

### **Liste des abréviations**

<b>HEdS</b>	Haute Ecole de Santé – Genève
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>EMS</b>	Etablissement médico-social
<b>AVS</b>	Assurance vieillesse et survivants
<b>RACFs</b>	Residential aged care facilities (établissements de soins âgés résidentiels)

### **Liste des tableaux**

Tableau 1. Le paradigme de la catégorisation.....	37
Tableau 2. Le paradigme de l'intégration.....	38
Tableau 3. Le paradigme de la transformation.....	40
Tableau 4. La méthode PICOT.....	66
Tableau 5. La méthode EBN.....	70

### **Liste des figures**

Figure 1. Données d'ensemble de la pensée infirmière.....	54
Figure 2. Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	67
Figure 3. Diagramme de flux 1.....	68
Figure 4. Diagramme de flux 2.....	69

# TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	8
2. CADRE DE RÉFÉRENCE : PROBLÉMATIQUE.....	9
2.1 VIEILLESSE ET VIEILLISSEMENT.....	9
2.2 AFFECTIVITÉ ET SEXUALITÉ .....	12
2.3 LA VIE EN INSTITUTION .....	21
2.3.1 Le manque d'intimité .....	24
2.3.2 L'attitude de l'équipe .....	26
2.3.3 L'attitude des membres de la famille .....	28
2.4 ANCRAGE DISCIPLINAIRE.....	30
2.4.1 Science, profession et discipline infirmière .....	32
2.4.1.1 <u>Science</u> .....	32
2.4.1.2 <u>Profession</u> .....	32
2.4.1.3 <u>Discipline infirmière</u> .....	33
2.4.2 Les paradigmes.....	35
2.4.2.1 <u>Le paradigme de la catégorisation (Pépin (2010))</u> .....	37
2.4.2.2 <u>Le paradigme de l'intégration (Pépin (2010))</u> .....	37
2.4.2.3 <u>Le paradigme de la transformation (Pépin (2010))</u> .....	39
2.4.3 Les métaparadigmes (ou centre d'intérêts ou concepts).....	41
2.4.3.1 <u>La personne</u> .....	42
2.4.3.2 <u>L'environnement</u> .....	42
2.4.3.3 <u>La santé</u> .....	42
2.4.3.4 <u>Le soin</u> .....	43
2.4.4 Les école de pensées.....	43
2.4.4.1 <u>L'école du besoin</u> .....	44
2.4.4.2 <u>L'école de l'interaction</u> .....	44
2.4.4.3 <u>L'école des effets souhaités</u> .....	45
2.4.4.4 <u>L'école de l'apprentissage de la santé</u> .....	45
2.4.4.5 <u>L'école des patterns</u> .....	46
2.4.4.6 <u>L'école du caring</u> .....	46
2.4.5 Le cadre / modèle conceptuel.....	47
2.4.6 Les théories.....	48
2.4.7 Les savoirs .....	49
2.4.7.1 <u>Le mode ou savoir personnel</u> .....	50
2.4.7.2 <u>Le mode ou savoir esthétique</u> .....	50
2.4.7.3 <u>Le mode ou savoir éthique</u> .....	51
2.4.7.4 <u>Le mode ou savoir empirique</u> .....	52
2.4.7.5 <u>Le mode ou savoir émancipatoire</u> .....	52

2.4.8	Choix d'une théorie de soin .....	55
2.4.8.1	<u>Modèle de Roy</u> .....	55
2.4.8.1.1	Les <i>assumptions</i> .....	55
2.4.8.1.2	Les <i>mécanismes du coping</i> .....	56
2.4.8.1.3	Les <i>4 modes</i> .....	57
2.4.8.1.4	Les <i>stimuli</i> .....	58
2.4.8.1.5	<i>Paradigme et école de pensée</i> .....	59
2.4.8.1.6	Les <i>métaconcepts selon Roy</i> .....	59
2.4.8.1.7	La <i>méthodologie de la pratique</i> .....	61
2.4.8.1.8	L' <i>évaluation de la sexualité selon Roy</i> .....	62
2.5	QUESTION DE RECHERCHE .....	65
3.	METHODE .....	66
3.1	SOURCES D'INFORMATIONS ET STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE ....	66
3.2	DIAGRAMME DE FLUX .....	68
4.	ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES RETENUS .....	70
4.1	CARACTÉRISTIQUES DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS.....	71
4.1.1	Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique.....	71
5.	RESULTATS / ANALYSE DESCRIPTIVE .....	79
5.1	L'ENVIRONNEMENT .....	79
5.1.1	Espace de vie privée .....	79
5.1.2	Les règles institutionnelles et le rythme personnel des résidents et comment la sexualité est discutée et considérée .....	80
5.1.3	Le manque de partenaire .....	81
5.1.4	L'interférence familiale.....	81
5.2	LE RÉSIDENT .....	82
5.2.1	La diminution des capacités sexuelles en lien avec les capacités physiologiques ou les besoins sexuels.....	82
5.2.2	Les attitudes des résidents : conceptions ou postures du résident envers sa sexualité ou celle des autres.....	83
5.3	L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE .....	84
5.3.1	Manque de connaissances en lien avec la sexualité des personnes âgées.....	84
5.3.2	Manque de communication sur les besoins sexuels des résidents .....	85
5.3.3	Attitudes du personnel soignant envers les comportements sexuels des résidents.....	86
5.3.3.1	<u>Utilisation de l'humour</u> .....	88
6.	DISCUSSION / ANALYSE CRITIQUE .....	88
7.	CONCLUSION .....	94
7.1	APPORTS ET LIMITES DU TRAVAIL .....	95
7.2	RECOMMANDATIONS .....	95
8.	REFERENCES .....	97

# 1. INTRODUCTION

Selon Fèvre et Riguidel (2014) :

Vivre et vieillir dans le regard de l'autre, avec l'autre, pour l'autre, c'est se lever le matin, s'habiller, se faire beau ou belle pour soi et pour les autres, c'est exister, être accompagné, c'est oublier la solitude, la maladie, c'est partager cet amour si important et nécessaire à notre épanouissement ... se sentir vivant jusqu'au bout de la vie (pp.90-91).

Dans la vie, l'amour est le sentiment pouvant être une ressource, une force pour l'individu. Quelle meilleure sensation existe-t-il que d'aimer et se sentir aimé(e) en retour ? Pour la personne âgée : « Aimer et être aimé permettent de poursuivre son chemin, trouver un équilibre, une force de vivre, de se battre, d'affronter les épreuves et les deuils » (Fèvre & Riguidel, 2014, p.92). « On ne peut pas vivre sans amour » (La vie affective et sexuelle des personnes âgées, 2014).

En tant qu'étudiantes à la HEdS, nous sommes amenées à réaliser une revue de la littérature sur un sujet d'actualité. Notre choix s'est porté sur un thème large et difficile à aborder dans la société, ainsi que par les professionnels de la santé : la sexualité des personnes âgées. Ceci est dû au fait que la sexualité est encore actuellement un sujet tabou. Cela nous a donc interpellées et nous nous sommes demandées comment réagir face à des situations futures liées aux besoins sexuels des séniors. Comment aborder le sujet de la sexualité ? La personne âgée en parle-t-elle librement ? Qu'en est-il de la sexualité ? Peut-elle être vécue à tout âge et est-elle vécue jusqu'à la fin de la vie des personnes ? Quels impacts a-t-elle sur les séniors ? De plus, quels sont les besoins sexuels des personnes âgées ? Comment s'exprime leur sexualité ? Est-ce que la sexualité est impliquée dans la prise en soin infirmière et comment ? Mais la question fondamentale reste de savoir si on parle bien de sexualité pour la personne âgée, ne serait-ce pas plus de l'affection ? Souvent dans les récits nous retrouvons les termes "intimité", "affectivité" ou encore "tendresse". Les séniors se représentent-ils encore la sexualité comme l'acte copulatoire purement physique ou est-ce plutôt pour eux un partage de caresses, de gestes ou même de mots ? Nous essayerons ainsi d'apporter des réponses à cette distinction au cours de ce travail. De plus, nous avons dû choisir un lieu : domicile ou institution ? Au travers de notre première lecture, nous avons constaté que le thème de la sexualité en institution pouvait poser problème compte tenu entre autre des règles institutionnelles. C'est pourquoi nous souhaitons approfondir nos connaissances sur cette thématique. C'est ainsi que nous avons obtenu notre phénomène d'intérêt : La sexualité de la personne âgée en institution.

## 2. CADRE DE RÉFÉRENCE : PROBLÉMATIQUE

### 2.1 VIEILLESSE ET VIEILLISSEMENT

Nous parlerons dans cette partie de vieillesse et de vieillissement mais quelle est la différence ? La vieillesse est une étape du développement au même titre que l'enfance, l'adolescence, etc... A contrario, le vieillissement est le fait de vieillir, il est donc un processus qui évolue depuis le début de la vie et jusqu'à la mort. Chaque personne, peu importe l'âge, vieillit tout au long de son existence ; c'est donc un processus « banal ».

La vieillesse n'est pas un processus comme le vieillissement, mais un état qui caractérise la position de l'individu âgé. (S. Favre, communication personnelle [support de cours], 2012). La vieillesse en d'autres termes veut dire « être vieux », c'est un fait.

Il existe aujourd'hui, surtout dans les pays en voie de développement, une forte augmentation de la population âgée. Cet accroissement est principalement la conséquence du baby-boom de l'après-guerre, de l'allongement de l'expérience de vie et de la diminution de la natalité. Cette période est appelée papy-boom. Les personnes âgées représentent donc un grand pourcentage de la population dans notre société.

Selon l'OMS (2015) :

Entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22% ; d'ici à 2020, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus va dépasser celui des enfants de moins de 5 ans.

Mais à quel âge est-on considérée comme une personne vieille ? « Chaque jour, nous pouvons observer des témoignages montrant que s'il n'y a pas si longtemps, à 50-60 ans on était vieux, on ne l'est plus aujourd'hui à 70-80 ans » (Doussot, 2008, p.40). Il est difficile d'établir un âge marquant le passage de l'adulte à la personne âgée. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la personne est définie comme âgée à partir de 60 ans. Pour certains, le début de la vieillesse c'est l'entrée en retraite, l'arrivée à l'âge de 75 ans ou lorsque la personne devient dépendante. De plus, le vieillissement est propre à l'individu et progressif : certains auront un vieillissement dit réussi (la personne conserve ses capacités fonctionnelles et mentales) et d'autres auront un vieillissement pathologique (apparition de maladies accélérant le vieillissement).

On peut alors en déduire que l'âge ne caractérise pas le stade de vieillissement. Par exemple, la personne atteignant l'âge de 80 ans, ayant un vieillissement pathologique n'aura pas les mêmes capacités qu'un individu de même âge mais ayant un vieillissement réussi.

Viellir, c'est donc être capable de s'adapter aux changements biologiques, physiques, psychologiques et sociaux propres au vieillissement. C'est-à-dire vivre et évoluer dans des conditions devenues plus contraignantes. Il n'y a pas un vieillissement, mais des vieillissements, et des vieillissements qui se manifestent à différents niveaux (S. Favre, communication personnelle [support de cours], 2012).

Effectivement, la personne âgée est amenée au cours de ce processus à accepter multiples pertes auxquelles elle doit faire face.

Selon Jeandel (2005):

Autour de soixante ou soixante-cinq ans, l'individu est confronté à une série de changements qui concourent à le placer face à une somme de pertes susceptibles de le précipiter dans un vieillissement accéléré, s'il n'adopte pas ou s'il ne possède pas les moyens d'élaborer les stratégies adéquates. De nombreux événements exposent au risque de la crise, tels : l'abandon du rôle de parent, la perte des responsabilités professionnelles ou d'autres fonctions sociales, associatives, syndicales ou politiques, la disparition du rôle conjugal associée au veuvage, plus fréquent chez les femmes, la chute parfois significative des ressources financières imposant des restrictions et modifications des habitudes de vie.

Selon E. Erikson, c'est pendant la vieillesse que la personne est davantage amenée à prendre conscience de la finitude de sa vie et de l'éventualité de sa mort, ce qui entraîne généralement une évaluation de sa vie. Durant la vieillesse, la personne est aux prises avec l'acceptation de sa propre vie et de celle des personnes qu'elle connaît comme quelque chose qui a existé. Elle est amenée à accepter sa vie, avec ses limites, ses forces et ses faiblesses, et sa responsabilité, tout en reconnaissant la relativité ; cela lui permet alors d'accepter la variété des styles de vie des autres, et la rend plus tolérante et plus compréhensive. Si la personne est capable de vivre un sentiment croissant d'avoir réalisé sa vie, à des degrés divers, Erikson parle d'intégrité. Ayant agi sur les choses et sur les gens, ayant connu succès et échecs, espoirs et déceptions, l'adulte peut regarder l'ensemble de sa vie et en percevoir le sens. (S. Favre, communication personnelle [support de cours], 2012).

Lorsque la personne âgée, souvent la femme, (liée à son espérance de vie plus longue et à son écart d'âge avec l'homme) vit la perte de son partenaire, elle doit alors retrouver un équilibre dans sa vie en intégrant des stratégies de coping et réapprendre à vivre seule en étant indépendante. Cela peut l'affecter et provoquer un vide émotionnel et existentiel de ne plus pouvoir partager avec son époux ou compagnon.

Selon Manoukian (2007) :

Le versant le plus fréquent du deuil est celui de la séparation, de l'isolement, du repli sur soi et dans la douleur. Le deuil nous tourne vers un passé plus heureux et dénigre un présent fait de regrets et de frustrations (p.134).

De plus, la personne âgée est conduite à vivre une crise identitaire. En effet, le temps agit sur son corps en le transformant. Alors que la jeunesse jubile devant son image renvoyée dans le miroir, les séniors ont du mal à regarder ce corps changeant qui les ramène à la réalité: "je vieillis". En regardant un documentaire multimédia : «Touche pas à mon vieux », film réalisé par D. Leconte, nous avons voulu souligner un témoignage d'une personne âgée nommée Raymonde se regardant dans le miroir et répondant à la question de la journaliste "vous trouvez-vous belle?":

Selon Leconte (2009):

J'ai pas l'impression que mon cœur a 84 ans, mais pas du tout. Je ne me trouve pas belle, je me trouve supportable [rires]. On m'a toujours dit que j'avais de beaux yeux bleus, mon mari pour commencer et à peu près tout le monde et bien il y a des choses qui se passent en dessous qui ne me plaisent pas et qui font que mes yeux sont moins visibles, moins ouverts.

En effet, Raymonde n'apprécie pas ces changements sur son corps mais elle apprend à vivre avec, en acceptant l'impact du temps sur elle.

Le temps de la vieillesse n'est donc pas un temps de rupture avec le passé, c'est l'occasion de vivre une nouvelle expérience dans une continuité (S. Favre, communication personnelle [support de cours], 2012).

[En somme,]... la personne adulte qui vieillit est invitée à un continuel travail d'adaptation au cours duquel elle est amenée à intégrer toutes ses expériences vécues, et à s'appuyer sur sa vie passée pour construire sa vie présente et future (S. Favre, communication personnelle [support de cours], 2012).

## 2.2 AFFECTIVITÉ ET SEXUALITÉ

Les besoins en santé des séniors deviennent plus importants.

Selon Fabregas & Hubert (2015):

Ces besoins sont les mêmes que pour tous les êtres humains : le besoin de respirer, le besoin de boire et de manger, le besoin d'éliminer, le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position, le besoin de dormir et de se reposer, le besoin de se vêtir et de se dévêtir, le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal, le besoin d'être propre et de protéger ses téguments, le besoin d'éviter les dangers, le besoin de communiquer, le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances, le besoin de s'occuper et de se réaliser, le besoin de se récréer, le besoin d'apprendre.

Ces besoins deviennent plus importants lorsque l'on parle de la personne âgée car elle vit plus longtemps et elle souffre de plusieurs pathologies la limitant dans les activités de la vie quotidienne. Ainsi, elle n'arrive plus, ou que partiellement, à satisfaire par elle-même ses besoins primaires, ce qui demande l'aide d'un professionnel de la santé.

C'est notamment pour ces différentes raisons que l'évolution et l'adaptation du système de santé deviennent primordiales afin de répondre aux nouveaux besoins de santé. De plus, « les besoins sexuels sont venus s'ajouter chez nous sur la liste des besoins fondamentaux, définis par Virginia Henderson. Nous considérons qu'il s'agit d'un besoin mais également d'un droit pour tous » (Longerich, 2015, p.60 cité par Granger, 2015). La sexualité est incluse dans le besoin de communiquer: « Nécessité pour la personne d'établir des liens avec les autres, de créer des relations significatives avec ses proches et d'exercer sa sexualité » (Mallard, 2010). En somme, c'est une communication entre deux individus. « [La sexualité] se trouve clairement nommée chez Maslow. La sexualité est une des cinq pulsions (besoins) de base avec : la faim, la soif, l'évitement de la douleur et l'attachement » (Manoukian, 2011, p.107). Maslow déclare que « si les besoins physiologiques et les besoins de sécurité sont relativement bien satisfaits, alors émergent les besoins d'amour, d'affection et d'appartenance. Les besoins d'amour incluent le fait de donner et de recevoir de l'amour » (Maslow, 2008, p.63). Cependant, il déclare que la sexualité est distincte de l'amour considérant celle-ci comme un besoin physiologique secondaire.

Pourtant « Nombreux sont ceux qui considèrent la personne âgée comme un être asexué. Pour eux, la sexualité meurt avec l'âge » (Nicole, 2015, p.18 cité par Risuleo-Beaud). Ces représentations sont orientées par les croyances, les mythes établis par la société.



Selon Ribes, Quiquandon, Gaucher & Sagne (2008) cités par Serman (1998):

Les personnes âgées n'ont pas de désir sexuel ; elles ne pourraient pas faire l'amour même si elles le voulaient ; elles sont fragiles physiquement et le sexe peut leur causer de la douleur ; elles ne sont pas attirantes physiquement et donc pas désirables ; le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers (p.459).

En effet, la sexualité est souvent apparentée à la jeunesse. La personne adulte est vue comme attirante, désirable, pouvant faire l'amour pour le plaisir ou afin de procréer. Elle a un corps ferme, beau qui au contact de l'autre peut être excité.

Selon Ribes et al. (2008) cités par Felstein (1973) :

La sexualité sert à la procréation et se limite donc à ceux qui sont en âge de procréer; la tension sexuelle se manifeste en réponse à l'attrait physique qui n'est plus présent chez les âgés ; la tension sexuelle, qui est maximale chez les jeunes gens, disparaît presque totalement chez les âgées; l'on aime quand on est jeune et que la sexualité est en lien avec l'amour ; le niveau de fonctionnement optimum est atteint pendant la jeunesse, alors que le temps de la vieillesse est celui des incapacités (p.459).

« Butler et Lewis (1987) soulignent l'existence de stéréotypes du genre « le vieillissement mène à l'impuissance », « les gens âgés ne sont pas sexuellement désirables » ou « elle est bien trop fragile physiquement pour faire l'amour » » (Lauzon & Adam, 1996, p.196 cités par Butler & Lewis, 1987). Quelle serait alors la différence entre la sexualité de la personne âgée et la sexualité des juniors ? Tandis que la jeunesse découvre la sexualité et ses différentes composantes, la personne âgée n'en est pas à son premier acte sexuel. On pourrait déclarer cette dernière comme ayant une grande expérience sexuelle. Toutefois, les séniors ne multiplient souvent pas les conquêtes comparé aux juniors ayant parfois plusieurs partenaires sexuels différents en même temps. Mais est-ce que ceci résulte d'une expérience sexuelle plus enrichie ? La sexualité des personnes âgées divergerait dans le sens où « faire l'amour peut devenir fatigant, inconfortable car on perd en mobilité, en souplesse, on a des rhumatismes, des douleurs. La silhouette se modifie, on perd ses muscles, on grossit. L'image du corps est donc affectée » (De Hennezel, 2015, p.24). C'est pourquoi il est important de prendre conscience « des changements biophysiques et des aspects psycho socioculturels de la sexualité des personnes âgées » (Adam & Lauzon, 1996, p.208 cités par DuGas, 1993).

Nous avons néanmoins trouvé une ressemblance : selon nous, les dysfonctionnements sexuels ne sont pas seulement réservés à la personne âgée (malgré le nombre plus important) car nous pouvons tous en être touchés: jeune ou personne du troisième âge. La sexualité des aînés n'est donc pas si différente de celle de la jeunesse. Il est à savoir qu'une problématique liée à la sexualité touche souvent l'estime de soi. La sexualité devrait alors être prise en compte que l'on soit jeune ou âgée.

Pourtant, dans notre société, on trouve plus normale la sexualité chez les jeunes. Les personnes âgées ayant encore des relations sexuelles sont souvent considérées comme perverses, ayant des comportements anormaux et inhabituels. Ces normes sociales ont un impact psychologique sur la personne âgée qui fera preuve d'autocensure, éprouvant de la gêne et de la honte. Mais y a-t-il un âge où la sexualité ne doit plus être vécue ? « La construction de la sexualité est un mécanisme évolutif qui concerne tous les âges » (Ribes et al., 2008, p.458).

Selon Souchon (2009) :

Il est communément admis que la sexualité diminue avec l'avancée en âge. Malgré tout, l'intérêt sexuel est conservé chez certains, même aux âges extrêmes de la vie.... La sexualité se pratique sans limite d'âge et tant que la stimulation psychologique est présente. Le cerveau est l'organe sexuel essentiel ! (pp. 22-24).

Nous avons sélectionné des témoignages divergents, provenant de documentaires multimédias : « On n'a plus 20 ans, on n'a moins envie. Il y a la faculté physique qui diminue, ça c'est un frein. La passion sexuelle ce n'est plus la même chose. Ma vie sexuelle est en retraite » (Le 3ème âge au 7ème ciel, 2009). « Après 80 ans, c'est un peu déraisonnable. D'abord il faut pouvoir, ensuite il faut savoir et puis les sensations ne sont certainement pas les mêmes » (la vie affective et sexuelle des personnes âgées, 2014).

