sexualité et la démence, 3. le sexe et l'âge et 4. la famille et des questions personnelles. Chacune des sessions comprenaient : une introduction, une transcription des cassettes vidéo, un examen d'étude de cas et le manuel de l'institutrice qui fournissait des informations détaillées sur la présentation de la session. Les quatre instructrices étaient des infirmières diplômées et expérimentées dans la formation du personnel de soins de longue durée. <u>Récolte des données</u> : avant de pouvoir participer au programme de formation, les participants ont réalisé un pré-test qui est le KATES, Knowledge and Attitudes Toward Elderly Sexuality (Walker, 1999), cela consiste à évaluer les connaissances et attitudes à l'égard de la sexualité des personnes âgées. Ce test comprend 70 items auxquels les intervenants encerclent les réponses « d'accord » ou « en désaccord » ou « ne savent pas ». A la fin de chaque module les participants complètent un post-test comprenant 10 critères généraux et 15 items sur le module spécifiques. Les intervenants ont également procédé à une évaluation du programme à la fin de la session. Elle était composée de neuf questions conçues pour rester anonyme et évaluer le programme.	<u>Force</u> L'étude est structurée, la procédure de l'étude est très bien détaillée et les critères de récoltes de données sont précis.
Résultats	Les connaissances et attitudes à l'égard de la sexualité des personnes âgées : les pré-tests et les post-tests réalisés par les participants n'étaient pas à des niveaux similaires sur l'ensemble des quatre modules. Les scores post-test étaient plus élevés que les scores pré-test. La signification est que le temps par module n'a pas été uniforme dans les quatre modules. Les scores s'amélioraient de pré-test à post-test pour trois modules (besoin de sexualité et d'intimité, sexualité et démence et sexualité et vieillissement), mais c'est resté stable pour les pré-tests et post-tests du module famille et problèmes personnels. Evaluation du programme : au total 117 personnes ont rempli le formulaire d'évaluation du programme. Certains participants ont assisté à plus d'une session de formation ainsi ils ont rempli plus d'un formulaire d'évaluation du programme. Une grande majorité des participants ont dit que l'information dans les modules a été « très utile » 60,7% ou « utile » 29,1%. Un pourcentage un peu plus grand a indiqué que l'information était « très intéressante » 52,1% ou « intéressante » 37,6%. Une majorité des personnes pensaient que le programme était de « bonne longueur » ou « pas assez long » 12,8%. Les autres participants ont dit que le programme était soit « un peu long » 6,8% ou soit « beaucoup trop long » 5,1%. Par rapport à la quantité d'information 81,2% des intervenants ont dit qu'il y avait « la bonne quantité de détails » et 13,7% des personnes ont dit qu'il n'y avait « pas suffisamment de détails ». La documentation du programme a reçu une évaluation favorable des participants, 91,4% pensaient que les documents ou visuels étaient « utiles » ou « très utiles » et 94,9 % trouvaient que les vidéos vues étaient « utiles » ou	<u>Force</u> Cette étude répond à notre question de recherche. Elle permet de visualiser le fait, que la formation du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées est bénéfique.

	« très utiles ». 92,3% des participants ont déclaré que les études de cas ont été « utiles » ou « très utiles ». Presque tous les soignants ont dit qu'ils recommanderaient le programme, 49,6% ont mis « oui certainement », 40,2% ont dit « oui », 6,3% des participants ont sélectionné « peut-être », mais aucune personne a répondu « non ».	
Perspectives/Conclusion	<u>Implication pour la pratique:</u> Le programme de formation permet d'aider le personnel de soins à comprendre que les résidents âgés peuvent dépendre d'eux, notamment pour fournir des informations sur la sexualité et les aider à obtenir des éléments sur la santé sexuelle.	

Référence	Ehrenfeld, M., Bronner, G., Tabak, N., Alpert, R. & Bergman, R. (1999). Sexuality Among Institutionalized Elderly Patients With Dementia. <i>Nursing Ethics</i>, 6(2), 144-149	Commentaires
Devis	Etude observationnelle	
Buts/Objectifs	C'est observer et classer les manifestations de la sexualité en institutions, chez les personnes âgées atteintes de démence et d'analyser les réactions des autres résidents, des membres de la famille et du personnel soignant.	
Population/Echantillon	<u>Population</u> : elle est constituée de personnes âgées, qui sont dans des unités de psychogériatrie de 8 institutions d'Israël. <u>Echantillon</u> : N=48 résidents atteints de démence, dont le comportement sexuel a été suivi par 25 infirmières sur une période de 14 semaines.	<u>Force</u> L'étude possède un échantillon assez large de la population.