Effectivement, il existe plusieurs barrières physiologiques :

Selon Lefebvre des Noettes (2007)

Chez la femme, la libido diminue avec l'âge et la ménopause, la lubrification est moins bonne, la peau et les muqueuses sont moins élastiques. Il peut y avoir une ptôse des seins et les rapports peuvent être douloureux. De plus, au-delà de 65 ans, une femme sur deux n'a plus de relations sexuelles du fait du veuvage, des divorces, de la lassitude d'une sexualité souvent subie...

Chez l'homme, le processus normal du vieillissement donne un ralentissement de la phase d'excitation, un retard à l'érection, la phase de plateau est plus longue et l'éjaculation est moins importante et moins satisfaisante, la détumescence est plus rapide et la période réfractaire est plus longue, de plus à partir de 40 ans 1 homme sur 3 reconnaît des pannes et cette difficulté temporaire peut entraîner une blessure narcissique, une angoisse de performance et parfois une conjugo-pathie en reprochant à sa partenaire d'être moins excitante avec les années (pp.268-269).

Cependant, une personne âgée déclare: « faut passer 50 ans et après c'est génial! » (Le 3ème âge au 7ème ciel, 2009). Ou encore le témoignage de Maryse, parlant de son nouveau copain Edmond (documentaire « le 3<sup>ème</sup> âge au 7<sup>ème</sup> ciel ») :

Selon Bottet (2009) :

Il dit toujours « je suis dans le livre des records » pour plaisanter mais jusqu'à 87 ans il était encore actif si vous comprenez ce que je veux dire... on a des relations sexuelles mais qui n'ont plus la fougue d'il y a 20 ans en arrière. Mais tout se calme par la force des choses. Ce n'est pas nous qui voudrions que ce soit calmé.

Comme on peut remarquer, les séniors n'ont pas tous le même point de vue. Certains bannissent à leur âge l'acte sexuel quand d'autres en sont encore épanouis et en ressentent le besoin. Il est à noter que « la sexualité est présente tout au long de la vie ; elle peut cependant se manifester différemment suivant l'âge » (Adam & Lozeron, 1996, p.196). « Jusqu'à sa mort, l'être humain est en quête d'amour, d'affection et de tendresse, et dans sa tête, il a toujours vingt ans » (Longerich, 2015, p.60).

Selon Ribes et al. (2008) :

Cette fonctionnalité de l'organisme n'est pas vitale, mais pour une grande majorité d'individus elle est au fil de l'existence un élément d'équilibre à la fois personnel et rationnel participant à l'image et à l'estime de soi. Elle est une mise en acte de la dynamique psychique de l'individu, une tentative de renforcement d'une construction mentale identitaire dans un lien entre psyché et corps.... La sexualité ne concerne pas que la génitalité. La sexualité concerne toute la palette des potentialités excitatrices physiologiques et psychologiques qui procurent du plaisir à l'individu (p.458).

La sexualité est importante dans le développement personnel de la personne âgée. « L'abus c'est excessif, l'absence c'est excessif aussi donc c'est un juste milieu. C'est bon dans certains cas, c'est mauvais d'en d'autres mais à mon avis je crois que c'est indispensable à la vie » (La vie affective et sexuelle des personnes âgées, 2014).

Selon Nicole citée par Beffa (date inconnue) :

[La sexualité aurait plusieurs bienfaits tels que :] l'augmentation de l'espérance de vie, stimulation et renforcement des défenses immunitaires, effet calmant sur la douleur, meilleur sommeil, effet sur les capacités de la mémoire, lutte contre la constipation, maintien de la tonicité et de la force et prévention de certains cancers (p.19).

Ces bienfaits le sont pour tous, autant les adultes que les personnes âgées et ils viennent réfuter l'hypothèse que la sexualité est mauvaise pour les séniors.

Selon Fèvre & Riguidel (2014) cité par l'OMS (2016) :

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé sexuelle comme « l'expérience de bien-être physique, psychologique et socioculturel relatif à la sexualité. La santé sexuelle est naturellement l'expression libre et responsable de ses capacités sexuelles encourageant le bien-être personnel et social et enrichissant la vie individuelle et la vie sociale. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, il est nécessaire que les droits sexuels de chacun soient reconnus et maintenus (pp.18-19).

Pour comprendre d'où viennent ses représentations et ses normes sociétares, nous devons d'abord aborder l'histoire de la sexualité. Avant 1960, la sexualité avait une morale différente de celle d'aujourd'hui. A cette époque, c'était l'église qui dictait les normes sexuelles. La sexualité ne pouvait qu'exister dans le cadre du mariage, liée à un but précis qui était de procréer et de calmer les pulsions de l'homme. En-dehors de ce cadre, la sexualité était vue comme un grave pêché condamnable. La femme et l'homme avaient l'interdiction d'utiliser toute pratique contraceptive. L'acte sexuel servait à la procréation et la femme se devait de se soumettre à son mari et d'assouvir ses désirs.

Selon Fèvre et Riguidel (2014) :

Contraints par leur propre histoire et par la force des images actuelles du vieillissement, ceux qui ont vécu leur jeunesse sexuelle avant les années 1970 peuvent par contre s'interdire d'eux-mêmes toute sexualité active. Cette génération qui a connu la guerre, les préjugés passésistes sur la masturbation et la sexualité avant le mariage, l'absence de contraception, le poids du silence au sein de la sphère familiale, est pudique et peu encline à s'exprimer sur les choses du sexe. Quant à les revendiquer comme un droit, cela leur semble inconcevable ! Fidélité à un conjoint décédé, éducation et poids des préjugés peuvent réduire leurs désirs et leurs rêves jusqu'à la négation totale (p. 22).

Selon Wikipédia (2016) :

Cependant vient la Révolution sexuelle : « La révolution sexuelle recouvre les changements substantiels du comportement et des mœurs sexuels intervenus en Occident à la fin des années 1960 et au début des années 1970. Ce mouvement est essentiellement marqué par l'émancipation sexuelle des femmes, l'affirmation de l'égalité des sexes et la reconnaissance des sexualités non procréatrices et non conjugales.

Selon Doussot (2008) :

La conception générale de la sexualité a connu en 50 ans une évolution importante, influencée par la revendication et le combat des femmes qui s'est amplifié depuis le début du siècle dernier. Mai 68 et son courant de libération des mœurs, loin de n'être qu'une simple pulsion dans l'euphorie de la révolution sociale du moment, a eu un effet libérateur. L'évolution du statut des femmes, la généralisation de la contraception, la place occupée par les femmes dans la société moderne ont été des facteurs importants dans la nouvelle considération de la sexualité (p.40).

En somme, nous pouvons en conclure que selon l'âge de la personne âgée les représentations seront différentes. Nous pourrions croire alors que notre mentalité d'aujourd'hui concernant la sexualité des personnes âgées est différente et considérée comme acceptable. Néanmoins, beaucoup de personnes ont des préjugés négatifs sur la sexualité des séniors. On a du mal à croire que les personnes âgées soient encore dans le désir d'avoir des rapports sexuels, qu'elles arrivent à être attirées physiquement par leur partenaire ou qu'elles arrivent à atteindre l'excitation.

De plus selon De Sutter cité par Lévi-Strauss (2009) :

Il est difficile pour la plupart d'entre nous d'imaginer nos propres parents sexuellement actifs. Il s'agirait d'une sorte d'interdit de l'inceste profondément ancré dans nos valeurs et nos esprits. Cela pour expliquer nos réticences à concevoir que la génération qui nous a conçus soit toujours sexuellement active (p.215).

Il est nécessaire, à cette étape, de faire la distinction entre la sexualité, l'intimité, l'amour, l'affection et la tendresse. Sachant que la sexualité englobe l'amour, l'affection, la tendresse et l'intimité mais que chacun de ses mots ont leur propre signification.

L'amour est un « sentiment très intense, englobant la tendresse et l'attraction physique, qui unis deux personnes » (Larousse, 2015, p.72). Cependant, l'amour peut avoir deux significations distinctes. En effet, pour certains, l'amour se définirait comme « une ressource, la force motrice de la vie individuelle et publique » (Pasini, 1992, p.20). Pour d'autres « l'amour est risque : une passion destructrice aux conséquences dévastatrices » (Pasini, 1992, p.20). De plus, l'expression « faire l'amour » peut également avoir deux sens. Pour certains, cela évoquerait l'assemblage de deux cœurs tandis que pour d'autres, cela signifierait la rencontre des parties génitales. On retrouve donc une distinction entre l'amour considéré comme un acte purement sexuel ou l'investigation des sentiments.

La tendresse est un « sentiment tendre qui se manifeste par des paroles, des gestes doux ; affection » (Larousse, 2015, p.1138). Elle n'est pas seulement entreprise par deux personnes formant un couple. Elle peut se manifester pour un enfant malade, un sans-abri etc... Chacun dans sa vie a besoin de tendresse pour grandir et coexister avec autrui. La tendresse peut déjà être présente dès la naissance dans le lien entre la mère et son enfant.

Selon Pasini (1992) :

Du point de vue psychologique, les attributs de la tendresse sont la *chaleur*, la *confiance*, et la *continuité*. C'est là que plongent les véritables racines du rapport mère/enfant et de son développement ultérieur dans les liens du couple. Car la tendresse ne signifie pas étouffement mais participation respectueuse aux besoins de l'autre, intimité privilégiée et partagée procurant confiance et sécurité. Elle n'a rien avoir avec la mièvrerie du devoir social. C'est au contraire un sentiment authentique (p.147).

L'affection est un « attachement que l'on éprouve pour quelqu'un : donner des marques d'affection » (Larousse, 2015, p.53). L'attachement se vit depuis la naissance grâce à l'interaction de l'enfant avec son entourage. Des personnes significatives pour lui, appelées « figure(s) d'attachement primaires puis secondaires » lui permettront de se développer. « Contrairement à Freud qui soutenait que le nourrisson s'attache à sa mère parce qu'elle satisfait son besoin d'alimentation, Bowlby relie l'attachement au besoin de contacts sociaux » (Labbé, date inconnue). L'attachement permettrait à l'enfant de se sentir en sécurité, lui assurer une confiance et une protection.

Selon Atger (2007) :

C'est au cours de l'adolescence qu'il évolue vers l'équilibre dynamique qui prévaudra chez l'adulte. Une fois établis dans les premières années de la vie, et dans un environnement stable, les liens d'attachement ont tendance à persister, tout en subissant des transformations en rapport avec les processus de maturation.... La survenue de la puberté, déclenchée par des modifications hormonales, marque le commencement de l'accès à la maturité physique et sexuelle.

Ainsi, l'enfant se distancie de ses parents vers la fin de l'adolescence afin de créer de nouveaux liens d'attachement.

Selon Atger (2007) :

La sexualité contribue à l'établissement d'un nouveau type de relations de l'adolescent avec ses pairs : les relations amoureuses (les anglo-saxons parlent de « romantic relationships »). Ces relations qui sont caractérisées par leur intensité affective vont prendre le pas sur certaines fonctions de la relation parent-enfant antérieure. La composante sexuelle de ces relations représente sans aucun doute un facteur déterminant dans la création d'un nouveau lien d'attachement puisqu'elle apporte une motivation importante pour entrer en relation, suscite des affects intenses et amène une grande intimité, physique et psychique, offrant ainsi une histoire d'expérience unique partagée.

Le sexe et l'affectivité sont donc bien reliés. Car le sexe peut créer des problèmes affectifs (divergences sur les positions sexuelles, le moment de l'acte sexuel ou un dysfonctionnement sexuel, par exemple, engendrant des conflits dans le couple). Inversement l'affectivité peut-être la source des problèmes sexuels (pas assez d'amour pour la personne, perte de désir, etc... ).

A l'adolescence se crée l'identité sexuelle.

Selon Aumond (1987) :

L'identité étant bien acquise, elle permet maintenant d'établir des rapports adultes avec les autres....À cette période, le jeune adulte cherchera l'amitié et l'amour avec l'autre, ce qui implique le désir et la tendresse. Le jeune adulte est alors capable de donner tout autant que de recevoir. Il est capable d'intimité sans craindre de perdre son identité.

Selon Thériault (2001) :

L'intimité représente, dans ce contexte, l'objet d'une crise développementale majeure au sortir de l'adolescence. Définie ici comme un état d'abandon du corps et de l'esprit avec soi-même et dans la relation à l'autre, elle se développe pour le mieux dans la mesure où l'individu jouit d'une identité suffisamment établie.

Il est donc important de se connaître soi-même pour pouvoir s'ouvrir à l'autre et vivre une intimité. « L'intimité est avant tout intimité de soi, qui s'appuie sur un sentiment d'identité personnelle » (Colson, 2007).

Ainsi, selon Wikipédia (2015) :

Ceux qui ont bien établi leur identité peuvent alors se lancer dans des relations d'intimité réciproque (et avec leurs propres ressources intérieures). Ces relations peuvent être durables (amitié proche, mariage...) et ils peuvent faire preuve des sacrifices et des compromis nécessaires à ce type de relation. Au cas où ces mêmes personnes ne pourraient pas s'ouvrir à de telles relations, un sentiment d'isolement peut en résulter.

Il existe l'intimité amoureuse et sexuelle : l'intimité amoureuse est un attachement envers l'autre venant de la naissance de sentiments amoureux partagés entre deux protagonistes et l'intimité sexuelle « pourrait davantage se définir comme une expérience corporelle et émotionnelle unique, permettant à deux individus de partager un lien affectif privilégié » (Colson, 2007). Ce dernier ne peut pas se vivre individuellement.

« L'intime est complexe, secret, à préserver » (Fèvre & Riguidel, 2014, p. 82). « Mais l'intimité est à la fois évidente pour chacun de nous et extrêmement difficile à définir (...) puisque mon intimité, votre intimité, ça dépend comment on va s'entendre tous les deux » (Manoukian, 2011, p. 111).

Qu'en est-il alors de la « sexualité » des personnes âgées? Plusieurs sources résultent le fait que « la tendresse prévaut sur l'acte sexuel, opérant ainsi un clivage entre dimensions génitales et affectives » (Thibaud & Hanicotte, 2007, p.131). En effet, la sexualité n'est pas définie uniquement par l'acte sexuel, elle peut être exprimée de différentes manières selon les individus. Elle peut être entremêlée de gestes ou mots affectueux témoignant de l'attachement au partenaire. « Vieillir pour cette fonction consiste peut-être à passer d'une sexualité pulsionnelle et physique à une sexualité complicité » (Souchon, 2009, p.24).

Nous avons regroupé ici plusieurs témoignages de personnes âgées expliquant leur représentation de la sexualité à leur âge.



Ces extraits sont tirés de documentaires multimédias: « Ce n'est plus ce qu'on appelle un amour physique. C'est plutôt un amour de tous les jours. Une affection très profonde surtout quand on est en bon ménage » (Les séniors, l'amour et la sexualité, 2009).

Selon Bottet (2009):

[Paroles dites par Maryse et Edmond] Il y a d'autres moyens, il y a les caresses... Je suis encore très attirée par lui mais on a si vous voulez... l'amour fou ce n'est plus ça. On a des sentiments d'affection mais on peut aussi avoir de temps en temps un petit coup de retour. Le soir on se couche, on se tient par la main, on est serré l'un contre l'autre et [Edmond chante] si je t'avais connu au temps de ma jeunesse.

« C'est plutôt une complicité. Après, les rapports sexuels ne comptent plus. C'est plutôt affectif qu'autre chose » (La vie affective et sexuelle des personnes âgées, 2014).

Selon Leconte (2009):

[Raymonde déclare] la seule chose qui me manque vraiment c'est de me reposer sur la tête d'un homme, d'un homme que j'aimerais naturellement... de sentir l'odeur de l'homme. Je n'appelle plus ça faire l'amour maintenant... Faire l'amour c'est s'aimer autrement c'est baiser et, ça, ça ne m'intéresse pas.

Selon Leconte (2009):

[Paroles dites par Marcelle et Roger] Il y aussi quand même la chose de l'amour, on sait toujours bien entendus à ce niveau-là. La vie sexuelle s'est arrêtée il y a pas si longtemps, il y a 8 à 15 jours [rires]. Mais pas de la même façon, c'est plus des câlins. Mais on aime bien de temps en temps en profiter un peu, comme on peut. A chaque fois je me dis que c'est la dernière fois de notre vie.

« En vieillissant, l'accompagnement, la proximité physique, la communication profonde ou intime et une relation physique plaisante (touchers, caresses, étreintes) peuvent caractériser davantage la sexualité que la recherche du coït » (Adam & Lauzon, 1996, p.196).

### **2.3 LA VIE EN INSTITUTION**

Pour résumer, la personne âgée est amenée à vivre des pertes et des renoncements. Cependant, elle a encore des possibilités : elle peut créer, imaginer, etc... Toutefois, on peut percevoir des répercussions psychologiques lorsque l'aînée ne s'adapte pas à son vieillissement et est atteinte par les représentations sociales liées à la sexualité des seniors. A ceci s'ajoute l'entrée en institution.

Mais qu'est-ce qu'une institution ? Toujours selon Cavalli (2012) :

Plusieurs thèmes sont couramment et indifféremment employés pour désigner les établissements qui accueillent une population âgée : homes, pensions, maison de repos, maison de retraite, résidences pour personnes âgées, etc. Ces mots font souvent référence à une époque ou à une mode spécifique ; elles peuvent aussi résulter d'acceptations nationales ou régionales. Depuis quelques années, en Suisse romande, l'expression d'établissement médico-social (EMS) s'est imposée dans le langage officiel. Finalement, l'EMS peut être défini comme « un lieu de vie, offrant des prestations médico-sociales, hôtelières, de soins et d'animation » ; il se caractérise par des structures médicalisées, par l'offre d'un cadre sécurisant et par la recherche d'un certain confort matériel (p.38).

On peut alors dire que lorsque les soins en ambulatoire et/ou à domicile ne correspondent plus aux besoins des personnes âgées en âge AVS, les EMS prennent le relais. Ils ont pour but d'héberger ainsi que d'administrer des prestations de soins.

L'entrée en institution peut être voulue ou par obligation : « [Selon une enquête répondant à la manière de prendre la décision d'entrer en EMS] environ un répondant sur deux (48%) dit avoir décidé seul, une autre majorité (45%) affirme avoir consulté son entourage, et seul trois personnes (7%) déclare ne pas avoir eu leur mot à dire » (Cavalli, 2012, p.139).

Il existe deux représentations de l'entrée en EMS : l'une négative et l'autre positive. Ces dernières sont explicitées ci-dessous.

Selon Cavalli (2012) :

La vie en institution... est généralement perçue de manière négative et suscite bien des peurs chez la plupart des personnes âgées.... Les raisons de ce rejet de l'institution sont à rechercher dans le fait que, en dépit de leur évolution, dans l'imaginaire les EMS sont encore parfois associés à l'idée d'asile et d'hospice : « ghetto pour vieillards », « mouvoir », « ambiance déprimante », la tâche pour ceux qui cherchent à se distancer de la mauvaise réputation des anciens asiles est loin d'être simple.... La décision d'entrer en EMS est aussi pénible parce qu'elle implique de quitter son cadre de vie pour se rendre en terre inconnue, d'abandonner un lieu empreint de mille souvenirs et peuplé de visages familiers pour se retrouver dans un espace fermé où se côtoient les blouses blanches du personnel et les visages gris et décatés des résidents. Enfin, la pension est associée à l'idée de mauvaise santé, de dépendance.

Pour ceux qui entrent, elle symbolise l'échec du maintien à domicile et la reconnaissance de la perte d'autonomie.... S'installer en EMS signale crûment que l'on a entamé la dernière ligne droite de la vie (p.25).

Par ailleurs, certains séniors s'inscrivent de leur propre volonté en institution. Leurs motivations peuvent être la peur d'être seul ; le besoin d'avoir une aide ou des soins de manière continue, en sachant qu'ils ne veulent pas déranger leur(s) enfant(s) en vivant chez eux ; une détérioration de leur état de santé ou une insécurité.

En effet, selon Cavalli (2012) :

L'institution apporte : des soins continus et de haut niveau, un personnel compétent, humain et chaleureux, le compagnonnage de pairs qui peut être mis en regard de la solitude parfois vécue chez soi, l'offre d'activités diverses, la sécurité enfin, valeur-clef de la vieillesse.... Si certains résidents ont vécu la transition comme un traumatisme dont ils ne se sont pas remis, d'autres témoignages sont décidément plus positifs et leurs auteurs se disent satisfaits du nouveau cadre de vie (p.26).

Si l'entrée en EMS peut être quelque chose qui inquiète, rebute, tourmente la personne âgée, elle peut aussi être source de sécurité et de nouvelles possibilités. Les représentations négatives peuvent alors se changer en avis positifs.

Alors qu'en est-il de la sexualité des séniors lorsqu'ils entrent en institution ? La personne âgée peut-elle vivre sa sexualité, son intimité librement, si oui comment ? Existe-t-il des barrières qui enfrennent ce droit, si oui lesquelles ?

Il était intéressant pour nous de nommer dans notre texte les restrictions physiologiques qui amènent souvent la personne âgée à renoncer à toute sexualité dans sa vie. Cependant, dans notre recherche nous nous sommes plus focalisées sur les barrières institutionnelles car elles ne sont pas propres à l'individu et elles ne couvrent pas les besoins en sexualité de la personne âgée.

En effet dans le cadre de l'institution, « cette capacité à protéger son espace intime peut être mise à mal par les fonctionnements institutionnels » (Ribes et al., 2008, p.458-459).

Selon Ribes et al. (2008) cités par Goffman (1975) :

En franchissant le seuil de l'établissement, l'individu contracte l'obligation de prendre conscience de la situation, d'en accepter les orientations et de s'y conformer... il fonde de toute évidence son attitude envers l'établissement et implicitement la conception de lui-même que lui offre cet établissement » (p.461).

Il existe, en effet, 3 barrières institutionnelles : le manque d'intimité dû à l'arrangement de l'institution ; l'attitude de l'équipe et l'attitude des membres de la famille. Ces dernières sont commentées ci-dessous.

### 2.3.1 Le manque d'intimité

« Il est courant de considérer qu'entrer en institution revient à perdre son intimité. Les frontières matérielles sont dépassées, les frontières physiques transgressées, les frontières morales à peine sauvegardés » (Manoukian, 2011, p.111). En effet, lorsque la personne âgée entre en institution, elle intègre un cadre où elle doit apprendre à vivre en collectivité en respectant les règles institutionnelles et en acceptant les structures et le mode de vie des lieux.



Selon Ribes et al. (2007) :

L'institution est pensée pour des individus isolés. Les lits sont pour une personne. Les chambres à deux sont encore très nombreuses et relèvent plus d'une réalité financière que d'un choix personnel. Le seul espace privé devenant celui du lit exposé en permanence au regard des tiers (p.460).

Comment intégrer alors la sexualité lorsque l'on partage sa chambre ?

Selon Manoukian (2011) :

En établissements, tout le monde sait tout sur tout. C'est pourquoi la sexualité souvent se fait discrète quand elle n'est pas étouffée ou transformée en plaintes car il existe un autre frein peut-être encore plus important que les gênes physiques et matérielles, il s'agit du regard d'autrui (p.111).

Regard souvent porté de jugements et de préjugés « à leur âge » ou « ils ne pensent qu'à ça » » (Manoukian, 2007, p.137).

Les patients sont souvent en difficultés lorsqu'ils doivent signaler à un soignant un besoin sexuel ou un dysfonctionnement sexuel. Comment le faire lorsque les oreilles de son voisin sont à l'écoute ? Le rideau préserve-t-il le secret professionnel ?

De plus, « rien n'est prévu même pour les couples qui le souhaiteraient et séjournent en soins de longue durée » (Lefebvre des Noettes, 2007, p.270). « Rares sont les maisons de retraite qui offrent des chambres doubles ou des aménagements pour les couples » (Manoukian, 2011, p. 48). Le cadre est basé sur la vie en collectivité et ne porte que très peu d'attention aux besoins sexuels de la personne âgée, besoins considérés comme secondaires.

« L'institutionnalisation est par essence antisexuelle, dépersonnalisant, toute intimité est très difficile à faire respecter : le corps "plaisirs" devient un corps souffrant exposé aux soignants dans sa nudité décharnée et malade » (Lefebvre des Noettes, 2007, p.269). Cependant, « une collectivité comme un EMS ou une unité de longue durée quelconque est un lieu social par excellence donc un lieu stimulant, un lieu de rencontre, un lieu d'échange, en un mot : un lieu paradoxal de désir » (Manoukian, 2011, p.121). Dès lors, « dans un environnement conçu pour des personnes seules comment va pouvoir s'exprimer une éventuelle sexualité ? Comment va pouvoir être préservée une intimité ? » (Ribes et al., 2008, p.458).

« Dans de nombreuses maisons de retraite... l'on essaie de limiter au maximum les activités sexuelles des pensionnaires (séparation strictes des sexes, absence d'intimité dans les espaces privés, interdiction de partager sa chambre avec une autre personne, etc...) » (De Sutter, 2009, p.214).

« La chambre est un espace privé mais c'est aussi le lieu de travail du personnel à certains moments de la journée. Il est donc souvent difficile de distinguer clairement ce qui relève du privé au public » (Fèvre et Riguïdel, 2014, p.83).

Le résident doit suivre les règles imposées par l'institution telles que les horaires du lever et du coucher, les horaires de repas et pour finir les horaires de soins « (hygiène excessive, pose de changes, horaires imposés...) » (Labro, 2007, p. 274). « La chambre... un lieu réservé à une personne âgée, mais appartenant à l'institution » (Ribes et al., 2007, p. 460).

Selon Ribes et al. (2007) :

Dans certains cas les soignants se sentent « propriétaires » d'un espace qu'ils ont du mal à considérer comme pouvant abriter des zones privées et ont tendance à penser collectivité plutôt qu'individu. Cette effraction peut devenir ou du moins être prise comme un contrôle par la personne âgée. Comment peut-elle s'assurer que son espace ne sera pas intrusé à n'importe quel moment ? Quel contrôle va-t-elle garder sur l'espace de sa chambre ? (p.459)

« Les manquements au respect de l'intimité commencent dans les actes les plus courants de la vie quotidienne : entrer dans une chambre sans frapper, sans attendre de réponse... » (Fèvre & Riguïdel, 2014, p.83). La personne âgée aurait-elle l'habitude d'être dérangée, avec ou sans son consentement, à tout moment ? Trouve-t-elle ceci normal considérant sa chambre comme celle de l'institution ? « Dans les établissements, on laisse la porte des chambres ouvertes ou bien on entre sans frapper. On ne permet pas d'avoir une intimité.

Alors « au niveau institutionnel, quels sont les freins posés par... la structure institutionnelle ? Quelles solutions peuvent y être apportées ? » (Labro, 2007, p.272).

### **2.3.2. L'attitude de l'équipe**

« Dans la réalité quotidienne des soignants, la sexualité est encore souvent un sujet tabou et beaucoup de professionnels ont de la peine à aborder la question » (Longerich, 2015, p.60).

Selon Manoukian (2011) :

La sexualité pendant longtemps était un sujet réservé à "la vie privée, intime" dont on ne parlait pas. Ce qui ne veut pas dire que le désir n'existait pas et n'existe pas encore de nos jours, mais qu'on ne trouve pas les mots pour l'exprimer (p.112).

Selon Fèvre & Riguidel (2014) :

La question du soin a toujours privilégié, dans les institutions, le corps au détriment du relationnel. La technicité du personnel s'oriente ainsi prioritairement sur les aspects matériels de la fonction. Cette volonté de maîtrise entraîne les soignants à restreindre la vie sociale et affective des résidents (p.85).

Le soin est donc souvent priorisé au relationnel si l'infirmière sépare le soin infirmier de la relation avec le patient.

Lorsque l'on parle de soins, on peut dire que les soignants sont en constante relation avec la sphère privée et intime des résidents. « En tant que soignant nous intervenons auprès des résidents, à tout moment, pour effectuer des gestes qui touchent à l'intimité : la toilette, la toilette intime, les changes, le toucher... » (Fèvre & Riguidel, 2014, p.85).

En effet, selon Michon & Varakine (2009) :

La toilette est en effet un soin empreint de complexité. Elle requiert de l'habileté, une mise en éveil de tous les sens, de la maturité et de la bienveillance tout en faisant preuve de « spontanéité contrôlée ». Par ailleurs, elle nécessite de développer des capacités d'adaptation mais aussi de s'impliquer pleinement pour mieux appréhender le soin et faire en sorte que chaque rencontre dans la situation de soin soit singulière (p.36).

Selon Souchon (2009) :

Pour autant, chaque soignant novice apprend vite qu'il doit dépasser son inconfort premier pour trouver l'ajustement gestuel et relationnel aidant le patient à se sentir en confiance lorsqu'il se dénude, au sens propre comme figuré, pour recevoir les soins requis par son état de santé (p.21).

Etant en relation étroite avec le patient, nous touchons à sa vie intime et privée par les soins, « l'institution gériatrique se situe dans l'ambiguïté de ce carrefour entre lieu de vie, lieu de soin et lieu de mort » (Ribes et al., 2008, p.458). Il peut être difficile de faire une distinction entre ces trois éléments. « L'institution gériatrique oscille entre une volonté de préserver l'intimité et le devoir de l'enfreindre en permanence pour l'hygiène des locaux et la toilette des patients » (Ribes et al., 2008, p.459).

En tant que soignant, l'acte de la toilette est considéré comme un acte professionnel. Mais quand est-il pour le patient? En tant que soignant se soucie-t-on des ses ressentis? « Il n'est pas toujours facile, en effet, pour les soignants qui soignent et qui lavent ces corps vieilliss, flasques et ridés, d'accepter qu'ils puissent encore rester sensibles aux caresses » (Nicole, 2015, p. 20).

« Le corps vieilli devient exclusivement un objet de soin, un corps transparent, un corps public. Il n'est plus ce corps plaisir, ce corps désir qu'il était autrefois » (Fèvre & Riguidel, 2014, p. 54 cités par Ibid).

Selon Lépine (2008) :

Dans le prendre soin, donc, il y a une espèce de tacite unanimité du côté des soignants pour considérer que tous ceux qui voient de l'érotisme dans les gestes d'hygiène et de soin de la vie quotidienne sont des vicieux (p.54).

« Les équipes soignantes ou accompagnantes ont une attitude positive à l'égard de la sexualité des personnes âgées. Ces attitudes ne s'accompagnent généralement pas de comportements qui la facilitent » (Ribes et al., 2007, p.461). Comportements tels que la moquerie, l'évitement du sujet, la séparation des résidents, des accusations et interprétations inappropriées. Certains trouvent la sexualité de la personne âgée en institution malsaine, sale et choquante et ne tolèrent pas de tels faits sur leur lieu de travail. « De nombreux soignants avouent être mal à l'aise avec le sujet et discuter de sexualité avec les patients et a fortiori des patients âgés ou des résidents provoque souvent la gêne, de la honte, de l'évitement » (Manoukian, 2011, p.109). « Pour la majorité du personnel... pour les personnes âgées, les seules sexualités acceptables étaient les accolades affectueuses et les baisers sur la joue ! » (De Sutter, 2009, p.214).

Selon Fèvre & Riguidel (2014) :

La sexualité des résidents continue de susciter des réticences et des comportements inappropriés chez de nombreux soignants. La simplicité de leur rôle n'est qu'apparente car leur tâche est d'une grande complexité.

Ils doivent répondre aux attentes de la personne, à ses besoins, communiquer avec elle de manière adaptée, s'introduire dans son intimité sans cesser de la respecter, et même s'efforcer de la valoriser, la stimuler. Trop souvent, le soignant assimile la personne âgée à un enfant, il ne peut donc lui attribuer une sexualité d'adulte (p.84).

« Les professionnels trouvent des solutions, mais lorsqu'il est d'ordre sexuel, ils sont en panne » (Nicole, 2015, p.18).

Selon Doussot (2008) :

Pour être plus clair, il s'agit du regard que nous portons sur notre propre sexualité. Quel est-il ? Un jugement de valeur, conséquence d'une culture, d'une éducation ? Une culpabilité, conséquence d'un Œdipe non résolu ? Une frustration, conséquence d'une insatisfaction ? Ne doit-il pas être avant tout de la part de personnes soignantes celui du respect de l'autre dans toutes ses différences ? (p.41).

### **2.3.3 L'attitude des membres de la famille**

Lorsque de nouveaux liens ou attachements amoureux se créent entre deux résidents en institution souvent la famille s'en mêle. « L'âge et la dépendance opèrent parfois un renversement des responsabilités parents-enfants et confèrent à ces derniers un droit de regard sur leurs parents » (Manoukian, 2007, p.134).

La sexualité peut être parfois perçue positivement : la famille est contente de voir son parent refaire sa vie, le trouvant plus heureux.

Mais également négativement, effectivement, selon Ribes et al. (2007) :

[Comme discuté auparavant dans notre travail] « le parent est un parent ! Lui reconnaître une dimension sexuée est peu pensable... L'âgé devient un intouchable au sens propre et figuré du terme. Garant de l'image du passé il se doit d'être fidèle au passé même si son conjoint est décédé depuis de nombreuses années. Il reste le compagnon ou la compagne confondu avec l'image du père ou de la mère, son attention, son amour étant disponible pour sa descendance. L'arrivée d'une tierce personne devient dans ce contexte une concurrence inacceptable (p.460).

Pour la famille « lorsqu'il s'agit de sexualité et en particulier de la sexualité de leur parent ou de leur conjoint, le silence est la règle. Peu de familles sont à l'aise avec le sujet » (Manoukian, 2011, p141).



Selon Manoukian (2007) :

Ma fille ne comprend pas qu'à mon âge, je m'intéresse encore aux hommes. Je ne suis peut-être qu'une vieille peau pour elle, mais moi, je me sens encore femme. J'aime rester coquette et quand ce vieux voisin me rend visite, je me sens bien... j'aimerais que ma fille accepte tout ça (p.135).

Selon Labro (2007) :

Le lien familial quand il existe, a une grande importance pour le bien être moral de la personne âgée, et il faut tout faire pour ne pas le rompre....Quand ces familles sont présentes elles peuvent être aussi très exigeantes....Le soignant doit faire face souvent à des situations conflictuelles, il faut donc, quand une relation amoureuse existe, où un de leur parent est impliqué, entendre leurs difficultés, car elles résident comme pour les soignants, dans la non acceptation de cette situation et parfois cela peut tourner au drame (p.274).

Afin de mieux comprendre la situation et les répercussions de la famille sur la personne âgée, nous avons décidé d'intégrer une situation vécue en institution :

Selon Labro (2007) :

Deux personnes valides, toutes deux résidents d'une institution gériatrique, la dame 83 ans, veuve depuis de nombreuses années, a des enfants qui viennent de temps en temps, le monsieur, 78 ans veuf, lui aussi. Ils se prennent d'amitié, mangent en salle à manger côte à côte, se tiennent par la main, échangent quelques petits baisers, l'affection grandit. Personne au sein de l'unité ne se doute que leur relation va plus loin. Visite d'un fils, un après midi, ce dernier se dirige vers la chambre de sa mère sans frapper (la porte était fermée) et oh ! Stupeur, trouve un homme dans le lit de sa mère couché près d'elle en position équivoque. Le fils hors de lui, se précipite dans le bureau du cadre et lui dit madame, vous tenez un bordel ! Retour sur la dame, très gênée que son fils l'ait trouvé dans le lit avec ce monsieur, craintive, elle tente d'expliquer à son fils, de se justifier et là les rôles s'inversent, c'est comme une petite fille prise en défaut devant le père (fils qui représente l'autorité et qui sermonne). Ré aggression verbale du fils, la mère tente d'expliquer, « on s'est plu, nous avons retrouvé une seconde jeunesse », réplique du fils « ce que tu as fait, c'est sale ». Conclusion de « cette histoire » le fils qui avait informé ses frères et sœurs, a fini par faire pression sur la mère qui ne voulant pas déplaire ni se fâcher avec ses enfants, a quitté l'établissement pour un autre lieu, l'homme est resté, 1 mois après la dame décédait, lui l'a suivi le mois suivant presque à la même date.

Comme on peut le constater, il est parfois très difficile de s'aimer quand les familles s'en mêlent de manière aussi forte, et quand ces entraves réduisent à néant quelques instants de bonheur ou de plaisir ! (p.274).

Ainsi, « les familles acceptent ou non les aventures de leur parent, elles sur-réagissent souvent, quelquefois en retirant le résident de l'établissement » (Fèvre & Riguidel, 2014, p.33).

Dans ces situations, en tant que soignant sommes-nous obligés d'en parler à la famille? Devons-nous intervenir et séparer le couple selon la demande de la famille ? La personne âgée n'est-elle pas l'adulte et la famille l'enfant ?

## **2.4 ANCRAGE DISCIPLINAIRE**

En résumé, la personne âgée entrant en institution rencontre des freins à l'expression de sa sexualité. Cela provient du cadre institutionnel ainsi que l'impact des représentations des professionnels de la santé et de la famille sur la sexualité des seniors. A ce stade du travail, nous nous retrouvons donc face à une problématique de santé complexe. Notre phénomène d'intérêt : la sexualité des personnes âgées en institution à changer en : quelles sont les perceptions des infirmières concernant la sexualité des personnes âgées en institution et comment l'intégrer dans la prise en soin ? Ce sujet nécessite donc un groupement de connaissances et de savoirs afin de prendre en soins et accompagner la personne dans les meilleures conditions. Pour cela, il est important d'avoir un cadre théorique et de connaître l'importance du rôle infirmier dans cette prise en soin. En effet, dans cette situation qu'est-ce que l'infirmière va pouvoir apporter au patient ? Comment va-t-elle le prendre en soin ? Nous allons expliquer ci-dessous ce qu'est la profession d'infirmière et ce qu'il est important d'avoir pour que celle-ci soit reconnue et utile dans la prise en soins de ce phénomène de santé.

Selon Pépin et Al. (2010) :

Depuis plus d'un siècle, les infirmières se sont efforcées de préciser leur domaine d'investigation et de pratique ainsi que leur contribution à la santé des personnes et des populations. Elles ont fait l'effort de chercher des mots qui décrivent avec justesse leur perspective unique et leurs activités liées à la santé, quels que soient leur milieu et leur pays. Ces infirmières, souvent appelées infirmières théoriciennes et méthathéoriciennes, ont délimité le champ de la discipline infirmière (p.3).

« Plusieurs théoriciennes, Florence Nightingale la première, ont travaillé tout au début de la profession d'infirmière à définir la « raison d'être » de notre discipline » (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p.préface).

Selon Pépin et al. (2010):

En Angleterre, au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, Florence Nightingale entreprend de cerner les conditions nécessaires à la guérison des malades et à la prévention des maladies, et d'appliquer dans les hôpitaux les conditions d'hygiène les plus élémentaires. Grâce à son éducation, à son expérience en soins infirmiers et à sa personnalité, elle se révèle être la seule personne qualifiée et prête à relever le défi d'organiser des soins infirmiers dans les hôpitaux militaires anglais pendant la guerre de Crimée.... L'insatiable curiosité intellectuelle de Nightingale, son sens raffiné de l'observation et de l'analyse, de même que ses habiletés à la conceptualisation et à la synthèse l'incitent naturellement à trouver des explications aux événements liés à sa pratique professionnelle et à promouvoir le changement (p.31).

C'est grâce à l'accent mis sur l'hygiène, l'observation qu'elle a porté en éliminant les éléments qui portent atteinte à la santé, qu'elle a réussi à diminuer à un nombre considérable le taux mortalité. En effet, « En moins de six mois, elle réussit avec ses collègues à réduire de 43 à 2% le taux de mortalité des soldats hospitalisés, gagnant ainsi le respect des chirurgiens militaires d'abord opposés à leur présence » (Pépin et al., 2010, p.31 cités par Dolan, Fitzpatrick & Herrmann, 1983). Ainsi,

Selon Pépin et Al. (2010) cités par Dolan et autres (1990):

Après la guerre de Crimée, la Fondation Nightingale, appuyée par les dons d'un public reconnaissant, permet la création d'une école d'infirmières indépendantes des hôpitaux. La formation vise à préparer des infirmières pour le travail en milieu hospitalier et auprès des familles dans la communauté (p.32).

« Florence Nightingale est déterminée à donner une formation axée tant sur le maintien et le recouvrement de la santé, la prévention des infections et des blessures, et la maîtrise de l'environnement que sur la promotion de la santé » (Pépin et al., 2010, p.32 cités par Reed & Zurakowski, 1989). En effet, Florence Nightingale considère que seules les personnes ayant reçues une formation sont aptes à appliquer des soins infirmiers. Il est important selon elle que les infirmières aillent des tâches définies leur permettant d'être axées sur les soins à procurer aux malades. D'autres professionnels devront s'occuper des tâches ménagères, le transport des malades etc.. Ceci permettant d'augmenter l'efficacité du travail et de diminuer les coûts.

« Agente de changement, héroïne de l'ère victorienne et experte en soins infirmiers de santé publique de même qu'en organisation des soins de santé, Nightingale a laissé un précieux héritage qui, encore aujourd'hui, continue d'influencer la discipline » (Pépin et al., 2010, p.33).

## **2.4.1 Science, profession et discipline infirmière**

### **2.4.1.1 Science**

Nous allons expliquer et définir ce qu'est la science, la profession et la discipline infirmière. La science est un « ensemble cohérent de connaissances relatives à certaines catégories de faits, d'objets ou de phénomènes obéissant à des lois et vérifiées par les méthodes expérimentales... » (Larousse, 2015, p.1048).

La science permet à l'infirmière de prouver, décrire différents phénomènes grâce à la recherche. Les infirmières ont leur propre science nommée « science infirmière » qui est propre à leur discipline. La science infirmière permet la pratique professionnelle.

Il existe une distinction entre la science infirmière et les sciences infirmière :

Selon Provencher & Fawcett (date inconnue):

Les sciences infirmières correspondent à l'ensemble des connaissances propres à la discipline infirmière. Elles se répartissent en cinq composantes: le métaparadigme, les philosophies, les modèles conceptuels, les théories et les indicateurs empiriques. Chacune des composantes occupe une position précise à l'intérieur de la structure des sciences infirmières, celle-ci représentant un continuum ou un ordre hiérarchique quant au niveau d'abstraction de chacune de ses composantes (p.201).

Les thèmes de « métaparadigme », « modèles conceptuels » et « théorie » seront expliqués plus précisément un peu plus loin dans notre écrit. Dans notre travail, nous privilégierons plus la science infirmière.

### **2.4.1.2 Profession**

Selon Poletti (1978):

Le mot « profession » utilisé depuis plus de quatre siècles, signifie « vocation apprise ». A l'heure actuelle, les sociologues différencient par des critères variés les professions des métiers. Il semble qu'une profession se distingue d'un métier en ce qu'elle repose sur des connaissances théoriques qui lui sont propres, une base scientifique d'où procède le service qu'elle offre à la société.

De plus, ce fondement théorique doit être revu et augmenté à mesure que de nouvelles découvertes sont faites (p.9).

La profession rassemble un ensemble des personnes ayant les mêmes connaissances offrant leurs savoirs à la communauté et gagnant un salaire suivant leur activité. « La profession infirmière concerne les activités de l'infirmière dans les secteurs suivants: clinique, recherche, gestion et formation » (Provencher & Fawcett, date inconnue, p.201). La profession est plus spécifique à la théorie.

#### **2.4.1.3 Discipline infirmière**

« Une discipline est un domaine d'investigation et de pratique ayant une perspective unique ou une façon distincte d'examiner des phénomènes » (Pépin et al., 2010, p.3). « Parse décrit la discipline comme une branche de connaissance ordonnée à travers les théories et les méthodes évoluent plus d'une vision d'un phénomène de préoccupation » (Barret, 2002, traduction libre, p.55 cité par Parse, 1997). Les connaissances théoriques acquises permettent l'enseignement.