Procédure/Récolte des données	<u>Procédure</u> : le comité d'éthique en institution a examiné et approuvé l'étude. Les familles des patients ont été informées sur l'étude et le but de celle-ci, ainsi les proches ont donné leur consentement. L'observation a été choisie comme outil de recherche. Les infirmières ont eu comme mission d'observer les résidents et d'enregistrer sur une liste tous les comportements susceptibles d'avoir une connotation sexuelle. <u>Récolte des données</u> : une grille d'observation a été développée par l'équipe de recherche, dans le but de noter la description détaillée des événements, de la nature des relations (homosexuels ou hétérosexuels), des sujets de l'activité (résidents, personnels, visiteurs ou familles), le type d'activité et les réponses reçues du personnels soignants, de la famille et des patients.	<u>Force</u> La description des grilles est bien détaillée ce qui nous permet de bien identifier ce qui a été observé, chez qui, avec qui et comment.
Résultats	Les données ont été traitées à l'aide de trois types de comportement. l'amour et la compassion : une forte affection, un sentiment d'attraction ou de désir et de sensualité pour quelqu'un. La romance : base de l'émotion et de l'expérience dynamique et mentale de l'amour, avec des émotions qui tendent à idéaliser l'objet de ses affections. L'érotisme : excitation sexuelle ou désir. 70% des interactions étaient entre hommes et femmes. La plupart des initiateurs à l'interaction étaient des hommes et rarement 10% les femmes. Lorsqu'elles étaient les initiatrices elles semblaient considérer les hommes abordés comme leur mari ou petit ami. 16% des comportements sexuels étaient produits entre les résidents et les soignants, toujours sur l'initiative des patients envers le personnel féminin, lors de soin. Dans quelques cas isolés, il y a eu des comportements sexuels observés entre des résidents et des visiteurs. 17% de situations n'ont pas pu être classés concernant des patients retrouvés dans les lits de leurs voisins. Les réactions du personnel de soins sont pour la plupart favorables au comportement sexuel de l'amour et la compassion ainsi qu'à la romance, où les soignants n'ont pas interféré avec leur comportement. Tandis que l'érotisme entre résidents ou patient et conjoint en visite suscitait chez les infirmières de la colère, du rejet, du dégoût et un devoir d'intervenir. Les réactions des autres personnes âgées dépendaient du comportement et du degré de lucidité ainsi que de la compréhension. Leurs interactions allaient de l'indifférence à la colère et de celle-ci à la résistance. Les attitudes des proches étaient difficiles à catégoriser, car parfois les familles n'étaient pas au courant et affichaient un comportement apathique, tandis que d'autre fois, elles ressentaient de la joie que le patient puisse avoir une nouvelle relation. Certains proches ont également ressenti de la colère face à cette situation.	<u>Force</u> Les résultats sont pertinents et nous donnent des informations sur les perceptions des soignants, des résidents et de leur famille concernant la sexualité en institution. L'étude identifie les comportements tolérés et ceux qui ne le sont pas.
Perspectives/Conclusion	<u>Implication pour la pratique</u> L'étude propose de former le personnel soignant afin de promouvoir la compréhension des besoins sexuels des personnes âgées,	<u>Force</u> L'étude offre des

	de clarifier les idées fausses et les mythes répandus. Le programme de formation permettrait d'apprendre quelles sont les différentes expressions de la sexualité comme le contact, l'affection, l'attention et l'intimité. Les séances d'apprentissage donneraient aux soignants l'occasion de discuter des dilemmes et des conflits que la sexualité peut amener en institution et comment les clarifier ou les résoudre.	implications pertinentes en lien avec ma question de recherche.