Selon Pépin et al. (2010) cités par Donaldson & Crowley (1978) ; Litchfield et Jonsdottir (2008) :

Le droit, la médecine et les sciences infirmières, sont des disciplines professionnelles, c'est-à-dire qu'elles sont avant tout orientées vers une pratique professionnelle.... Les disciplines professionnelles développent des connaissances qui servent à définir et à guider les activités dans leurs différents champs que sont la pratique, la recherche, la gestion, la formation et la politique (p.3).

La discipline est dynamique et à l'écoute des nouveaux besoins de la société en constant changement. « La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé » (Pépin et Al., 2010, p.15).

Selon Provencher et Fawcett (date inconnue) :

La mission professionnelle de l'infirmière consiste à offrir des services à la population. Fonder ces services infirmiers sur un corpus de connaissances propres à la discipline infirmière constitue un enjeu important pour la profession infirmière.

La démonstration de la contribution unique des services infirmiers au bien-être de la population passe par une articulation féconde des activités professionnelles de l'infirmière et de la consolidation des connaissances propres à la discipline infirmière (p.201).

Les soins infirmiers sont considérés aujourd'hui comme une discipline. Il existe plusieurs définitions des soins infirmiers car, en effet, nous n'avons pas tous les mêmes représentations de ce qu'ils signifient pour nous. Nous avons décidé de reprendre les définitions de plusieurs auteurs qui décrivent selon eux ce que sont les soins infirmiers.

Selon Barrett (2002), traduction libre:

Selon Fawcett, traditionnellement les soins infirmiers ont été définis comme un verbe signifiant *être*.... King dit que les soins infirmiers sont un processus d'actions, de réactions et d'interactions. Orem voit les soins infirmiers comme une triade de systèmes interreliés.... Rogers, d'autre part, définit les soins infirmiers comme un nom signifiant *savoir*. Elle propose que les soins infirmiers soient une science de base dont les phénomènes de préoccupations sont des êtres humains unitaires dans un processus mutuel avec leur environnement. La pratique des soins infirmiers n'est pas prendre soins. Au contraire, c'est d'utiliser les connaissances en soins infirmiers pour l'amélioration de l'être humain. Parse déclare que les soins infirmiers sont une discipline, une pratique d'un art performant.... Orem note aussi que les soins infirmiers peuvent être définis comme un participe *je suis infirmière* (p.51).

Les soins infirmiers seraient une discipline qui regroupe des éléments de réflexion humaine et de sciences (G. Da Rocha, communication personnelle [support de cours], 19 septembre 2013). Chacun à sa propre définition des soins infirmiers ce qui reflète notre caractère unique dans le travail. Pour revenir à la discipline, il est important de savoir que

Selon Pépin et al. (2010) cités par Lauzon & Pépin (2000):

Selon Schwab, la structure d'une discipline englobe deux aspects inter-reliés: (a) la substance [,] c'est-à-dire un [corpus] de conceptions faisant l'objet du développement de la connaissance et (b) la syntaxe [,] c'est-à-dire l'ensemble des processus privilégiés pour développer la connaissance à l'intérieur de ce [corpus] de conception (p.4)

La substance comprend le centre d'intérêt (métaparadigme, les conceptions) et les théories. La syntaxe représente les modes de développement dans le savoir infirmier. « Si la substance représente le « quoi » de la discipline, ou l'objet du développement de la connaissance, la syntaxe représente le « comment » de la discipline, ou les processus de développement de la connaissance » (Pépin et al., 2010, p.4).

Pour résumer, nous définirons la science comme un savoir, des connaissances acquises par la recherche permettant à un corpus de professionnels d'exercer ; la profession comme un rassemblement de professionnels ayant un savoir des connaissances et une science acquise par la théorie ; et pour finir la discipline comme une branche d'enseignement.

#### **2.4.2 Les paradigmes**

« Le philosophe des sciences et physicien Kuhn (1970) a introduit la notion de « paradigme » pour désigner les grands courants de pensées, ou façon de voir et de comprendre le monde » (Pépin et al., 2010, p.27). Les paradigmes dans les soins infirmiers sont la façon dont l'infirmière voit le monde, comment elle conçoit les choses qui l'entourent. Il rajoute sa définition d'un paradigme :

Selon Pépin et Al. (2010) cités par Kuhn:

[...] cadre conceptuel général reflétant un ensemble de croyances et de valeurs reconnues par une communauté [...] et admises comme étant communes à tous les individus dans le groupe. Cet ensemble de croyances [...] donne au groupe (ou discipline) la possibilité d'identifier, de structurer, d'interpréter et de solutionner des problèmes disciplinaires définis et particuliers (p.28).

« Les paradigmes sont définis comme étant les postulats philosophiques à la base des activités de l'infirmière; par exemple, la conception que l'infirmière a de la personne peut influencer ses approches de soins » (Pépin et al., 2010, p.28). En effet, chaque infirmière a sa propre vision du monde et celle-ci influencera sa façon de travailler.

Selon Pépin et Al. (2010) :

Le regard posé sur une situation – tant dans la pratique, la recherche, la formation, la gestion que dans la politique – s'inscrit généralement dans une perspective philosophique, paradigmatique et théorique. C'est en fait cette position, même implicite, qui teinte notre regard sur une situation donnée. Nos valeurs et nos croyances sont soutenues par cette position, et il est difficile d'en décrire les caractéristiques tant elle semble aller de soi.

Etant donné que nous sommes imprégnés de cette façon de voir, il est difficile d'imaginer qu'il puisse en exister une autre. Cependant, lorsque notre façon habituelle de comprendre le monde ne nous permet pas d'appréhender adéquatement une nouvelle réalité, un changement de paradigme s'amorce (p.27).

Lorsqu'un paradigme est remis en question, des révolutions scientifiques ont lieu. En effet, lorsque que notre façon de penser change, la communauté scientifique n'arrive plus à apporter de réponses valables à des faits nouveaux. Ainsi, le paradigme a besoin de représenter l'humanité où elle se trouve dans sa compréhension du monde.

Selon Pépin et al. (2010) :

Pour illustrer un changement de paradigme, la conception de la personne comme un tout composé de la somme de ses parties (être biophysique et psychosocial) a été opposée à la conception de la personne comme un tout indivisible. Parse (1997) a décrit ces deux conceptions comme étant les paradigmes de la totalité et de la simultanéité. De leur côté, Newman, Sime et Corcoran-Perry (1991) ont identifié trois paradigmes successifs qui ont influencé le développement et l'utilisation de savoirs en sciences infirmières. Il s'agit du paradigme de la catégorisation..., qui a donné naissance à l'approche scientifique traditionnelle; de l'intégration..., qui a conduit à l'évaluation multidimensionnelle et interactionnelle; et, finalement, de la transformation..., ou perspective unitaire (p.28).



### **2.4.2.1 Le paradigme de la catégorisation (Pépin et al (2010))**

Nommé « particulier-déterminé » par Newman (2009) et « réaction » par Fawcett (2013).

**Tableau 1 : le paradigme de la catégorisation**

<b>CATEGORISATION</b>	
<b>PERSONNE</b>	Tout formé de la somme de ses parties. Séparation de la dimension biologique à celle psychologique. Dépendante de l'infirmière et cherche et gère ses compétences pour promouvoir sa santé et son bien-être
<b>ENVIRONNEMENT</b>	Séparé de la personne, la famille est mise à l'écart du malade
<b>SANTE</b>	Etat stable hautement désirable. Santé considérée comme positive et la maladie comme négative. La mort est à éviter. C'est un facteur causal responsable de la maladie. Cette dernière est à éliminer
<b>SOIN</b>	Soins de première intention. Le soin est centré sur la maladie, les déficits et les incapacités du patient. Ce dernier ne participe pas et est dépendant des soins de l'infirmière.

« Selon le paradigme de la catégorisation, les phénomènes sont divisibles en catégories, classes ou groupes définis et sont considérés comme étant des éléments isolables ou des manifestations simplifiables » (Pépin et al., 2010, p.29). C'est-à-dire que l'on sépare la personne de son état physique à son état psychique. L'environnement de la personne n'est pas pris en compte.

« Sous l'angle du paradigme de la catégorisation, le développement des connaissances vise donc la découverte de lois universelles, et l'application des connaissances se situe dans un rapport action-réaction » (Pépin et al., 2010, p.29). « Le soin consiste le plus souvent à « faire pour » le patient. L'infirmière est l'assistante du médecin, son savoir est tiré d'autres disciplines.

### **2.4.2.2 Le paradigme de l'intégration (Pépin et al.(2010))**

Nommé « interactif-intégratif » par Newman (2009) ; « totalité » par Parse (2011) et « interaction réciproque » par Fawcett (2013).

Selon Pépin et Al. (2010) :

Reconnaissant de plus en plus que le facteur causal est difficile à déterminer, les scientifiques et les praticiens se tournent vers l'évaluation multidimensionnelle, recherchant les interactions entre de multiples facteurs.

Un changement dans un phénomène est la résultante d'une relation entre un phénomène et divers facteurs dans un contexte donné. Sous l'angle du paradigme de l'intégration, le développement des connaissances a donc pour but l'identification de multiples facteurs et leurs interactions. L'application des connaissances vise l'adaptation de ces dernières à un contexte donné (p.29).

**Tableau 2 : le paradigme de l'intégration**

INTEGRATION	
PERSONNE	Etre bio-psycho-socio-culturel et spirituel en interaction avec son environnement
ENVIRONNEMENT	Contexte dans lequel la personne et la famille évoluent. Comportements d'adaptation à l'environnement. Multitudes de phénomènes qui influencent sur la personne
SANTE	Santé et maladie deux entités distincts mais en interaction. Idéale à atteindre. Moins satisfaisant quand il a la présence de la maladie. Vise le maintien de la santé
SOIN	Soins de santé primaire. Recherche sur la science infirmière basée sur la personne et sa famille. Plus orientée sur la discipline infirmière. Suivi systématique de la clientèle. Le patient est acteur de sa maladie en partenariat du professionnel de la santé

Selon Pépin et al. (2010):

Des écrits sur la thérapie axée sur la personne (Rodgers, 1951) et sur la théorie de la motivation (Maslow, 1954) confirment une reconnaissance de l'importance de l'être humain au sein de la société. Cette évolution sociale donne lieu à un changement de position de la discipline infirmière par rapport à la discipline médicale et à un approfondissement des connaissances de la discipline infirmière (p.40)

« Dans le cadre de ce paradigme, les infirmières se sont appliquées principalement à définir les savoirs spécifiques de leur discipline » (Pépin et al., 2010, p.30 cités par Newman et autres, 2008). Il est reconnu que les éléments extérieurs influent sur la personne. Remplaçant l'approche hygiéniste de la période de la catégorisation, cette période de l'intégration est mise en valeur par le partage et la collaboration entre les personnels de la santé et le patient sur la santé. « L'infirmière propose une pratique complémentaire à celle de la profession médicale, à partir du souhait des familles d'apprendre à se maintenir en santé, et ce, dans une relation de collaboration » (Pépin et al., 2010, p.37). L'infirmière est axée sur les besoins globaux et prend en compte les dimensions biopsychosociales de la personne.

Selon Pépin et al. (2010):

Dans ce contexte, l'intervention consiste à « agir avec » la personne afin de répondre à ses besoins. L'infirmière planifie et évalue ses actions en fonction des besoins décelés. Elle devient alors une experte-conseil qui aide la personne à choisir les comportements relatifs à la santé les mieux adaptés à un fonctionnement personnel et interpersonnel optimal (p.41).

L'infirmière vise une approche systématique c'est-à-dire englobant le tout et la personne avec l'infirmière établissent un plan de soins en collaboration.

Selon Pépin et al. (2010) cités par Fontaine (1984):

Dans cette optique [des soins de santé primaires], les professionnels de la santé ne détiennent plus le pouvoir absolu dans les réponses à être apportées aux besoins des collectivités mais se présentent plutôt comme des personnes ressources qui cheminent dans le cadre d'une approche collective avec les individus, les familles et les communautés, en vue de les aider à trouver eux-mêmes les éléments de réponse dans la satisfaction de leurs besoins de santé et de développement économique (p.36).

L'infirmière nécessite d'avoir une ouverture d'esprit et d'entretenir une relation égalitaire avec les personnes et leurs familles.

#### **2.4.2.3 Le paradigme de la transformation (Pépin et al. (2010))**

Nommé « unitaire-transformatif » par Newman (2009) ; « simultanété » par Parse (2011) et « action simultanée » par Fawcett (2013).

Selon Pépin et al. (2010):

Un nouveau mouvement de l'orientation vers les soins de santé se profile le paradigme de la transformation....en 1970, Martha Rogers a proposé une vision fondamentalement nouvelle: un tout indivisible personne-environnement qui se développe dans un processus mutuel et continu.... Le changement de paradigme s'effectue lentement, menant à l'intention de l'infirmière d'être avec la personne/famille selon sa vision de la santé, à partir des savoirs spécifiques et en collaboration avec les autres professionnels de la santé (p.43).

**Tableau 3 : le paradigme de la transformation**

<b>TRANSFORMATION</b>	
<b>PERSONNE</b>	La personne est une unité que l'on ne peut pas diviser et est en interaction réciproque et simultanée avec le monde qui l'entoure
<b>ENVIRONNEMENT</b>	Personne/famille distinct de l'environnement cependant coexiste
<b>SANTE</b>	Expérience englobant la personne/famille et l'environnement. Expérience vécue unique. Expérience de la maladie fait partie de l'expérience de santé. Point de départ de la compréhension d'un phénomène pour en comprendre le pattern (manifestation)
<b>SOIN</b>	Elaboration de théories spécifiques de la discipline. Réseaux intégrés de soins et services. Rassemblement d'ensemble de savoirs spécifiques. L'infirmière collabore avec d'autres professionnels de la santé

Selon Pépin et al. (2010):

Dans le cadre du paradigme de la transformation, le changement est perçu comme étant perpétuel, en accélération et unidirectionnel en ce sens qu'on ne peut jamais se retrouver exactement au même point, même si on a l'impression d'un recul... Il s'agit d'un processus itératif, réciproque et simultané d'interactions. Les activités de développement de connaissances englobent de multiples approches méthodologiques, et l'intégration des connaissances dans la pratique est facilitée par la participation de cliniciens à diverses étapes du processus (p.30).

Selon Pépin et al. (2010) cités par Leininger (2007):

La pratique infirmière est centrée sur l'expérience de santé. Elle vise le bien-être tel que la personne/famille le définit. L'infirmière, tout en détenant des connaissances et les compétences nécessaires, donne la priorité à la façon de voir aux préoccupations de la personne/famille. Elle accompagne cette dernière dans ses expériences de santé, en suivant son rythme et son cheminement. Elle utilise ses divers modes de développement et d'utilisation des savoirs dans le cadre d'un partenariat personne/famille/infirmière pour un soin spécifique. Dans une atmosphère de respect mutuel des valeurs culturelles, des croyances et des convictions (p.43).

L'infirmière a pour but de mettre en avant la personne afin qu'elle puisse prendre conscience de son potentiel pour acquérir des auto-soins.

L'infirmière est en constante interaction avec la personne et sa famille et chacun acquiert de nouvelles compétences pendant la relation.

En somme, un paradigme est une manière de voir et décrire le monde qui nous entoure. Lorsqu'une infirmière travaille selon le paradigme de la catégorisation elle priorise l'individu en le séparant de son entourage, ne lui donnant pas de liberté de choix ni d'autonomie. Lors du paradigme de l'intégration, elle reconnaît que l'entourage de l'individu a une influence, le jugeant bénéfique pour le recouvrement à la santé. Et selon le paradigme de la transformation, elle considère la personne comme indissociable à son environnement. Ainsi, autant le patient que la famille sera pris en soins.

### **2.4.3 Le métaparadigme (ou centre d'intérêts ou concepts)**

Selon Pépin et al. (2010) :

En scrutant les écrits antérieurs en sciences infirmières, à la recherche de ce qui caractérise la substance de la discipline, des auteurs (Fawcett, 1978, 1984; Flaskerud et Halloran, 1980) ont observé, au début des années 1980, la récurrence des concepts « personne », « environnement », « santé » et « soin ». Ces concepts sont présents dans les écrits parfois de manière implicite, mais très souvent de manière explicite. En fait, dès 1860, Nightingale (1860/1969) publiait ses *Notes on Nursing* dans le but de transmettre des connaissances qu'elle considérait comme essentielles pour la prévention de la maladie, le maintien et le recouvrement de la santé (p.5).

« La personne » ; « l'environnement » ; « la santé » et le « soin » sont définis par les mots : « métaparadigmes » ; « concepts » ou encore « centre d'intérêts ». Ils sont à la base de la science infirmière et ont le plus haut niveau d'abstraction dans la discipline infirmière.

Selon Pervencher & Fawcett (date inconnue):

Etant donné que ces concepts... représentent le niveau le plus élevé d'abstraction au sein de la structure des sciences infirmières, ils ne sont pas appropriés pour guider directement les activités professionnelles de l'infirmière. Cependant, ils constituent un cadre de référence pour la mission intellectuelle et sociale de la discipline infirmière (p.204).

Chaque concepts sont inter-reliés et chaque infirmières, grâce à leurs différentes représentations, démontrent le caractère unique de leur pratique.

Il existe donc énormément de représentations sur ces centres d'intérêts que nous ne pouvons pas tous décrire dans notre travail. C'est pourquoi nous allons définir et développer ci-dessous uniquement la vision de Florence Nightingale.

#### **2.4.3.1 La personne**

« Le concept personne se rapporte à tout bénéficiaire de services infirmiers, qu'il s'agisse d'un individu, d'une famille ou d'une communauté tout entière » (Pervencher & Fawcett, date inconnue, p.203). « Nightingale considère la personne selon ses composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles, spirituelles, ainsi que selon sa capacité à changer la situation dans laquelle elle se trouve et la responsabilité qu'elle a de faire » (Pépin et Al, 2010, p.31).

#### **2.4.3.2 L'environnement**

« Le concept environnement représente le milieu physique et social de la personne. Il se rapporte tout autant au lieu de résidence de la personne ou aux établissements qui lui offrent des services infirmiers qu'aux personnes qui sont significatives pour elle » (Pervencher & Fawcett, date inconnue, p.203).

Selon Pépin et al. (2010):

[Selon Nightingale] la pratique de l'infirmière... doit fournir le meilleur environnement possible pour que les forces de la nature permettent le maintien de la santé ou la guérison. L'activité de l'infirmière est donc dirigée vers l'environnement et vise le maintien et le recouvrement de la santé, la prévention des infections et des blessures, l'enseignement de modes de vie sains et le maintien des conditions sanitaires.... L'air frais, la lumière, la chaleur, la propreté, l'eau pure, le calme et une diète adéquate permettent à la personne souffrante de concentrer son énergie sur la guérison, et à celle qui jouit de la santé, de la conserver. Autrement dit, ces facteurs qui composent l'environnement sont valables autant pour le recouvrement de la santé que pour la prévention de la maladie (p.31).

#### **2.4.3.3 La santé**

« Le concept santé est défini comme un état de bien-être caractérisant aussi bien une personne en état optimal de santé qu'un malade en phase terminale » (Pervencher & Fawcett, date inconnue, p.203).

Selon Pépin et Al. (2010) cités par Nightingale (1885):

La santé n'est pas seulement l'opposé de la maladie; elle signifie également « la volonté de bien utiliser chaque capacité que nous avons ». Les « lois de la santé ou du soin infirmier » sont favorisées par toute action qui a pour but d'améliorer les conditions sanitaires (p.32).

#### **2.4.3.4 Le soin**

« Le concept soin se rapporte à la définition des soins, aux actions précises de l'infirmière et à l'évaluation de la démarche de soins » (Pervencher & Fawcett, date inconnue, p.203). « [Selon Nightingale] les soins infirmiers s'adressent à tous, malades et gens bien portants, indépendamment des différences biologiques, des classes économiques, des croyances et des maladies » (Pépin et Al, 2010, p.31).

Pour finir, en déterminant sa propre définition des métaparadigmes : « personne », « environnement », « santé » et « soin », l'infirmière va pouvoir orienter sa pratique et savoir dans quel paradigme elle se situe, c'est-à-dire quelle infirmière elle souhaite être.

#### **2.4.4 Les écoles de pensées**

« En 1991, Meleis a proposé un regroupement des principales conceptions américaines de la discipline infirmière, publiées de 1950 à 1970, en école des pensées » (Pépin et al., 2010, p.50).

Selon Pépin et al. (2010) :

Le développement de ces différents concepts a créé des occasions de croissance et d'approfondissement de l'essence même de la profession, et a inspiré l'évolution des écoles de pensée infirmière (p.préface).

« Qu'elle en soit consciente ou non, toute infirmière fonde son activité professionnelle sur une conception de sa discipline ou des soins infirmiers, c'est-à-dire sur une façon d'exprimer son expérience soignante » (Pépin et al., 2010, p.49) Ainsi, les écoles de pensées regroupent les personnes qui portent la même opinion sur un centre d'intérêt dans leur discipline. Il existe six écoles de pensées infirmières: l'école des besoins; l'école de l'interaction; l'école des effets souhaités; l'école de l'apprentissage de la santé; l'école des *patterns* et l'école du *caring* que nous avons détaillées ci-dessous:

#### **2.4.4.1 L'école des besoins**

Selon Pépin et al. (2010):

Tout en accordant une place encore importante à la maladie et aux problèmes de santé, les conceptions de l'école des besoins ont marqué le point de départ d'une nouvelle perspective spécifique de la discipline infirmière centrée sur l'expérience de la personne (p.51).

« L'école des besoins regroupe les conceptions qui décrivent les besoins de la personne et les activités spécifiques de l'infirmière en regard de ces besoins » (Pépin et al., 2010, p.51 cités par Meleis, 2007).

Selon Pépin et al. (2010):

Le soin est centré sur l'indépendance de la personne relativement à la satisfaction de ses besoins fondamentaux (Henderson, 1964, 1966, 1991) ou sur sa capacité d'exercer des soins (Orem, 1971, 2001). L'infirmière remplace la personne qui, pour un temps, ne peut accomplir elle-même certaines activités liées à sa santé, et l'aide à recouvrer le plus tôt possible son indépendance en satisfaisant ses besoins ou en l'aidant à exercer ses soins (p.51).

L'infirmière a un rôle d'assistante et fait ce que la personne n'arrive plus à faire d'elle-même. Cette école a été influencée par la théorie de la motivation de Maslow ainsi que la théorie du développement des stades d'Erickson. La personne a des besoins de base (besoins physiologique, sécurité, amour, appartenance, estime de soi) ainsi que des besoins secondaires estimés comme un "luxe" que la personne peut s'accorder lorsque ses besoins primaires sont satisfaits.

#### **2.4.4.2 L'école de l'interaction**

Selon Pépin et al. (2010):

Selon l'école de l'interaction, le soin est un processus interactif entre une personne ayant besoin d'aide et une autre capable de lui offrir cette aide. Afin d'être en mesure d'aider, l'infirmière doit clarifier ses propres valeurs, s'impliquer de façon thérapeutique et s'engager dans le soin (p.56)

L'école de l'interaction renforce les liens entre le client et l'infirmière.



Selon Pépin et al. (2010) cités par Meleis (2007):

Le soin est donc une action humanitaire et non mécanique.... l'infirmière doit posséder des connaissances systématiques afin d'évaluer les besoins d'aide, de poser un jugement clinique et de planifier une intervention.... le caractère entier de la personne doit être maintenu, que cette dernière doit être capable de reconnaître ses besoins et qu'elle doit tendre vers la réalisation de soi (p.57).

L'infirmière va entrer en interaction avec la personne ce qui va permettre la croissance de cette dernière. Elle va ainsi utiliser son intuition et sa créativité afin d'entrer dans une relation de confiance avec son patient.

#### **2.4.4.3 L'école des effets souhaités**

« L'école des effets souhaités chez la personne, la famille ou la communauté regroupe des théoriciennes qui ont tenté de conceptualiser les résultats ou les effets souhaités des soins infirmiers » (Pépin et al., 2010, p.60 cités par Meleis, 2007). « L'école des effets souhaités perçoit la personne, la famille ou la communauté comme étant un système en quête d'adaptation ou d'équilibre. Les soins infirmiers ont pour objectif de favoriser l'atteinte de tels buts » (Pépin et al., 2010, p.60). Ceci en fixant des objectifs pour obtenir des résultats.

Selon Pépin et al. (2010):

[Les théoriciennes] considèrent que le but des soins infirmiers consiste à rétablir un équilibre, une stabilité, une homéostasie, ou à préserver l'énergie. Elles se sont inspirées des théories de l'adaptation et du développement, ainsi que de la théorie générale des systèmes (p.60).

Le résultat attendu est l'adaptation de la personne à sa maladie.

#### **2.4.4.4 L'école de l'apprentissage de la santé**

Selon Pépin et al. (2010):

L'école de l'apprentissage de la santé est centrée sur l'adoption de comportements menant à l'amélioration de la santé de la personne, de la famille, du groupe ou de la communauté.... La collaboration entre la personne/famille et l'infirmière est centrale à l'apprentissage de la santé (p. 63).

« Les théoriciennes de l'école de l'apprentissage de la santé mettent l'accent sur cet apprentissage, qui devient une nouvelle façon de vivre, de se développer et d'assumer des responsabilités » (Pépin et al., 2010, p.63).

L'infirmière a pour but d'inculquer son savoir afin de favoriser l'indépendance de la personne en se prenant en charge par elle-même.

#### **2.4.4.5 L'école des patterns**

Selon Pépin et al. (2010):

C'est grâce aux théoriciennes de l'école des *patterns* que l'holisme prend tout son sens en sciences infirmières. Cependant, en raison de la mauvaise utilisation de ce concept, Rogers a choisi l'expression « être humain unitaire ». Pour comprendre l'humain selon cette perspective unitaire, elle propose de prêter attention aux *patterns* uniques qui le caractérisent (p.65).

L'expérience vécue par la personne est unique donc la prise en soins doit être adaptée suivant les ressentis de la personne.

Selon Pépin et al. (2010):

Rodgers convie les infirmières à développer la science de l'être humain unitaire... la santé et la maladie sont des expressions du processus de vie et ne sont ni opposées ni divisées.... La santé est la réalisation continue de soi comme être humain unitaire, et intègre la maladie; elle fait partie du processus d'expansion de la conscience, du changement (pp.65-66).

L'infirmière doit être authentique en laissant la place à l'autre et être à l'écoute de ses besoins. Elle doit respecter l'autonomie de son patient. Ce dernier sera libre dans ses choix.

#### **2.4.4.6 L'école du caring**

Selon Pépin et al. (2010):

Selon Benner et Wrubel (1989) et Benner (2000), le *caring* est formé par l'ensemble des actions et des intuitions qui permettent à l'infirmière, par exemple, de déceler de façon subtile les signes d'amélioration ou de détérioration chez la personne. Le *caring* signifie aussi faciliter et soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture (Leigninger, 1998, 2007; Watson, 1979/2008). Il est, de plus, une expérience partagée au cours de laquelle le sentiment d'"être" de la personne augmente (Boykin et Schoenhofer, 2001) (pp.69-70).

Selon Pépin et al. (2010):

Les théoriciennes de l'école du *caring* croient que les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins si elles reconnaissent le potentiel de soin de tout être humain (Boykin et Schoenhofer, 2001) et si elles intègrent des connaissances liées à des dimensions telles que la spiritualité (Watson, 1979/2008) et la culture (Leininger, 2007) (p.69).

L'infirmière s'engage et montre de l'affection pour la personne. La culture et la spiritualité devront être prises en compte dans la prise en soins infirmière. En les intégrant et les comprenant l'infirmière va permettre à la personne de se développer.

#### **2.4.5 Le cadre/modèle conceptuel**

Selon Poletti (1978):

Un modèle est...une représentation conceptuelle de la réalité. Ce n'est pas la réalité elle-même, mais une abstraction ou une reconstruction de la réalité.... Ces modèles sont des abstractions en ce qu'ils reproduisent les grandes lignes de l'objet réel. De même un modèle peut représenter les caractéristiques d'une discipline et donner une certaine direction à un ensemble de lois qui sont sélectionnées pour former un système théorique (p.12).

« Appliquée aux sciences infirmières, l'expression « modèle conceptuel » représente un ensemble de concepts... servant à orienter les activités professionnelles de l'infirmière et à guider le développement des connaissances scientifiques » (Pervencher & Fawcett, date inconnue, p.210).

«Un cadre conceptuel est nécessaire pour organiser la connaissance qui naît de la recherche » (Poletti, 1978, p.11). Le modèle conceptuel a trois fonctions: il permet de donner un sens à la discipline infirmière en marquant le caractère unique et global de la profession; il délimite les rôles et les tâches de l'infirmière et il fait évoluer les connaissances pour améliorer la discipline. En somme, le modèle conceptuel donne un but à poursuivre afin d'orienter l'infirmière dans sa pratique.

Selon Pervencher & Fawcett (date inconnue):

A l'intérieur de la structure des sciences infirmières, les modèles conceptuels se situent entre le métaparadigme et les théories. Cette position indique que le concept... appartenant à un modèle conceptuel sont plus concrets que ceux provenant du métaparadigme infirmier, mais ils demeurent cependant plus abstraits que ceux des théories infirmières (p.210).

#### 2.4.6 Les théories

« Une théorie est un ensemble de concepts et de propositions relativement concrets visant à apprendre ou à caractériser un phénomène. Les théories sont donc considérées... comme des représentations plus concrètes que les modèles conceptuels » (Pervencher & Fawcett, date inconnue, p.213). Selon cette définition, elle serait un langage sur ce que l'on perçoit. « La théorie guidée par la pratique infirmière est un service sur la santé humaine basée sur les connaissances spécifiques à la discipline articulée dans le cadre des soins infirmiers et des théories » (Barrett, 2002, traduction libre, p. 54).

Selon Poletti (1978):

[Une théorie] c'est un principe général, de valeur scientifique, qui gouverne la pratique ou qui est proposé pour expliquer des faits observés. La théorie représente un niveau plus profond de la réalité que le modèle, elle décrit comment le modèle fonctionne. On pourrait dire que le modèle représente la structure et que la théorie représente le fonctionnement (pp. 12-13).

Ainsi le but de la théorie est de guider l'action. On explique en faisant des tests donnant suite à des actions et des résultats. [Il existe des théories à large spectre et des théories intermédiaires.] Les théories à large spectre ont un niveau d'abstraction élevé qui permet une vision globale de la discipline.

[Ces dernières] précisent la nature, la mission et les buts des soins infirmiers et sont en mesure d'aider à définir les soins infirmiers ; peu importe le contexte, le type de besoins, la condition de santé et l'âge des personnes soignées. [Quant à elles, les théories intermédiaires ont un spectre modéré, leur niveau est moins abstrait et touche des situations spécifiques.] C'est une théorie qui permet d'expliquer, d'opérationnaliser, de mesurer, et de vérifier des hypothèses en lien avec des concepts centraux. Elles permettent plus facilement d'expliquer une situation de soin ou le choix des interventions et des résultats qu'on veut cibler. [Ces théories, plus concrètes, sont plus faciles à intégrer dans la pratique.] (G. Da Rocha, communication personnelle [support de cours], 19 septembre 2013).

## 2.4.7 Les savoirs

Le savoir est la connaissance, ce qui est exprimé en termes compréhensibles et communicables. Dans la discipline, [le savoir] se réfère à ce qui est considéré et compris collectivement, [c'est] le langage de la discipline. Percevoir et comprendre le soi et le monde est un processus ontologique, dynamique et changeant. (G. Da Rocha, communication personnelle [support de cours], 29 octobre 2013).

Selon Pépin et al. (2010) :

Le terme « savoir » connaît diverses définitions. Dans un sens général, il est défini comme étant un « ensemble de connaissances plus ou moins systématisées, acquises par une activité mentale suivie » (Le petit Robert, 2009), un « ensemble de connaissances approfondies acquises par un individu, grâce à l'étude et à l'expérience » (Legendre, 2005) où il correspond à ce que la personne sait, c'est-à-dire à ce qu'elle perçoit et comprend avec clarté (Collins, 2000)... Dans un sens plus spécialisé, le terme « savoir » signifie la somme des connaissances propres à une discipline (Legendre, 2005) (p.16).

*Rapport-gratuit.com*  
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

Selon Pépin et al. (2010) :

[Rogers] soutient... que ce qui rend la contribution des infirmières importante, ce n'est pas tant ce que les infirmières font, mais ce qu'elles savent. C'est le savoir à la base de leurs actions qui distingue leur apport à la santé des personnes, des familles, des communautés et des populations de celui des autres professionnels ou encore des soignants familiaux (p.3)

Le savoir est à la base de la pratique infirmière et est propre à chaque individu. Ce que l'on peut comprendre de Rogers c'est que par leur savoir, il en ressort un caractère authentique et unique dans leur profession infirmière. Il existe plusieurs modes de développement du savoir.

Selon Pépin et al. (2010) :

Souvent cité, le texte de Carper (1978) est considéré comme étant un classique parmi les écrits américains. Dans le cadre de ses études doctorales, l'auteure a décelé quatre modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier : le mode personnel, ou l'effort de compréhension de soi et de l'autre ; le mode esthétique, ou l'art infirmier ; le mode éthique, ou la dimension morale ; et le mode empirique, ou la dimension scientifique.... White (1995) a notamment proposé l'ajout du mode sociopolitique ou émancipatoire (p.17).

#### **2.4.7.1 Le mode ou savoir personnel**

Selon Pépin et al. (2010):

Le mode personnel prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique. Il englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre, ou ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant par son intellect que par son intuition qui lui permettent de comprendre de façon sensible une situation de soins donnée (pp.17-18).

« Sans ce mode de développement de la connaissance, l'utilisation thérapeutique de soi ne serait pas possible. Généralement difficile à évaluer, cette dimension du savoir est exprimée par la présence vraie, authentique et ouverte de l'infirmière » (Pépin et al., 2010, p.18 cités par Carper, 1978). C'est garder son authenticité, être soi-même dans la relation avec les autres sans jouer de rôle. « Est-ce que mes actes correspondent à mes valeurs et à ma culture ? ». C'est utiliser son savoir personnel dans la rencontre de l'autre sans parler de soi. Le savoir personnel utilise les connaissances propres à l'infirmière découlant de son parcours de vie, de ses expériences ainsi que de ses valeurs et croyances. Ce bagage personnel lui est utile dans différentes situations de la vie et ainsi que dans son emploi. Cela lui permet de comprendre ce que le patient peut ressentir, si elle aussi a vécu la même expérience que celui-ci. Elle saura comment adapter ses attitudes et ses actions. Ces dernières comprennent l'écoute, l'empathie, la communication et le toucher par exemple. L'infirmière devra être authentique et impliquée ceci afin d'instaurer un climat de confiance.

#### **2.4.7.2 Le mode ou savoir esthétique**

Selon Pépin et al. (2010) :

Le mode esthétique, ou l'art des soins infirmiers, fait référence à l'appréciation de la signification d'une situation et nécessite des ressources créatives pour rejoindre l'autre profondément et rendre possible ou transformer une expérience. Il est lié aux expressions de type artistique qui découlent des expériences quotidiennes de l'infirmière : la beauté du geste, l'intensité d'une interaction et l'adresse manifestée au moment de la coordination d'activités de soins qui font une différence pour l'autre. Il s'exprime dans la pratique par un art et par des actes qui transforment. Les expressions du savoir esthétique prennent la forme de critiques esthétiques et de travaux d'art qui inspirent...

En relevant le défi de s'ouvrir aux significations et de préserver le caractère humain des soins devant les contraintes d'efficacité et de rentabilité, l'infirmière développe et met en application un savoir esthétique. Elle contribue ainsi dans sa pratique au développement de savoirs spécifiques de sa discipline (pp.18-19).

C'est savoir être empathique et créer sa propre identité. Le savoir esthétique représente "l'art de soigner" de l'infirmière. Ce savoir permet aux infirmières de déployer une certaine créativité lorsqu'elles exercent leur profession. Cette créativité se manifeste dans la pratique, par exemple, par un geste technique fait avec douceur. Mais encore, par l'art de communiquer avec le patient, en adaptant le ton de la voix et en choisissant les paroles adéquates à dire, tout cela en choisissant le bon moment. Ce savoir s'appuie sur les expériences de chaque infirmières. C'est « comment je sais ? », « comment j'ai pu établir une bonne relation avec le patient à un moment donné ? ».

#### **2.4.7.3 Le mode ou savoir éthique**

Selon Pépin et al. (2010) cités par Dugahee (1997):

Le mode éthique fait référence au processus de prise en compte de valeurs et de clarification d'ordre moral qu'exigent de nombreuses situations de soins. Cette dimension du savoir concerne ce qui est juste, bon, désirable, et s'appuie sur des principes et des codes. Ainsi, une connaissance des diverses positions philosophiques relatives aux gestes à effectuer ou non est nécessaire pour prendre une décision éclairée. Les dilemmes éthiques amènent notamment à considérer quelles contraintes peuvent être éliminées, améliorées ou acceptées (p.19)

« L'énoncé des valeurs, des codes et des standards à considérer pour poser un jugement éthique met en lumière « la complexité des situations éthiquement problématiques engendrées par les développements scientifiques et techniques que nous avons connus » » (Pépin et al., 2010, p.19 cités par Saint-Arnaud, 2009, p.3).  
« L'application du savoir éthique se fait en contexte et se démontre par le comportement moral et éthique de l'infirmière dans sa pratique quotidienne » (Pépin et al., 2010, p.19 cités par Saint-Arnaud, 2009).

« Quelles responsabilités j'ai dans cette situation ? Est-ce que celle-ci est juste et correspond à la déontologie, aux valeurs morales de la personne? ». Le savoir éthique concerne le devoir de l'infirmière envers son patient. Son devoir est de faire ce qui est bon et juste pour la personne. Elle doit faire attention à ses actes et toujours bien vérifier que ce qu'elle fait est nécessaire et bienfaisant pour son patient.

Lors d'un problème éthique, les professionnels de la santé se réunissent afin de discuter des dimensions morales d'une situation. Cela permet à chaque personne qui entre en discussion de faire part de leurs avis et jugements.

#### **2.4.7.4 Le mode ou savoir empirique**

Selon Pépin et al. (2010):

Le mode empirique est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes. Diverses méthodes de recherche, qu'elles soient de type qualitatif ou quantitatif, traduisent l'approche scientifique. La recherche a abondamment contribué au développement des connaissances scientifiques au cours des dernières décennies (p.20).

Selon Pépin et al. (2010) cités par Chinn & Kramer (2008) :

L'expression du mode empirique dans la pratique est la compétence scientifique ou l'habileté de remettre en question ses interventions et d'intégrer à ses interventions des savoirs issus de la recherche comprenant des théories explicatives de phénomènes rencontrés dans sa pratique (p.20).

C'est le fait de réfléchir sur la santé de la personne en comprenant les symptômes dont celle-ci souffre, tout en ayant des connaissances scientifiques de qualité et en quantité. C'est tester, vérifier, comparer: « si je prodigue tel soin sur le patient, je vais avoir tel résultat. ». Cela concerne toutes les recherches faites sur telles ou telles pathologies. On va retrouver dans ces recherches, l'explication et la description de la maladie. Ensuite, par l'observation, l'infirmière aura d'autres informations complémentaires aux informations théoriques.

#### **2.4.7.5 Le mode ou savoir émancipatoire**

Selon Pépin et al. (2010):

White (1995) propose notamment l'ajout du mode sociopolitique....Elle situe la relation patient-infirmière dans une perspective plus large que la situation de soins immédiate. De son point de vue, la situation de soins demande une compréhension du milieu sociopolitique des personnes (patients et infirmières) ainsi qu'une connaissance de l'interaction qui existe entre la profession et la société. Le milieu sociopolitique des personnes fait référence au milieu culturel, à l'identité, aux perceptions quant à la santé et à la maladie, ainsi qu'au rôle social de chacun....



L'infirmière, en raison de sa proximité avec les personnes et les familles et de sa connaissance des milieux cliniques et communautaires, est appelée à jouer un rôle très important. Ainsi, elle se doit de participer à l'analyse des problèmes, à la formulation des politiques, à la planification des soins et à la mise en place d'une gestion partagée avec les personnes et les familles (p.21).

« Le mode émancipatoire est lié à la capacité d'examiner de manière critique le *statu quo* social, culturel et politique afin de déceler les inégalités » (Pépin et al., 2010, p.21 cités par Chinn et Kramer, 2008). C'est le positionnement de l'infirmière au niveau social, culturel et politique. C'est savoir respecter l'ethnie, les valeurs et les choix du patient. Cela demande à l'infirmière d'endosser son rôle social dans certains cas.

Ainsi, selon Pépin et al. (2010) cités par Carper (1978), Silvia, Sorrell & Sorrell (1995) :

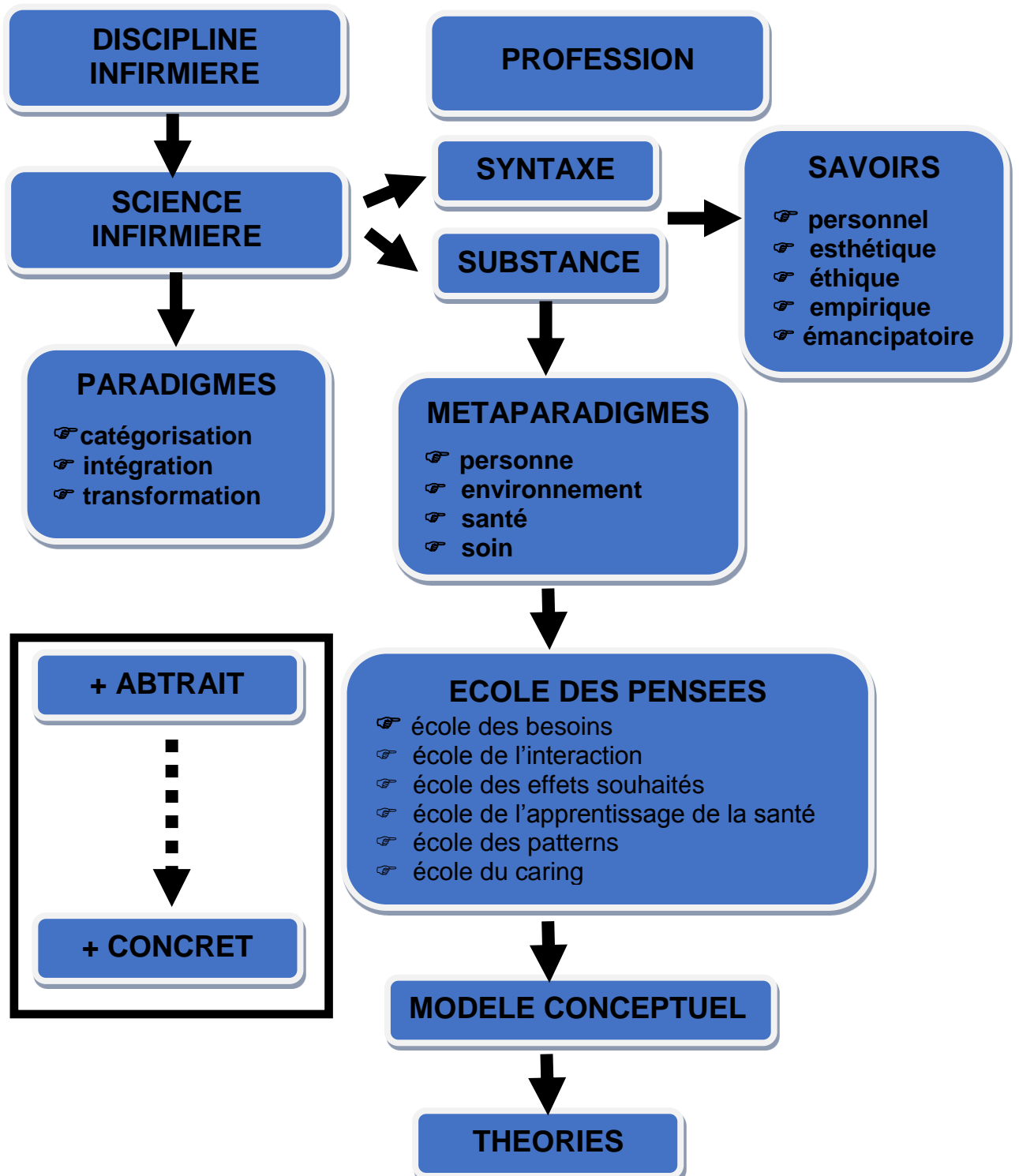
Les cinq modes décrits - personnel, esthétique, éthique, empirique et sociopolitique ou émancipatoire - sont nécessaires au développement et à l'utilisation du savoir infirmier dans le domaine qu'est la discipline infirmière pour une contribution significative à la santé humaine. Même s'ils sont décrits séparément, les modes sont complémentaires (p.22).