--	---	---

Référence	Bauer, M., R.N. & Geront, M. (1999). The Use of Humour in Addressing the Sexuality of Elderly Nursing Home Residents. <i>Sexuality and disability</i>, 17(2), 147-155.	Commentaires
Devis	Etude phénoménologique	
Buts/Objectifs	L'Utilisation de l'humour pour aborder la sexualité avec les personnes âgées dans les EMS	
Population/Echantillon	<p><u>Population</u> : Celle-ci est constituée de soignantes australiennes travaillant dans un EMS possédant ces critères de sélection :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soignante rémunérée travaillant dans un EMS. -Femme âgés entre 19 et 65 ans. -Employée avec de l'expérience en lien avec l'humour et la sexualité. -Soignante disposée à parler du sujet de l'humour et de la sexualité -Personnel de soins apte à parler de ses motivations à participer à cette recherche. <p><u>Echantillon</u> : N= 5 soignantes, âgés entre 19 et 65 ans.</p>	<p><u>Faiblesse</u></p> <p>L'étude possède un petit échantillon, cela aurait été intéressant d'avoir une plus grande population.</p>
Procédure/Récolte des données	<p><u>Procédure</u> : Toutes les participantes étaient volontaires et une clause de confidentialité a été établie. Pour récolter des données des entretiens ont été fixés avec les soignantes.</p> <p><u>Récolte des données</u> : Lors de la rencontre, la conversation a été enregistrée afin d'avoir l'entier des données. Ces enregistrements ont ensuite été séparés en 3 phases. La première phase a pour but de condenser les résultats, les codées et les regrouper. La deuxième étape consiste à organiser et afficher les données pour permettre au chercheur de réfléchir, au sens des informations récoltées en utilisant plusieurs stratégies. La dernière partie permet d'analyser, de vérifier l'authenticité des données et d'en faire ressortir la signification.</p>	<p><u>Force</u></p> <p>L'analyse des entretiens est expliquée de façon très claire et permet de comprendre comment ils ont pu ressortir les données.</p>
Résultats	Toutes les soignantes qui ont participé à cette étude ont eu recours à une forme d'humour, afin d'interagir avec les résidents en EMS. L'humour a été utilisé comme plaisanterie, insinuation et comme réponse au dialogue titillant. L'humour a été un outil utile pour les soignantes, notamment lors de questions sur la sexualité et lors d'incidents sexuels mais également pour obtenir la coopération des résidents. La plaisanterie a également servi pour les soignantes de stratégie pour exprimer leur désaccord de quelques situations. Tandis que pour les personnes âgées l'humour leur a permis d'exprimer leurs besoins et leurs désirs sexuels.	<p><u>Force</u></p> <p>l'étude décrit dans quelle circonstance la plaisanterie est utilisée.</p>
Perspectives/Conclusion	<p><u>Implication pour la pratique:</u></p> <p>L'étude propose de créer un environnement où l'expression des besoins sexuels des résidents puisse être verbalisée auprès des soignantes. Pour cela le personnel doit pouvoir être prêt à discuter de sexe sans jugement. Pour que les soignantes ne se sentent pas embarrassées par les questions et les discussions des résidents, il est nécessaire de former les infirmières. La formation du personnel peut aider à mieux comprendre l'importance de la sexualité pour les personnes âgées et comment communiquer, répondre à leur préoccupation. Quand à L'utilisation de l'humour comme outil de communication, il doit être approprié et apprécié par le résident</p>	Cette étude répond à ma question de recherche.

Référence	Tzeng, Y.L., Lin, L.C., Lotus Shyr, Y.I. & Wen, J.K. (2009). Sexual behaviour of institutionalised residents with dementia a qualitative study. <i>Journal of Clinical Nursing, 18(7), 991-1001</i>	Commentaires
Devis	Théorie ancrée.	
Buts/Objectifs	L'étude des caractéristiques et des contextes du comportement sexuel des résidents institutionnalisés atteints de démence et de fournir une référence pour le développement futur des soins liés aux besoins sexuels.	
Population/Echantillon	<u>Population</u> : celle-ci est composée de personnes âgées démentes institutionnalisées et de leurs soignants. <u>Echantillon</u> : Au début de l'étude, N=25 résidents atteints de démences susceptibles d'avoir des comportements sexuels qui sont choisis, mais au cours de la période d'observation, N=12 résidents atteints de démences sélectionnés car auprès d'eux, un comportement sexuel a été observé. Tous les sujets sont de sexes masculins provenant de trois maisons de retraites différentes nommées A, B et C. La moyenne d'âge est de M= 74 ans et la moyenne du score de MMSE est de M=12 et celle du test de Barthel de M=67. N= 12 soignants dont N=3 infirmières et N=9 aides-soignantes.	<u>Faiblesse</u> L'étude utilise un échantillon de petite taille et la population des résidents atteints de démence est uniquement de sexe masculin.