Le savoir est donc un repère qui se crée en fonction de son savoir-faire et de sa méthodologie. Les savoirs dépendent également de la vision du monde que porte l'infirmière, ce qui définira le positionnement et les relations qu'établira une personne dans la vie. Ils permettent à l'infirmière de se situer et de prendre en soin un patient. Regrouper les cinq savoirs lui permettra d'établir une prise en soins de qualité.

Comme nous pouvons le constater, l'infirmière doit utiliser plusieurs outils afin de permettre une prise en soin de qualité. C'est par ses connaissances, son savoir et par les « guides » à disposition qu'elle va apporter sa contribution dans cette problématique et ainsi donner un sens à sa profession d'infirmière.

Vous trouvez ci-dessous un tableau récapitulatif donnant une vision d'ensemble. Celui-ci est classé du plus abstrait (haut) au plus concret (bas).

**Figure 1 : Données d'ensemble de la pensée infirmière**



#### **2.4.8 Choix d'une théorie de soin**

Pour notre ancrage disciplinaire, nous avons choisi la théorie de l'adaptation de Calista Roy. Nous avons trouvé celle-ci adaptée à notre sujet de recherche mettant en lien la personne âgée avec son environnement : l'EMS. Pour être plus précis, ce modèle va nous aider à favoriser l'adaptation de la personne âgée à son environnement dans le but de lui permettre d'exprimer sa sexualité et avoir une intimité, tout en respectant les règles institutionnelles.

Calista Roy est née le 14 octobre 1939 en Californie. Membre des sœurs de St-Joseph de Carondolet, elle a obtenu un bachelors en soins infirmiers en 1963. Par-là suite, elle a entrepris une maîtrise en sciences infirmières. Grâce à celle-ci, s'inspirant de la théorie de l'adaptation d'Harry Helson et la théorie générale des systèmes de Bertalanffy, elle a pu débiter et développer sa théorie de soin. De plus, en travaillant en tant qu'infirmière en pédiatrie, Roy a constaté que les enfants hospitalisés s'adaptaient aux changements environnementaux, physiques et psychologiques. Cette observation l'a aidée à élaborer son modèle conceptuel qui allait porter sur l'adaptation.

##### **2.4.8.1 Modèle de Roy**

Le modèle conceptuel de Roy a comme sujet principal l'adaptation de l'individu à son environnement. Selon son point de vue, le but de l'infirmière est d'opérer sur les composantes environnementales lui permettant d'optimiser la qualité de vie du patient en obtenant de sa part des réponses favorables et appropriées à ceux-ci. Ci-dessous nous allons vous énoncer et expliquer les concepts-clés du modèle de Roy.

##### **2.4.8.1.1 Les assomptions**

Dans le modèle conceptuel de Roy, il existe deux types d'assomptions : les assomptions philosophiques et les assomptions scientifiques.

Les assomptions philosophiques ont pour base l'humanisme et la "véracité". Ces assomptions tendent à savoir d'avantage sur l'expérience personnelle des individus. Les assomptions scientifiques quant à elles sont mesurables, contrairement aux assomptions philosophiques.

« Les assomptions philosophiques sont composées du mode de concept de soi, du mode fonction de rôle et du mode de l'interdépendance. L'assomption scientifique est composé du mode physiologique » (F. Boukar, communication personnelle [Notes de cours], 2013).

### **2.4.8.1.2 Les mécanismes du coping**

Selon Pépin et al. (2010) :

Roy postule que la personne est en relation avec un univers en transformation et avec Dieu (1997,2000). La personne s'adapte aux changements de l'environnement ou répond aux stimuli en se servant de mécanismes d'adaptation innés ou acquis, lesquels sont biologiques, psychologiques et sociaux. L'adaptation de la personne dépend des influences environnementales, ou stimuli, auxquelles elle est exposée et de son niveau d'adaptation (p.61).

Roy présente un processus nommé « le mécanismes de coping » se séparant en deux sous-systèmes : le sous-système régulateur et le sous-système cognitif. « Le mécanisme régulateur reçoit les informations environnementales et les différents changements endogènes de l'individu. Les réponses de l'organisme sont ensuite véhiculées par voie nerveuse, chimique et endocrinienne entraînant, par réflexe, les changements appropriés » (Morin, 1986, p.22). Le sous-système régulateur est donc inné, c'est-à-dire que la personne répond aux stimuli de l'environnement de manière automatique, sans qu'elle ait à y penser.

Selon Morin (1986) :

Le second sous-système d'adaptation selon le modèle de Roy est le mécanisme cognitif. Les intrants de ce mécanisme sont des stimuli externes et internes identiques à ceux de tous les systèmes; ils varient en intensité et impliquent des facteurs psychologiques, sociaux, physiques et physiologiques... (p.23).

Le sous-système cognitif est dit acquis, donc la personne agit sur les stimuli de manière consciente, elle sait ce qu'elle fait et pourquoi elle le fait. Selon Alligood et Tomey (2010), le sous-système cognitif agit principalement sur 4 canaux cognitifs-émotifs qui sont : le processus de traitement de l'information, le processus d'apprentissage, le processus émotionnel et le processus de jugement. (F. Boukar, communication personnelle [Notes de cours], 2013).

Les deux sous-systèmes sont en interaction afin de produire chez la personne, des réponses aux stimuli qui se présentent à elle.

### **2.4.8.1.3 Les 4 modes**

Selon Pépin et al. (2010) cités par Roy et Andrews :

Selon Roy, le but des soins infirmiers est de promouvoir l'adaptation de la personne ou du groupe dans chacun des quatre modes d'adaptation, soit le mode « physiologique » ou « physique », le mode « concept de soi » ou « concept de groupe », le mode « fonction selon les rôles » et le mode « interdépendance », afin de contribuer à la santé, à la qualité de vie ou à la mort dans la dignité (p.62).

Le mode physiologique est « la manière avec laquelle une personne répond et interagit avec son environnement interne et externe en tant qu'être physique » (cours Falta cité par Alligood et Tome y, 2013). Ce mode comporte l'oxygénation, l'alimentation, l'élimination, l'activité, le repos, l'hygiène, les fonctions endocrines et neurologiques.

Le mode concept de soi est défini comme l'ensemble des croyances et des perceptions qu'un individu a de lui-même, composé de perceptions internes, de ses perceptions des réactions des autres et qui influencent son comportement (Driever, p.169)" (Morin, 1986, p.213). De plus ce mode comporte deux composantes qui sont le soi physique ainsi que le soi personnel. Il se focalise principalement sur les croyances et la psychologie de la personne.

Selon Morin (1986):

Le moi physique se subdivise en deux aspects : les sensations corporelles et l'image corporelle. Les sensations corporelles (comment l'individu perçoit son propre corps) nous permettent de prendre conscience de notre être physique....L'image corporelle fait référence à la manière dont l'individu voit son corps (p.213).

Ce concept définit l'image corporelle que l'individu a de lui-même ainsi que son sentiment face à celle-ci. En plus, ce mode intègre les facteurs culturels et interrelationnels.

Le mode fonction de rôle « se focalise sur les rôles que la personne occupe dans la société. Il est indissociable de l'intégrité sociale; c'est-à-dire le besoin que chacun ressent de savoir qui il est pour pouvoir agir avec les autres. » (F. Boukar, communication personnelle [Notes de cours], 2013). Le mode fonction de rôle est associé au rôle et à la place dans la société que l'individu occupe. Ce mode comporte l'auto-cohérence, l'idéal de soi et de son espérance, le soi moral, spirituel et éthique.

Selon Morin (1986) :

Le mode de l'interdépendance, comme la fonction de rôle, dépend des interactions avec les autres qui, dans ce mode, impliquent des liens plus intimes que ceux qui influencent les rôles ou les positions sociales. Dans le mode de l'interdépendance, les besoins d'affection sont comblés (p.250).

Le mode de l'interdépendance se focalise sur les relations intimes entre les personnes. Ce mode explore les comportements qu'on met en place pour entretenir la relation étroite que l'on a avec certaines personnes. Comme par exemple, le respect, l'appréciation et l'amour.

Certes, « ces quatre modes d'adaptation sont des moyens de classer les effets de l'activité des mécanismes cognitifs et régulateurs » (Morin, 1986, p.18).

#### **2.4.8.1.4 Les stimuli:**

Les stimuli peuvent être externes, provenant de l'environnement, ou internes, et dans ce cas-là ils proviennent de l'individu. En d'autres termes, les stimuli sont des facteurs influençant et provoquant une réponse adaptative chez la personne. Roy énonce trois types de stimuli : le stimulus focal, les stimuli contextuels et les stimuli résiduels.

« Le stimulus focal est le degré de changement "précipitant" le comportement observé; c'est le stimulus auquel la personne doit faire face de manière prépondérante et auquel elle doit s'adapter ». (Morin G., 1986, p.36). Le stimulus focal est l'événement ou l'objet qui va se faire remarquer par la personne. L'individu va se focaliser sur ce stimulus et va utiliser son énergie afin de se confronter à celui-ci. Par exemple, si nous prenons une personne âgée qui a une panne sexuelle lors d'un rapport avec sa conjointe, le stimulus focal va être la perte de l'érection.

Selon Morin (1986) :

Les stimuli contextuels alimentent le comportement causé par le stimulus focal; ce sont tous les autres stimuli présents ayant un effet sur le comportement observé. Les stimuli peuvent à nouveau être externes, comme les facteurs environnementaux, ou internes, comme les facteurs individuels (p.37).

Les stimuli contextuels sont tous les autres facteurs attirant l'attention de la personne et influençant le stimulus focal. Les stimuli contextuels ne se repère dans l'immédiat contrairement au stimulus focal. Si nous reprenons l'exemple précédent, le stimulus contextuel peut être le fait que la personne âgée ne se sentait pas bien moralement ce jour.

Selon Morin (1986) :

En évaluant les facteurs influençant le comportement de forte ou faible adaptation du client, l'infirmière identifie souvent des stimuli qu'elle suppose, de par ses connaissances, modifier le comportement ; il peut s'agir de croyances, d'attitudes, d'expériences ou des traits de caractère. En revanche, elle ne peut vérifier leur effet sur le comportement du client... (p.38).

Les stimuli résiduels sont les autres facteurs dont la personne ne connaît pas l'influence ainsi que les effets. Finalement, ces différents stimuli changent en fonction des fluctuations de l'environnement.

#### **2.4.8.1.5 Paradigme et école de pensées**

Selon l'holarchie des connaissances de Fawcett, la théorie de Roy est issue de plusieurs théories intermédiaires. Elle appartient au paradigme de l'intégration faisant partie de l'école de pensée des effets souhaités. Les personnes appartenant à cette école de pensées ont pour principal but d'opérer sur les éléments favorisant un dysfonctionnement. Ils ont pour objectif de guider le patient dans un état de santé meilleur.

#### **2.4.8.1.6 Les métaconcepts selon Roy**

∞ La personne :

Selon Pépin et al. (2010) :

Système holiste d'adaptation ayant des mécanismes régulateurs et cognitifs ; être biopsychosocial en interaction constante avec un environnement changeant et ayant quatre modes d'adaptation : « physiologique », « concept de soi », « fonction selon les rôles » et « interdépendance » (p. 78).

Roy considère la personne comme un système adaptatif bio-psycho-social. Pour elle, la personne est un être ayant une capacité d'adaptation dans toute sorte d'environnement.

∞ L'environnement :

L'environnement est défini comme : « Toutes les situations, les circonstances et les influences susceptibles d'agir sur le développement et les comportements des personnes ou des groupes. » (Pépin, 2010, p.78)

L'environnement de la personne âgée englobe sa famille, l'EMS et les soignants par exemple. Chaque entité a un impact sur le comportement de la personne âgée. Parfois, la famille est contre le fait que leur grand-père refasse sa vie et puisse avoir une intimité.

De plus, l'institution n'est pas comme le domicile privé, les portes ne se ferment pas à clés et les soignants peuvent y entrer à tout moment. Ce sont des facteurs pouvant mettre un frein à la sexualité des personnes âgées.

☞ La santé :

La santé est définie par un : « état et processus d'être ou de devenir une personne intégrée et unifiée. La « santé-état » est l'adaptation dans chacun des quatre modes. La « santé-processus » est l'effort constant fourni par l'individu pour atteindre son potentiel maximal d'adaptation » (Pépin, 2010, p. 78)

Roy considère la santé comme un mécanisme permettant à l'individu de devenir "intégré et unifié". Selon Roy, être en bonne santé, c'est s'adapter dans les quatre différents modes de sa théorie.

La personne âgée souffrante de plusieurs pathologies peut être dépendante pour certaines activités de la vie quotidienne. Sa santé et son niveau de dépendance peuvent alors avoir un impact sur sa sexualité.



☞ Le soin :

Selon Pépin et al. (2010) :

Science et pratique de la promotion de l'adaptation de la personne qui visent à évaluer les comportements et les facteurs influençant les capacités d'adaptation dans les quatre modes, et à intervenir pour élargir ces capacités et améliorer les interactions avec l'environnement afin de contribuer à la santé, à la qualité de vie ou à la mort avec dignité. (p. 78)

Lors de la toilette, le soignant entre dans la sphère privée du patient, ce dernier peut se comporter de différentes manières à ce moment, il peut, par exemple, ressentir du plaisir ou de la gêne.



#### **2.4.8.1.7 La méthodologie de la pratique**

Afin d'appliquer la théorie de Roy à la pratique, il faut suivre les six étapes énumérées ci-dessous :

##### 1 - L'évaluation du comportement :

Selon Morin (1986) :

La première étape d'une démarche systématique en soins infirmiers est la collecte des données. Le modèle de l'adaptation de Roy définit les données que l'infirmière doit recueillir. Puisque son objectif est de promouvoir l'adaptation, elle doit d'abord évaluer le niveau actuel d'adaptation du client (p.31).

Lors de cette étape, l'infirmière réalise une anamnèse afin de rassembler et d'évaluer les informations sur le comportement du patient, tout en le considérant comme un système adaptatif dans les quatre modes.

##### 2- L'évaluation des stimuli :

Selon Morin(1986):

Lorsque l'infirmière a évalué les comportements (forte ou faible adaptation), elle passe au deuxième niveau d'évaluation : identifier les facteurs qui influencent ces comportements. Elle s'intéresse particulièrement aux comportements non adaptés dans le but de les transformer en comportements adaptés et de les maintenir et de les renforcer, surtout s'ils sont menacés par des facteurs négatifs.... Après avoir établi ses priorités et identifié les comportements les plus significatifs du client, l'infirmière détermine les stimuli focaux, contextuels ou résiduels influençant ou contribuant à ces comportements (p.36).

Lors de cette seconde étape, le rôle de l'infirmière est d'identifier les différents stimuli ayant un impact sur les comportements d'adaptation de l'individu. Ensuite, elle évaluera comment la personne réagit face à ces stimuli.

##### 3 - Le diagnostic infirmier :

Selon Morin (1986):

Le diagnostic est un résumé des comportements de forte ou faible adaptation de la personne et des stimuli les plus importants.... Cette étape du processus de soins, que nous avons appelé identification des problèmes, est liée à ce qui est couramment nommé diagnostic infirmier. Un diagnostic infirmier est défini comme la somme des éléments ou la conclusion tirée des données recueillies (p.39).

L'infirmière va interpréter ce qu'elle a observé par rapport aux comportements adaptatifs du patient et va mettre en évidence les problèmes d'adaptation de celui-ci.

4 - Le but :

Selon Morin (1986) :

Il s'agit généralement de changer un comportement de faible adaptation en un comportement de forte adaptation et de le renforcer. Le but est donc défini selon un comportement final attendu de la personne.... Les buts sont donc des objectifs clairs des comportements finaux du client (qu'il atteindra avec l'aide des soins) (p.41).

L'infirmière va alors tenter de définir et de formuler des objectifs pour pallier aux soucis d'adaptation rencontrés par le patient.

5 - L'intervention :

« S'accordent en lien avec le but visé: à savoir: promouvoir le comportement d'adaptation du patient » (F. Boukar, communication personnelle [Notes de cours], 2013)

L'intervention est liée avec l'étape précédente. Elle consiste à mettre en place les meilleurs outils possibles afin que la personne réussisse à atteindre le ou les buts fixés, tout ceci avec l'aide de l'infirmière.

6 - L'évaluation :

Selon Morin (1986) :

La dernière étape du processus de soins est l'évaluation de l'efficacité de l'intervention infirmière au moyen des résultats de l'approche infirmière par rapport au comportement du client. L'infirmière doit se demander si le but désiré pour la personne a été atteint ou non. Le patient a-t-il eu le comportement indiqué dans les buts énoncés? (p, 42)

A ce niveau, l'infirmière évalue si l'intervention mise en place a été efficace ou pas, en observant si les comportements qui posaient soucis, ont changé ou pas.

#### **2.4.8.1.8 L'évaluation de la sexualité selon Roy**

Dans l'ouvrage de Morin, intitulé « introduction aux soins infirmiers : un modèle d'adaptation », un chapitre a été dédié à la sexualité de la personne prise en soin, car dans le modèle conceptuel de Roy, la sexualité est une composante investiguée et évaluée par l'infirmière.

Selon Morin (1986) :

Les perturbations de la sexualité affectent le bien-être total de l'individu et se manifestent par des comportements inadaptés dans les modes de l'image de soi, de la fonction de rôle et de l'interdépendance. De par sa préparation physique, sociale et psychologique, l'infirmière possède les outils nécessaires pour évaluer et fournir du counseling...Pour centrer ses soins sur le client, elle doit utiliser ses connaissances et évaluer l'influence des facteurs sociaux, émotionnels et interactionnels sur le comportement individuel (p.267).

Ici, Roy reconnaît l'importance de la sexualité pour le bien-être global de la personne. L'infirmière est présente pour déceler des problèmes liés à la sexualité et donner des conseils afin que la personne puisse s'y adapter.

Selon Morin (1986) :

Pour faire une évaluation globale du client, l'infirmière doit poser des questions reliées au comportement et à la santé sexuelle au cours de son entrevue. Son habileté en la matière est reliée à différents facteurs. Il va sans dire que l'environnement doit être approprié pour rendre le client à l'aise...(p.268).

Selon Morin (1986) :

La personne responsable de l'entrevue doit posséder des connaissances récentes et précises sur le développement et l'expression sexuelle, ..., les aspects socioculturels et spirituels de la sexualité, ..., de la famille et être informée des principaux problèmes de dysfonctionnement sexuel (p.269).

La première partie de l'évaluation sexuelle est un entretien dirigé par l'infirmière, lui permettant de cibler les problèmes sexuels de la personne et de connaître la "santé sexuelle" de celle-ci. « Les questions sur la sexualité permettent de déterminer le niveau d'adaptation du client » (Morin, 1986, p.269).

Selon Morin (1986) :

Les facteurs qui influencent la reproduction et la sexualité sont basés sur des stimuli biologiques, psychologiques, spirituels et sociaux qui constituent le comportement sexuel de l'individu. Pour que la relation sexuelle soit satisfaisante, l'individu doit avoir une bonne estime de soi et se sentir à l'aise pour rechercher le plaisir et demander au partenaire de l'aider à satisfaire ses besoins sexuels. (p.272)

En faisant le lien avec notre thème, la personne âgée a vu son corps vieillir et changer. Certaines personnes s'assument et s'acceptent comme elles sont, tandis que d'autres peuvent se trouver moins désirables et perdre l'estime de soi et donc adopter un comportement de faible adaptation.

Selon Morin (1986) :

Les comportements sexuels sont influencés par les différents facteurs socio-culturels, la classe sociale et le niveau d'instruction. En général, chaque groupe social est convaincu que son comportement est le meilleur; certains basent ce comportement sur des valeurs reliées à la morale, alors que d'autres l'appuient sur des facteurs de la nature (p.272).

« Le fonctionnement sexuel peut être modifié par des événements majeurs de la vie, comme la perte d'emploi, le changement de niveau socio-économique ou le changement dans le rôle des partenaires sexuels » (Morin, 1986, p.272).

Il est vrai que différents changements dans la vie peuvent avoir un impact sur la sexualité d'une personne. Cela dépend de la personnalité de l'individu et à quel point ces changements l'affectent psychologiquement. La personne âgée peut vivre plusieurs événements comme le passage à la retraite, ou encore la perte d'un conjoint...

Selon Morin (1986) :

L'enseignement des normes sur la sexualité et la morale sexuelle varie selon les religions. Les juifs orthodoxes, les catholiques et les protestants interdisent la masturbation, l'avortement et l'homosexualité ; les relations sexuelles ne sont acceptées que dans le mariage, cependant, les tendances plus libérales acceptent les activités ou les comportements sexuels qui maintiennent l'état de santé (p.272).

La religion fixe des normes sur la sexualité et dicte des interdits. Dans certaines, l'acte sexuelle est accepté uniquement chez les couples mariés. De plus, la sexualité peut être un sujet tabou relevant de l'intimité. Cela signifie que pas tous les individus arriveront à parler ouvertement de leur sexualité, surtout si la morale sexuelle prohibe leur désir.

Selon Morin (1986) :

Des problèmes de santé, des interventions chirurgicales passées ou prévues et des médicaments peuvent provoquer des changements physiologiques entraînant un dysfonctionnement sexuel. Les changements de l'image corporelle sont une source d'anxiété pour l'individu et peuvent amener des problèmes fonctionnels. Pour une réponse sexuelle optimale, les systèmes nerveux, hormonal et vasculaire doivent être intacts (p.272).

Pour conclure cette partie sur l'évaluation sexuelle selon Roy, les différentes citations précédemment citées, nous démontrent une multitude de facteurs influençant la sexualité de l'individu. Ainsi, plusieurs facteurs peuvent être liés à une mauvaise adaptation sexuelle. Cela montre l'importance de la prise en soin holistique de la personne ainsi que de l'anamnèse sexuelle de celle-ci. L'infirmière doit prendre en compte tous les facteurs et les analyser les uns après les autres, afin de mettre en évidence ceux qui entraînent des comportements de haute et basse adaptation. Les facteurs peuvent être internes à la personne tels que les aspects biologiques, les désirs, les attentes et les croyances, ou externe à la personne, comme l'environnement ou encore les perceptions des professionnels de la santé. Dans le but d'utiliser certains comme ressources et de modifier les comportements de basse adaptation afin de tendre au bien-être de la personne.

## **2.5 QUESTION DE RECHERCHE**

A ce stade du travail nous nous trouvons avec notre phénomène de santé : Quelles sont les connaissances, les conceptions et les perceptions des infirmières concernant la sexualité des personnes âgées en institution et comment elles intègrent cette dernière dans la prise en soin ? En ayant inclus l'ancrage disciplinaire, dont la théorie de C. Roy, nous sommes amenées à changer quelque peu notre phénomène. En effet, selon Callista Roy, le patient et ses capacités adaptatives sont le centre d'intérêt. Notre question initiale pourrait porter à croire que l'on s'intéresse à l'infirmière et que le travail d'adaptation doit être fait de sa part pour inclure la sexualité dans l'institution. Cependant, selon la théorie de Roy, l'infirmière est une aide, un soutien permettant au patient de trouver des stratégies d'adaptation dans son environnement. Ainsi, nous avons abouti à notre question de recherche : Comment l'infirmière prend en compte la sexualité des personnes âgées en EMS dans sa prise en soins en favorisant les processus adaptatifs de la personne ? Cette question de recherche est plus cohérente car elle comporte les termes abordés par C.Roy.

### 3. MÉTHODE

La méthode est une marche à suivre comprenant une recherche documentaire (sur des bases de données) permettant la sélection d'articles scientifiques probants par l'énonciation d'équations de recherche et de combinaisons de termes. Notre question de recherche est basée selon la méthode PICOT (P=problème, population ; I= Intervention ; C= Comparaison ; O= Outcome et (T= Temps)). En effet, « le fait de formuler une question avec Picot permet de clarifier... [la] question et d'identifier les concepts clefs » (Favre & Kramer, 2013, p.20). Ces derniers nommés « mots clefs » ou « Mesh Terms ». Ceux-ci seront traduit en anglais par le biais d'un outil appelé « HeTOP ». Ils seront introduits dans les bases de données nous donnant un résultat de plusieurs articles. Ces derniers seront sélectionnés par des critères d'exclusion et d'inclusion nous permettant ainsi de cibler des articles en réponse à notre questionnement.

#### 3.1 SOURCES D'INFORMATIONS ET STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Afin d'établir notre question de recherche, nous avons utilisé, comme mentionné ci-dessus, la méthode PICOT :

**Tableau 4 : La méthode Picot**

EQUATION	CONCEPTS	MOTS CLEFS	MESH TERMS
<b>P</b>	Personne âgée en institution	Personne âgée (EMS)  Institution	Aged ;elderly people, older people, aging, older person  Institution ; institutionalized; residential care; nursing care home, nursing home
<b>I</b>	Intervention de l'infirmière pour favoriser la sexualité, l'intimité en institution et permettre l'adaptation	Intervention infirmière Sexualité, intimité  Adaptation	Nursing intervention Sexuality, Intimacy ; privacy Adaptation
<b>C</b>	Pas de comparaison	/	/

<b>O</b>	Être en haute adaptation dans sa satisfaction des besoins d'intimité, de sa sexualité	Haute adaptation Satisfaction des besoins intimes, sexuels	High adaptation Satisfaction intime, sexual needs
<b>T</b>	Pas de temporalité	/	/

Après avoir trouvé nos mots clefs, nous avons dû établir des équations de recherche. Celles-ci consistent à « croiser plusieurs termes de recherche...pour évaluer la quantité d'informations existantes sur le sujet » (Favre & Kramer, 2013, p.20) par le biais de l'opérateur booléen qui extrait « trois mots courant de notre langage : ET, OU, SAUF (AND, OR, NOT) » (Favre & Kramer, 2013, p.20).

Nous avons élaboré nos équations de la manière suivante :

**1<sup>ère</sup> équation** : « elderly » AND « intimacy » AND « institution ».

**2<sup>ème</sup> équation** : « elderly » AND « intimacy » AND « institution » AND « attitude »

**3<sup>ème</sup> équation** : « elderly » AND « institution » AND « intimacy » AND « adaptation »

**4<sup>ème</sup> équation** : « elderly » AND « institution » AND « intimacy » AND « attitude »  
AND « adaptation »

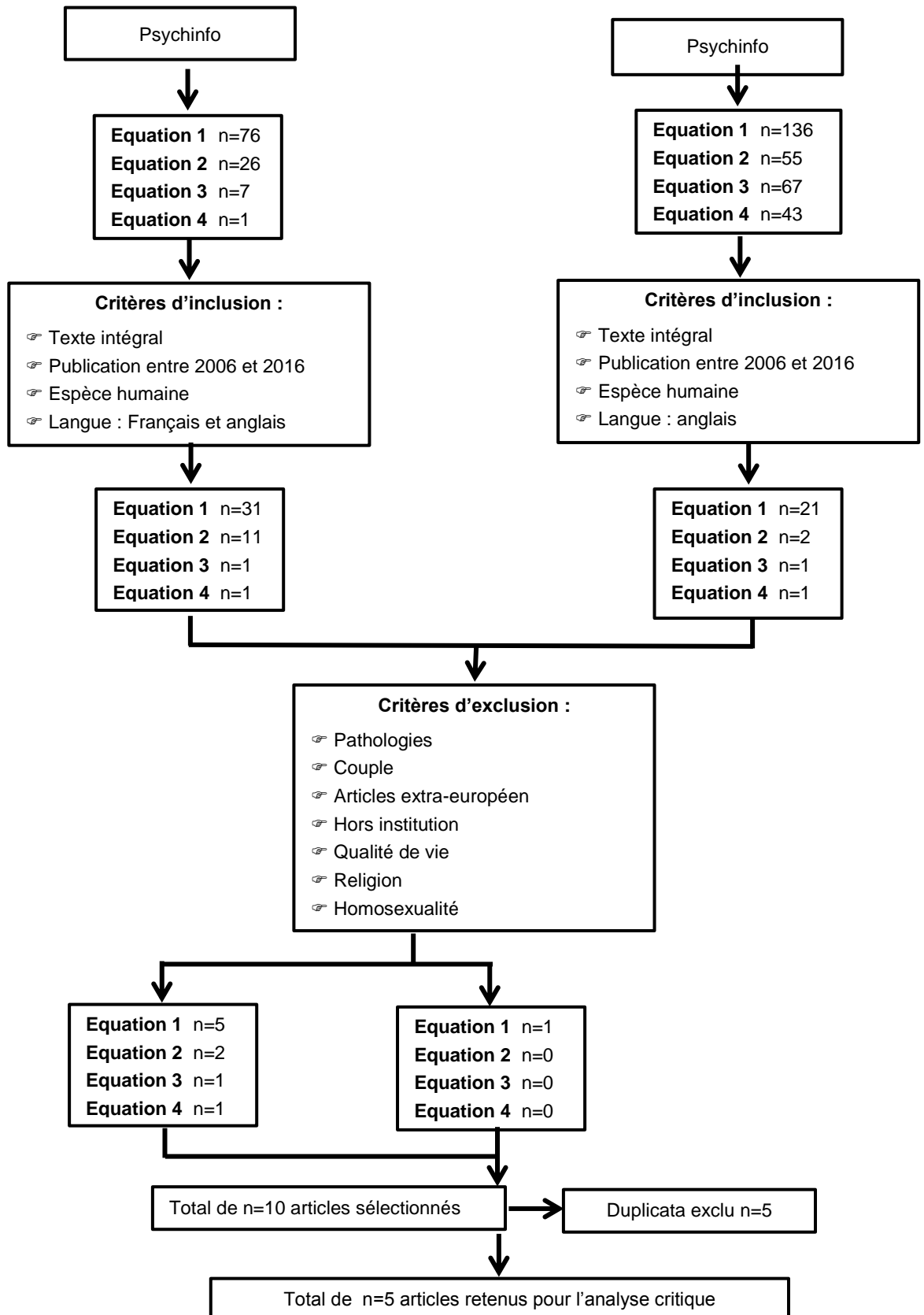
Chaque équation a été insérée dans les bases de données suivantes : Pubmed et Psycinfo. De plus, dans nos recherches nous avons dû utiliser des filtres permettant d'inclure des articles (critères d'inclusion) et d'en exclure d'autres (critères d'exclusion) pour obtenir des résultats pertinents à notre question de recherche :

### **Figure 2 : Les critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion	Les critères d'exclusion
☞ texte intégral disponible (Full text)	☞ pathologies (ex : les démences, les cancers etc...)
☞ publication entre 2006 et 2016	☞ hors institution
☞ langues : en français et en anglais	☞ couple
☞ espèce humaine	☞ articles extra-européen
	☞ qualité de vie
	☞ religion
	☞ homosexualité

### 3.2 DIAGRAMME DE FLUX

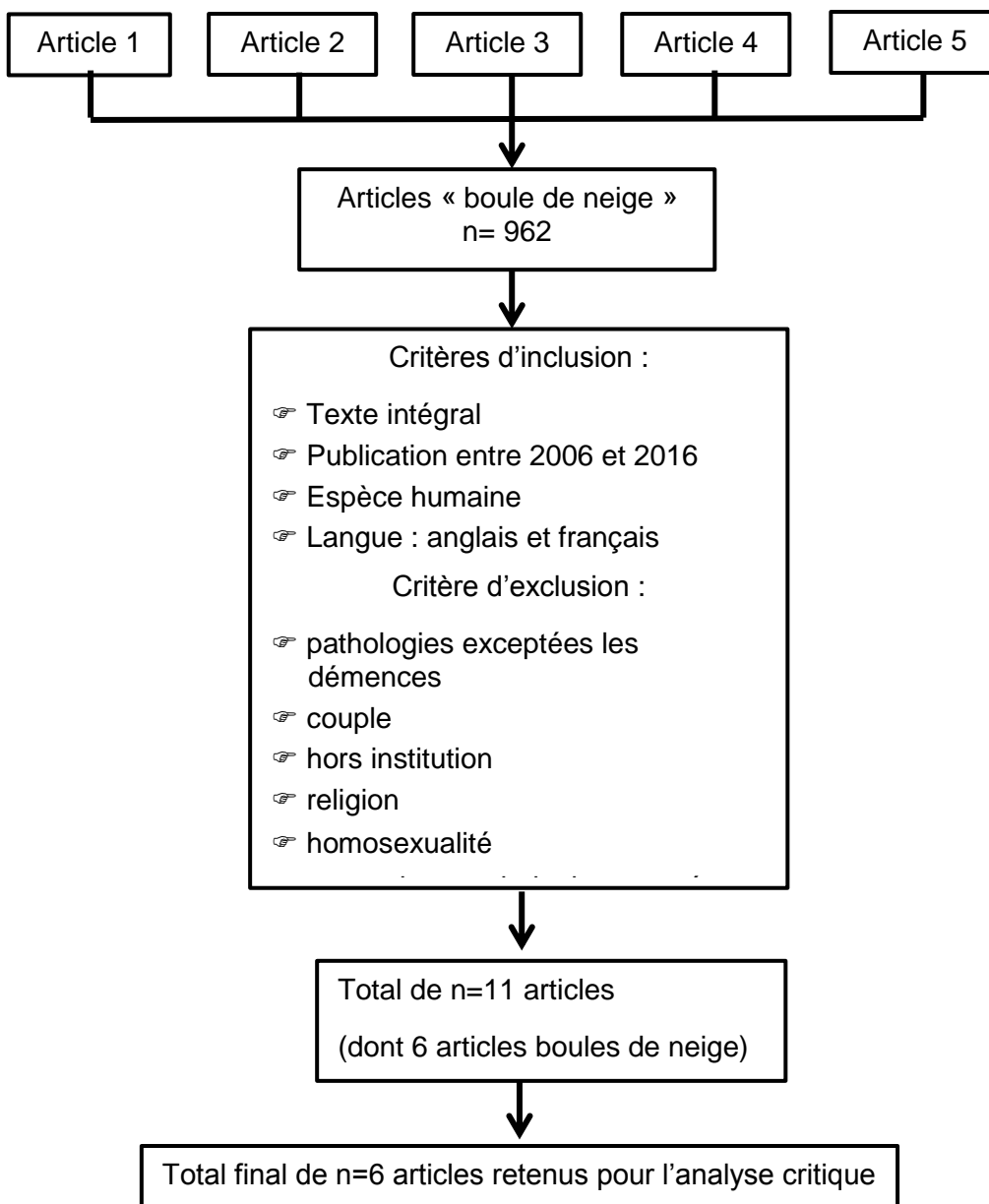
**Figure 3 : diagramme de flux 1**





Pour notre travail, nous avons à trouver un minimum de six articles. A la fin de notre diagramme de flux nous en avons cinq, ainsi, nous avons dû compléter notre recherche en rajoutant des articles issus de la méthode « boule de neige » consistant à trouver des articles similaires proposés dans nos cinq articles choisis. Cette seconde recherche d'articles nous a donné un résultat de onze articles pertinents. Lorsque nous avons établi une première analyse de ces articles, nous en avons retenus six correspondants à notre problématique. Ceux-ci ont été traduits en français afin de mieux les comprendre (annexe A).

**Figure 4: Diagramme de flux 2**



Les 6 articles sélectionnés sont les suivants :

- ☞ **Article 1** : A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes.
- ☞ **Article 2** : Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs) : comparaison of staff and residents' views.
- ☞ **Article 3** : Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly : A literature review.
- ☞ **Article 4** : Supporting residents' expression of sexuality : the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities.
- ☞ **Article 5** : Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents.
- ☞ **Article 6** : Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents : A study in residential and nursing homes.

#### 4) ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES RETENUS

Lorsque nous avons obtenu l'ensemble de nos articles, nous les avons examinés selon la méthode de l'« evidence-based nursing (EBN) ». Celle-ci consiste à étudier des articles sur la base des meilleures preuves possibles de recherche afin d'obtenir des résultats probants. Notre analyse comporte : le type d'étude avec son niveau de preuve (N1 à N4) et son grade de recommandation (A,B,C,D,E,I), les biais (de sélection, d'information, d'enquêteur, de réponse et de mesure) ; les éléments de la méthode Picot ; l'accord d'une commission d'éthique et nous avons également regardé si les résultats correspondent totalement ou partiellement à notre recherche.

**Tableau 5 : la méthode EBN**

	Type d'étude	Biais	Méthode PICO				Commission d'éthique	Résultats correspondants
			P	I	C	O		
Art.1	Revue systématique N1 – A	De sélection et d'information		☑	☑	☑		Partiellement
Art.2	Etude descriptive qualitative N3 – C	De sélection	☑	☑	☑	☑	☑	Totalement
Art.3	Revue de la littérature N1 – A	De sélection	☑	☑	☑	☑	☑*	Totalement
Art.4	Étude qualitative exploratoire N3 – C	De sélection	☑	☑		☑	☑	Totalement
Art.5	Etude mixte qualitative et quantitative N3 – C	De sélection et d'information	☑	☑		☑	☑	Partiellement
Art.6	Etude quantitative descriptive N3- C	De sélection	☑	☑	☑	☑	☑	Totalement

\* Pas tous les articles sélectionnés ne comportent une commission d'éthique

#### 4.1) CARACTÉRISTIQUES DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS

Les articles sélectionnés dans notre recherche ont été publiés entre 2007 à 2014. Deux études proviennent du Royaume-Uni (articles 1, 6), une étude en Espagne (étude 2), en Belgique (article 3), en Australie (article 4) et en Pologne (article 5). Certaines études (articles 1, 2, 3, 6) prennent en considération l'avis du personnel soignant ; trois autres de l'avis des résidents (articles 2, 4, 5) et pour finir l'une d'entre-elle inclus l'avis de la famille (article 4). Trois études mentionnent avoir inclus dans la recherche les personnes atteintes de troubles cognitifs (articles 1, 3, 4) et une étude a mentionné une différence de culture qui pourrait influencer les résultats (article 3). Les recherches, dans trois études, se focalisent sur les barrières ou les facteurs influençant l'expression sexuelle des personnes âgées en institution (articles 1, 2, 4) ; deux études portent sur les comportements ou les attitudes du personnel soignant envers la sexualité des séniors institutionnalisés (article 3, 6) et pour finir une étude invoque les besoins psychosexuels des séniors.

##### 4.1.1 Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Afin d'obtenir une vue d'ensemble des articles, nous avons effectué des fiches de lecture (annexe B) ainsi que des tableaux comparatifs :

Article 1 : A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes

<b>Auteurs/ année/ pays</b>	JAYNE E. & ASSUMPTA, R. 2010 Royaume-Uni
<b>Population / type d'étude</b>	40 articles comportant des études qualitatives et quantitatives Revue systématique
<b>But de l'étude</b>	Le but de cette revue est de passer en revue la littérature des facteurs influençant l'expression de la sexualité des personnes âgées dans des maisons de soin.
<b>Intervention / méthode / instrument de mesure</b>	Une recherche sur les moteurs de recherche : ATHENES, Google Scholar, RCN library ; sur les bases de données : OVID MEDLINE (82 articles), CINHALL (21 articles), British Nursing Index (2 articles) et sur des recherches manuelles de livres et de rapport de journaux ont été effectués. En utilisant les mots clefs suivants : « la sexualité », « la vieillesse », « la démence », « l'attitude du personnel » et « les maisons de soin ». De plus, ils ont réalisé une recherche suivant la méthode d'effet boule de neige afin d'identifier plus d'articles pertinents. Une sélection de 40 articles a été retenue pour examen.

<p><b>Principaux résultats</b></p>	<p><b>La sexualité et le vieillissement</b> : l'âge ne diminue pas l'intérêt sexuel. Si ce dernier est réduit, il peut impacter sur les composantes biologiques, d'attitudes et situationnelles. L'activité sexuelle change avec le temps en relation avec les changements physiologiques et psychologiques du vieillissement. Cependant, les séniors demeurent actifs sexuellement et souhaiteraient l'être d'avantage. Le manque de partenaire, l'âge, le manque d'intérêt sont des barrières à la sexualité selon les séniors. Des attitudes positives, le désir et des relations sexuelles satisfaisantes permettent plus facilement l'expression de comportements sexuels.</p> <p><b>L'expression sexuelle dans les maisons de soin</b> : L'entrée en institution ne diminue pas l'intérêt sexuel mais peut diminuer les comportements sexuels. Il existe peu de connaissances sur la manière dont les facteurs socioculturels ont un impact sur les attitudes et les comportements sexuels des séniors. Il est démontré que l'environnement et les visions culturelles des séniors affectent leurs attitudes sexuelles. Les arrangements des institutions ainsi que les attitudes du personnel soignant limitent leurs occasions d'activités sexuelles. Les séniors souhaiteraient que la sexualité soit exprimée librement et qu'il ait des aides à leur dysfonctionnement sexuel par les soignants.</p> <p><b>Les attitudes du personnel</b> : Les barrières majeures identifiées à l'expression sexuelle sont le manque de vie privée et les attitudes du personnel. A ceci s'ajoute le manque de partenaire, la déficience cognitive, la mauvaise santé et le handicap physique. Ce qui rend inacceptable les comportements sexuels selon les séniors est leur croyance personnelle, l'embarras ainsi que la peur d'être perturbé. Les professionnels de santé ont un manque de formation sur la sexualité ce qui rend problématique les comportements sexuels des résidents. Les soignants âgés ont plus de connaissances et sont plus compréhensifs face à la sexualité des séniors. L'éthique organisationnelle et le confort jouent un rôle sur les perceptions et les réponses aux comportements sexuels des soignants envers les résidents. Les personnes ayant eu des cours d'éducation sexuelle sont plus confortables sur le sujet de la sexualité. L'utilisation de l'humour de manière inappropriée est souvent appliquée par les soignants ayant moins d'une année d'expérience comme un moyen de contrôle social. Le modèle médicale facilite l'expression et la considération des besoins sexuels. Plus le cadre de surveillance est élevé, moins les comportements sexuels sont acceptables.</p>
<p><b>Limites</b></p>	<p>Petit échantillon et lieu géographique étroit ce qui rend les résultats moins généralisables. Dans la littérature, il y a un manque d'attention sur les avis des résidents et leur famille.</p>
<p><b>Forces</b></p>	<p>Utiliser des articles quantitatifs et qualitatifs. Revue systématique.</p>

Article 2 : Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs) : comparaison of staff and residents' views.