Procédure/Récolte des données	<u>Procédure</u> : Avant de commencer l'étude a été approuvée par la CISR Taipei Veterans General Hospital. Un consentement écrit a été obtenu des résidents, de leur famille et des tuteurs dans les cas où les patients n'avaient plus la capacité de donner leur consentement. L'étude a été menée de novembre 2002 à août 2003. Pendant au moins trois jours de 8 heures à 17 heures le comportement de chaque résident a été observé et une fois sur une journée complète depuis le levé du patient jusqu'au couché. <u>Récolte des données</u> : Les données ont été récoltées à partir d'observations et d'entretiens avec les soignants. Toutes les informations ont été enregistrées et retranscrites mot à mot. Les auteurs ont eu 96 pages de données obtenues par l'observation ainsi que 16 pages en lien avec les entretiens informels qui ont été analysés ligne par ligne et classés par numéro de référence. En analysant les informations des observations et des entrevues, chaque type d'incident représentant un phénomène de comportement sexuel a reçu un nom d'identification. Chaque comportement a été comparé, de sorte que ceux qui sont similaires, ont été appelé sous-catégories.	<u>Force</u> L'étude est structurée dans sa méthodologie. Elle possède des tableaux qui sont synthétiques et clairs par rapport aux données.
Résultats	L'analyse des données met en avant 3 domaines : Le comportement sexuel chez les résidents atteints de démence : cela comprend 3 catégories, -le contact physique avec d'autres personnes (caresser quelqu'un, donner un baiser, défaire les vêtements d'une autre personne, se caresser mutuellement les organes génitaux, dormir et s'êtreindre sur le même lit). -les actes sexuels sans contact avec autrui (la masturbation dans des lieux privées ou publiques, regarder les seins des soignants). -le comportement sexuel verbal (demandes sexuelles aux personnels de soins et aux résidentes, menaces sexuelles). Les facteurs prédisposant des comportements : sont, l'opportunité qui correspond à trois conditions (réunion accidentelle, séduction mutuelle pendant les activités de groupe et contact physique lors de soins), la coopération des objets ce qui inclue (l'affection mutuelle et la vulnérabilité) et l'espace personnel sans aucune intimité ce qui correspond (au chambre commune, aux salles de bain publiques). La réaction des personnes face au comportement sexuel : la plupart des résidents ont eu une attitude neutre par rapport aux comportements sexuels des pensionnaires. Peu de résidents ont fait part de réponses négatives, lorsqu'ils ont assisté à des	<u>Force</u> La catégorisation des comportements sexuels et des facteurs prédisposant des comportements est bien définie de façon claire et précise. L'étude montre l'importance de la politique de l'institution et l'influence qu'elle peut avoir sur les

	<p>comportements sexuels, mais les patients se sont sentis « honteux » ou « embarrassés » et l'ont signalé à l'infirmière. Il y a eu aussi de la part de pensionnaires, des réponses positives aux comportements sexuels notamment en lien avec l'affection.</p> <p>La différence de politique dans les institutions : le principal facteur qui influence le comportement sexuel du résident est la réponse de la politique de l'institution et des soignants. Dans l'établissement A les attitudes sexuelles ont été traité avec cohérence, car les chambres des résidents et les salles de bains ont été considéré comme espace privée. Les comportements sexuels des pensionnaires ont été respectés en vertu du lieu qui n'est pas un problème. Les soignants de l'institution A semblaient montrer plus de respect pour la vie privée des résidents et la masturbation de ceux-ci. Dans l'établissement B, il semble y avoir peu d'interaction entre les pensionnaires. Le personnel de soins de l'institution B expliquent que la masturbation est privée, qu'ils tolèrent ce comportement mais qu'ils ne l'encouragent pas. Cette attitude est ignorée si elle ne se produit pas en public et que cela ne cause pas de problème. Dans l'établissement C en lien avec une politique basée sur la religion institutionnelle les soignants ne prennent pas en charge le comportement sexuel. Le personnel de soins a des attitudes envers le comportement sexuel plus prudentes.</p>	<p>résidents et les soignants. Cette partie des résultats est très pertinente notamment pour les implications dans la pratique.</p>
<p>Perspectives/Conclusion</p>	<p><u>Implication pour la pratique:</u> L'étude montre qu'un cadre institutionnel dont l'espace privé est insuffisant affecte les résidents et leur droit à l'expression de leur sexualité. Les pensionnaires ont besoins d'avoir un environnement où leur intimité est respectée. Pour cela la recherche propose d'améliorer des espaces pour qu'il soit plus intime en ajoutant un rideau, en frappant à la porte ou en s'annonçant avant d'entrer dans une pièce. Ces actions peuvent réduire les risques qu'un comportement privé devienne public. L'étude propose également que les institutions organisent des séminaires sur la santé sexuelle, afin que le personnel et la famille des résidents puissent discuter des sujets liés à la sexualité. Ainsi des techniques appropriées peuvent être traitées de manière positive et efficace lors de comportement sexuel chez les résidents atteints de démence.</p>	

Référence	McAuliffe, L., Bauer, M. & Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person the role of the health professional. <i>International Journal of Older People Nursing</i>, 2(1), 69-75.	Commentaires
Devis	Revue de littérature simple	
Buts/Objectifs	L'étude a comme objectifs : les obstacles à l'expression de la sexualité des personnes âgées et l'identification des stratégies que peuvent mettre en œuvre les professionnels de santé pour assurer des soins corrects en lien aux préoccupations et aux besoins sexuels de leurs patients.	
Population cible	<u>Population cible</u> : l'étude possède deux populations, il y a les personnes âgées et le personnel soignant.	
Procédure/Récolte des données	<u>Procédure</u> : cette recherche s'appuie sur l'analyse de littérature concernant la thématique de l'étude qui est la sexualité des personnes âgées, les obstacles à l'expression sexuelle et le rôle des professionnels de santé. <u>Récolte des données</u> : les auteurs ont pris comme critère d'inclusion les articles qui entravent les conditions positives à l'expression de la sexualité chez les personnes âgées et les revues dont les moyens pour exprimer la sexualité sont réduits. Les articles en lien avec la sexualité exclus sont ceux avec toute forme d'abus des droits. Les auteurs ont sélectionné 31 articles pour cette revue de littérature.	<u>Force</u> La revue est structurée et les critères méthodologiques sont respectés.
Résultats	Cette étude utilise des approches différentes notamment pour accroître la compréhension et la discussion de la sexualité chez les personnes âgées. Communication et discussion : la sexualité des personnes âgées est un sujet qui n'est pas souvent abordé par le personnel de soins. Ceux-ci sont réticents à discuter de sexualité avec leur patient soit par crainte de les offenser ou soit par manque de confiance et de capacité à répondre aux questions liées au sexe. Pour aider à réduire tout inconfort ressenti lors de discussion les soignants peuvent adopter une attitude empathique et compréhensive, ce qui rend une atmosphère propice à la communication. Il est important de poser des questions ouvertes, non-jugeantes et de ne pas utiliser le jargon médical. Education et formation du personnel : les professionnels de la santé ont une fonction intéressante pour fournir des informations et des conseils en lien avec la sexualité des personnes âgées. Toutefois, les soignants ont besoin d'une éducation et de soutien pour prendre conscience de leurs propres valeurs et préjugés. Les programmes de formation permettent aux personnels de soins de se sentir à l'aise avec les questions d'ordre sexuelles, de pouvoir avoir accès à la formation continue, être informé sur les dernières recherches et savoir reconnaître les situations qui demande l'avis d'un spécialiste. Maladie : chez les personnes de plus de 65 ans il y a un risque de diabète, de maladies cardiaques, d'accident vasculaire cérébral. Ces maladies peuvent affecter la sexualité et avoir un impact sur leur relation avec leur partenaire c'est pourquoi les soignants doivent informer les patients des effets des médicaments et offrir des informations appropriées pour reprendre une activité sexuelle malgré la maladie. Les maladies sexuellement transmissibles : les personnes âgées pensent qu'ils ont moins de risques de contracter des maladies sexuellement transmissibles. Les soignants ont un rôle important d'éduquer et de transmettre leur savoir concernant le VIH et les autres maladies sexuellement transmissibles. Soins holistiques centrée sur la personne : cette approche holistique centrée sur la personne permet d'identifier les besoins sexuels, les préférences et les désirs de la personne âgée. Elle offre également la possibilité de savoir si le patient souhaite discuter de sexualité. Design de l'environnement : l'environnement dans lequel les personnes âgées évoluent n'est pas fait pour avoir de l'intimité notamment avec des lits simples, des chambres partagées. Les soignants doivent avoir conscience de l'impact de l'environnement sur la sexualité des personnes âgées et offrir d'autres alternatives comme avoir un lieu plus intime, le choix du lit simple ou double. Politique, la	<u>Force</u> Cette étude résume bien les différentes approches qui peuvent devenir des obstacles à la sexualité des personnes âgées et comment modifier le comportement du personnel de soins en donnant des pistes d'actions pertinentes. Cette revue répond à ma question de recherche.

	procédure et la recherche : toutes les institutions devraient énoncer clairement leur politique concernant le choix et les besoins sexuelles des patients et quels sont leurs droits fondamentaux.	
Perspectives/Conclusion	<u>Implication pour la pratique</u> : Les professionnelles de la santé ont un rôle majeur lors de discussion autour de la sexualité, des besoins sexuelles et dans l'éducation des personnes âgées concernant les questions en lien avec la sexualité et les maladies.	