<b>Auteurs/ année/ pays</b>	VILLAR, F.; CELDRAN, M.; FABÁ, J. & SERRAT, R. 2014 Espagne
<b>Population / type d'étude</b>	53 membres du personnel (23 aides-soignantes et 30 membres d'équipe technique /directionnel (5 directeurs, 4 éducateurs, 7 infirmières, 5 physiothérapeutes, 5 psychologues et 4 assistants sociaux) et 47 personnes âgées (27 femmes et 20 hommes) vivant dans 5 établissements résidentiels de soins pour les âgés ont été interviewés.  C'est une étude descriptive qualitative.
<b>But de l'étude</b>	Explorer et comparer les visions tant du personnel que des résidents sur les barrières à l'expression sexuelle dans les établissements résidentiels de soins aux âgés.
<b>Intervention / méthode / instrument de mesure</b>	Des entretiens transversaux semi-structurés ont été établis par les auteurs entre octobre et mars 2012. Des questions sur la sexualité, le vieillissement et les barrières à l'expression sexuelle ont été posées à chaque participant par des vignettes contenant des situations de comportements sexuels. A la fin des entretiens, deux nouveaux chercheurs ont travaillé ensemble afin de créer des catégories pour chaque réponse. Pour finir, un troisième chercheur a placé les réponses dans les catégories prédéfinies par les chercheurs précédents. Instrument de mesure: Nvivo 2.0, logiciel d'analyse qualitative
<b>Principaux résultats</b>	La plupart des participants ont exprimé une barrière à l'expression sexuelle en institution. 19 résidents n'en ont trouvé aucune. De cette étude, 7 barrières ont été identifiées, classées ici selon l'ordre d'importance apporté par les résultats aux entretiens: le manque de vie privée, les attitudes des résidents, le tabou, la mauvaise santé, les attitudes du personnel, les interférences familiales et le peu d'occasions. Chaque barrière a le plus souvent été citée par le personnel soignant excepté la catégorie "manque d'occasion" citée seulement par des résidents.
<b>Limites</b>	Un échantillon plus grand pourrait confirmer la pertinence des résultats de l'étude. Impliquer la famille pourrait permettre à mieux comprendre les barrières à l'expression sexuelle. Les expériences et l'éducation des seniors espagnols peuvent influencer les résultats. Il peut donc il y avoir des différences dans d'autres cultures.
<b>Forces</b>	La comparaison entre les soignants et les résidents donne des résultats intéressants. Les participants ont été extraits de domaines socio-économiques différents de la ville de Barcelone. L'échantillon comportait un nombre semblable de personnels soignants et de résidents.

Article 3 : Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly : A literature review.

<b>Auteurs/ année/ pays</b>	LIESLOT, M.; VAN ELSEN, K. & GASTMAN, C. 2011 Belgique
<b>Population / type d'étude</b>	14 études quantitatives (étude descriptive ou quasi-expérimentale (dont 3 études composées de pré-test et post-test) 4 études qualitatives 10 études aux USA 2 études au Royaume –Uni 1 étude en Australie, Afrique du Sud, Israël, Taiwan et Belgique Échantillon : personnel infirmier et stagiaire (n=1) ; éducateurs de la santé (n=1) et infirmière en licence pratique, infirmière autorisées et aides-soignants (n=12) ; Études quantitatives :30 à 80 participants (n=6) 100 à 210 participants (n=6) 234 à 303 participants (n=2) Revue de la littérature
<b>But de l'étude</b>	Analyser en profondeur la littérature au sujet des connaissances, des attitudes et des expériences du personnel infirmier liées à la sexualité des personnes âgées institutionnalisées ; mettre en évidence la relation entre les connaissances et les attitudes, et déterminer si certains facteurs démographiques relatent la connaissance et les attitudes des soignants en maison de soins infirmiers.
<b>Intervention / méthode / instrument de mesure</b>	Les auteurs ont établi une recherche approfondie sur les bases de données électroniques : Medline , Cinahl , Psychinfo , Web of Science , Index Philosophes , Google Scholar , et Invert et ils ont sélectionné des articles publiés entre Janvier 1980 et Septembre 2010. Les articles retenus ont été lus à plusieurs reprises et regroupés en trois catégories : « les connaissances », « les attitudes » et « les expériences et les réponses ». Instruments : échelle ASKAS ; échelle DEMASKAS ; échelle KATES ; échelle SKATE et échelle LTK ; vignette clinique
<b>Principaux résultats</b>	Dans les études quantitatives, les attitudes des soignants sont positives envers la sexualité des personnes âgées. Par contre, les études mettent en évidence des connaissances limitées du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées. Pour les études qualitatives, les attitudes du personnel soignant sont conservatrices et le sentiment d'inconfort qui est ressenti par les soignants influence leurs attitudes. Un niveau d'études supérieures ou des études scolaires, des cours d'éducation sexuelle, de hautes convictions religieuses, un poste haut et l'ethnie caucasienne montrent un niveau de connaissances sur la sexualité plus élevé.

	<p>Une ambiguïté se porte sur les variables démographiques tels que l'âge et la formation continue: deux études se contredisent.</p> <p>Un niveau d'étude en soins infirmier, des infirmières plus âgées ou avec plus de 5 ans d'expérience, des soignants masculins, des formations continues, un poste de niveau supérieur, un haut taux de religion et l'ethnie caucasienne démontrent plus d'attitudes permissives envers la sexualité des séniors.</p> <p>Dans les études, il existe également une ambiguïté dans la relation entre les connaissances et les attitudes. Dans certaines, plus de connaissances sur la sexualité des séniors emmèneraient à plus d'attitudes permissives. Cependant, d'autres disent le contraire.</p>
<b>Limites</b>	<p>Diversité des pays qui pose des lacunes dans la méthodologie en raison des différentes cultures. La revue s'est basée sur des articles publiés de 1982 à 2009 ce qui peut avoir engendré des différences culturelles qui pourraient influencer les résultats.</p> <p>Dans les résultats, les auteurs ne savent pas comment les variables démographiques peuvent influencer les connaissances et les attitudes en rapport à la sexualité. Il en est de même pour la relation entre les connaissances et les attitudes liées à la sexualité des séniors.</p>
<b>Forces</b>	<p>Inclusion d'articles qualitatifs et quantitatifs internationaux. Toutes les études sont évaluées avec une qualité élevée dans l'évaluation excepté une étude. Dans les études quantitatives le même instrument a été utilisé ce qui permet de comparer facilement les résultats. Les auteurs ont analysé les articles en restant attentifs à l'objectif, aux variables d'intérêts, au bon échantillonnage et à une bonne documentation des revues ce qui permet de restreindre le risque de biais et d'erreurs.</p>

Article 4 : Supporting residents' expression of sexuality : the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities.

<b>Auteurs/ année/ pays</b>	<p>BAUER, M.; FERTHERSTONHAUGH, D.; TARZIA, L.; NAY, R. &amp; BEATTIE, E. 2014 Australie</p>
<b>Population / type d'étude</b>	<p>46 personnels soignants, 5 résidents avec démence, 11 sans démence et 7 membres de la famille dans 6 établissements de soins ainsi qu'un 13 participants hétérogènes participant au groupe Delphi Revue de la littérature + étude qualitative exploratoire</p>
<b>But de l'étude</b>	<p>Cet article décrit le développement d'un outil d'évaluation (SexAT) permettant aux établissements de soins aux personnes âgées, de déterminer comment leur organisation peut aider à soutenir l'expression de la sexualité de tous les résidents, et d'améliorer ainsi leur sexualité.</p>

<b>Intervention / méthode / instrument de mesure</b>	Un premier groupe de questions ont été élaborées à partir d'une recherche dans la littérature. Elles ont été ensuite confirmées par des entretiens qualitatifs avec les séniors, le personnel soignant des établissements de soins, les résidents et leur famille. L'ensemble a été ensuite confirmé par un processus Delphi réactif utilisant une échelle de Likert à 5 points.
<b>Principaux résultats</b>	Plusieurs modifications ont été fournies à l'outil d'évaluation. Il prend la forme d'un livret de douze pages comportant 69 questions. Il a été divisé en 4 parties: la première partie comporte un ensemble de définitions permettant de mieux comprendre des termes liés à la sexualité. La deuxième partie explique l'utilisation de l'outil. La troisième partie regroupe 7 sections comprenant des questions sur: "la politique des établissements"; "les besoins des personnes âgées"; "l'éducation et la formation du personnel"; "l'information et le soutien pour la personne âgée"; "l'information et le soutien aux familles"; "l'environnement physique" et "la sécurité et la gestion du risque". Enfin la dernière partie comprend des informations sur la notation ainsi que des propositions d'amélioration du contenu.
<b>Limites</b>	Les experts sélectionnés dans la méthode Delphi, n'ont pas tous des connaissances suffisantes au sujet de la sexualité.
<b>Forces</b>	Développement d'un nouvel outil à partir d'une recherche dans la littérature et l'utilisation de la méthode Delphi regroupant plusieurs participants de divers milieux géographiques, diverses expertises. Chacun est libre d'exprimer ses commentaires de manière anonyme.

Article 5 : Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents.

<b>Auteurs/ année/ pays</b>	MROCZEK, B.; KUPRAS, D.; GRONOWSKA, M.; KOTWAS, A. & KARAKIEWICZ, B. 2013 Pologne
<b>Population / type d'étude</b>	85 résidents (60% de femme et 40% d'homme) vivant dans une institution en Pologne Etude mixte : revue de la littérature qualitative + étude quantitative explicative
<b>But de l'étude</b>	Le but de cette étude est d'analyser les besoins psychosexuels des personnes âgées résidant dans une institution en Pologne. Les auteurs ont essayé de répondre à la question : Comment les résidents satisfont-ils leurs besoins psychosexuels ?



<b>Intervention / méthode / instrument de mesure</b>	<p>Entretien face-à face durant la période de décembre 2010 et janvier 2011.</p> <p>L'enquête porte sur la corrélation entre les variables démographiques: l'âge, le genre, la situation familiale, les études, les problèmes de santé et leur influence sur les besoins psychosexuels. Le questionnaire a été constitué en se rapportant aux données d'une revue de la littérature.</p> <p>Instruments de mesure: échelle de Likert à 5 points et l'Index de Barthel (BI).</p>
<b>Principaux résultats</b>	<p>(77.6%) place le besoin de communication comme le plus important, suivi du : besoin du respect mutuel (75.3%), besoin de tendresse (64.7%) et le besoin d'assistance dans n'importe quelle situation (61.2%).</p> <p>Le besoin de la proximité physique avec un/une partenaire (45.9%), le besoin de vivre ensemble (33%) ainsi que le besoin de contacts intimes sont considérés comme moins important.</p> <p>L'étude a montré une différence quant aux besoins liés au genre, celle-ci a montré que les hommes attache plus d'importance au besoin de tendresse et à contrario les femmes trouvent plus important le respect et d'être assister dans différentes situations.</p> <p>Les résidents ont associé au sexe, premièrement les relations sexuelles (34%), puis le mariage (20%), les bisous (16%) et finalement un souvenir de jeunesse (surtout chez les femmes âgées, 13%). Une minorité des résidents considère le sexe comme s'enlacer (11%) ou les fantasmes avec une autre personne (6%). 5 % des résidents n'ont pas associé le sexe à quelque chose d'agréable.</p> <p>51% (61% d'homme et 49% de femme) soit 43 résidents ont dit ressentir une tension sexuelle. De ces 43 séniors, 14% ressentent une tension sexuelle une fois par semaine et 86 % rarement.</p> <p>24,7% des séniors interrogés sont restés actifs sexuellement et en ressentent du plaisir. 27,9% des hommes avouaient répondre aux tensions sexuelles par la masturbation ou en visionnant des films érotiques.</p>
<b>Limites</b>	<p>Le nombre de résidents est limité, l'échantillonnage est bas. Les résidents questionnés étaient majoritairement des femmes célibataires (dû au haut taux de mortalité des hommes en Pologne).</p> <p>Il était difficile d'analyser les facteurs qui favorisent les comportements sexuels et le sentiment que les besoins psychosexuels soient satisfaits, car il y a un manque d'informations de la part des résidents en rapport à leur état de santé et de leur satisfaction de vie.</p>
<b>Forces</b>	<p>Chaque résident a répondu à l'ensemble des questions contenues dans le questionnaire.</p> <p>Les personnes ayant de forts troubles cognitifs ont été exclues de l'étude.</p>

Article 6 : Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents : A study in residential and nursing homes.

<b>Auteurs/ année/ pays</b>	BOUMAN, W.-P.; ARCELUS, J. & BENBOW, S.-M. 2007 Royaume-Uni
<b>Population / type d'étude</b>	258 membres du personnel soignant dans 11 résidences et 237 personnels soignants dans 8 maisons de repos ce qui donne un échantillon total de 495 individus. Les foyers résidentiels et les EMS sont issus de l'arrondissement de Broxtowe à Nottingham. L'échantillon se compose de 95% de femme, 48% mariée. Etude quantitative descriptive
<b>But de l'étude</b>	Etudier l'attitude du personnel soignant dans les institutions concernant la sexualité des résidents
<b>Intervention / méthode / instrument de mesure</b>	Une enquête constituée d'un questionnaire descriptif utilisant la section « attitude » de l'échelle Askas (composée de 26 questions) ainsi que des variables démographiques a été envoyé par la poste à l'ensemble des établissements.
<b>Principaux résultats</b>	Le score total moyen de l'échelle ASKAS s'élève à 60 ce qui signifie que les attitudes des soignants sont modérément permissives. L'étude n'a pas montrée de différences significatives dans le score des attitudes des soignants travaillant dans les résidences et ceux en maison de repos. Cependant, il a été démontré que les infirmières en maison de repos sont plus négatives et restrictives. Les infirmières ayant peu d'expérience en gériatrie ont plus d'attitudes négatives et restrictives concernant la sexualité des séniors. La religion, le sexe et le statut marital n'ont pas d'influence sur les attitudes.
<b>Limites</b>	Lorsqu'il y a une enquête par questionnaire, seules les personnes intéressées par le sujet apporteront des réponses ce qui peut influencer les résultats. La distinction entre les personnes atteintes de démence et sans démence n'a pas été établie ce qui peut influencer également les résultats car les attitudes et l'approche des soignants sont différentes envers les personnes atteintes de démence. Le niveau d'éducation, l'ethnicité, la propre expérience sexuelle n'ont pas été déterminés à cause de l'anonymat du personnel soignant.
<b>Forces</b>	Un taux de réponse semblable et approprié du personnel soignant travaillant en maison de repos et dans les résidences minimise les biais.

## 5. RÉSULTATS / ANALYSE DESCRIPTIVE

Lorsque nous avons analysé les résultats des articles sélectionnés, nous avons constaté que plusieurs concepts émanaient fréquemment. Nous avons ainsi décidé de les intégrer dans trois grandes catégories, elles-mêmes, subdivisées en des sous-catégories.

### ☞ L'environnement comportant :

- ☞ l'espace de vie privée
- ☞ les règles institutionnelles et le rythme personnel des résidents et comment la sexualité est discutée et considérée
- ☞ le manque de partenaire
- ☞ l'interférence familiale

### ☞ Les résidents comportant :

- ☞ la diminution des capacités sexuelles en lien avec les capacités physiologiques ou les besoins sexuels
- ☞ les attitudes des résidents : conceptions ou postures du résident envers sa sexualité et celle des autres

### ☞ L'équipe pluridisciplinaire comportant :

- ☞ le manque de connaissances en lien avec la sexualité des personnes âgées
- ☞ le manque de communication sur les besoins sexuels des résidents
- ☞ les attitudes soignantes favorisant ou contraignant la sexualité
  - ☞ utilisation inappropriée de l'humour

## 5.1 L'ENVIRONNEMENT

### 5.1.1 Espace de vie privée

L'intérêt sexuel, selon la littérature, ne diminue pas nécessairement avec l'entrée en institution. Cependant, il a été démontré que les comportements sexuels sont restreints. De plus, selon une étude menée par Gibson (1999), consistant à examiner les conceptions du personnel soignant, des résidents et de leurs conjoints sur l'acceptabilité des comportements sexuels et leurs réponses, il a été démontré qu'en principe, les comportements ont été considérés acceptables ou inacceptables en pratique selon la disponibilité de la vie privée (Jayne, E & Assumpta R., 2010, traduction libre, p.3). En effet, l'espace privé joue un rôle important afin de laisser l'opportunité aux séniors d'avoir des comportements sexuels ainsi qu'une liberté. Le manque de vie privée est vu comme un élément restreignant les occasions d'expression de la sexualité des personnes âgées.

Celui-ci a été considéré comme une des barrières majeures à l'expression sexuelle dans les institutions. Son importance a été jugée plus élevée dans les réponses des soignants que dans celles des résidents selon l'étude de Mroczek & al. (2013).

Un manque de vie privée peut être engendré par la conception des structures institutionnelles (le manque de chambres individuelles ou de salles de bains), une étude de Zeiss et Kasl-Godley (2001), déclare que les contraintes environnementales...contribuent au manque d'occasions pour les personnes âgées vivant dans des paramètres de soin à longue durée à s'engager dans une activité sexuelle (Jayne, E. & Assumpta R., 2010, traduction libre, p.3).

Il est vrai que selon Mroczek, B. & al. (2013), traduction libre :

Les réunions (41.2 %, 35), des événements culturels (30.6 %, 26), la liberté personnelle et le respect de la vie privée (22.4 %, 19) sont les éléments qui créent des conditions favorables pour respecter des nouvelles personnes, avoir des conversations et faire des projets pour l'avenir (p.5).

Néanmoins, pas tous les résidents en maison de soins infirmiers ne peuvent satisfaire leurs besoins psychosexuels. Seulement 39 % (33) [échantillon de 85 résidents] des personnes interrogées ont dit qu'elles avaient une telle possibilité (Mroczek, B., 2013, traduction libre, p.5) .

Selon Villar, F. (2014), traduction libre :

[Le] fait que les autres personnes étaient présentes tout ou presque tout le temps [rend l'activité sexuelle difficile]. Les compagnons dans la maison résidentielle deviennent une surveillance informelle qui contrôle le comportement des résidents. Ainsi, en complément du contrôle exercé par les membres du personnel (parfois décrit comme une façon bien intentionnée d'éviter les risques), des compagnons contrôlent aussi le comportement sexuel en le critiquant ou en le bavardant (p.5).

### **5.1.2 Les règles institutionnelles et le rythme personnel des résidents et comment la sexualité est discutée et considérée**

Les règles qui structurent quotidiennement la vie dans les RACFS, ont tendance à standardiser les horaires et à souligner des activités communes plutôt que des décisions personnelles de comment passer le temps (Villar, F., 2014, traduction libre, p.5). Il existe une variation d'éthique organisationnelle dans les institutions: une éthique restrictive et une éthique permissive. Selon Tzeng et al. (2009), une institution appuyée par l'église catholique favoriserait une éthique plutôt conservatrice envers la sexualité des séniors.

Dans les autres établissements, la sexualité était tolérable si elle ne portait pas préjudice aux autres résidents.

Selon Jayne, E.& Assumpta, R. (2010), traduction libre:

Le modèle médical qui a prévalu (avec son accent du maintien de la sécurité et répondant aux besoins de soins physiques) dans des maisons de repos n'a pas facilité la considération des besoins des résidents à exprimer leur sexualité. En utilisant l'approche du modèle médicale pour soigner, le personnel a adopté le rôle de décideur et a établi des routines qui ont facilité le bon déroulement des maisons avec une petite considération de l'impact de l'expression sexuelle sur les résidents (p.4).

### **5.1.3 Le manque de partenaire**

Dans l'étude de Villar et al., composée de 85 résidents, la moitié de l'échantillon (61% d'hommes et 49% de femmes) dit ressentir une tension sexuelle. 16.5% des séniors ayant des partenaires, ressentaient rarement une tension sexuelle 64.3% contre 39.4% des célibataires. Afin de se soulager, les séniors avouaient avoir recours à la masturbation et au visionnage de films érotiques. Pratiquer d'autres activités et marcher étaient également des moyens de distraction. Le manque d'individu du sexe opposé en institution peut jouer un rôle dans la liberté d'assouvir ses besoins sexuels. Dans l'étude de Villar & al (2014), comportant un échantillon de 100 personnes (53 personnels soignants et 47 personnes âgées) six résidents ont mentionné la barrière du manque d'occasion lié à la composition social dans les institutions. Dans une étude menée par Ginsberg (2005), le manque de partenaire, l'âge et le manque d'intérêt étaient généralement les barrières majeures à l'expérience sexuelle parmi cette auto-sélection, d'un groupe d'étude prédominé par des femmes (Jayne, E. & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p.3). Les hommes resteraient sexuellement actifs malgré un manque de partenaire selon l'étude de Mroczec.

### **5.1.4 L'interférence familiale**

L'interférence familiale a été mentionnée comme barrière à la sexualité dans l'étude de Villar et al.. Elle a été cependant classée 7<sup>ème</sup> (sur un classement de 7 catégories de barrières à l'expression sexuelle). Selon les commentaires, les familles peuvent être une source de restrictions et elles ont tendance à raccourcir ou empêcher l'expression de besoins sexuels de leurs parents qui vivent dans une RACF (Villar & al., 2014, traduction libre, p.6).

De plus, selon Jayne, E & Assumpta, R. (2010), traduction libre:

Miles et Parker ont aussi mis en doute les responsabilités morales et légales assumées du personnel en maison de soin pour surveiller l'intimité sexuelle consensuelle entre des résidents et agir en requêtes des membres de la famille pour intervenir et empêcher l'apparition de relations (p.4).

## **5.2 LE RÉSIDENT**

### **5.2.1 La diminution des capacités sexuelles en lien avec les capacités physiologiques ou les besoins sexuels**

Dans l'étude de Mroczek, B. & al. (2013), 85 résidents ont été interrogés sur leurs besoins psychosexuels. 77.6% ont constaté le besoin de communication comme le plus important dans une relation avec autrui ; 75.3% le respect mutuel ; 64,7% le besoin de tendresse ; 61.2% le besoin d'avoir un soutien dans n'importe quelle situation et; 45.9% le besoin d'une proximité physique. Le besoin classé comme secondaire a été le besoin de vivre ensemble, mentionné par 33% de l'échantillon sélectionné. Indépendamment du type de maladies, les besoins de: proximité physique, de contacts intimes et de vivre ensemble ont été perçus comme non importants (Mroczek, B. & al., 2013, traduction libre, p.3). Dans une l'étude de Ginsberg et al. (2005), composée de 166 résidents, 80.1% ont recours à la masturbation ; 72.5% désirent s'étreindre ; 67.9% s'embrasser ; 66.9% être accompagnés /se tenir la main ; 66.4% faire l'amour et 62.4% avoir des caresses mutuelles. 26% des hommes déclarent la tendresse comme importante et 73.5% la considèrent comme très importante. Les femmes quant à elle accordent plus d'importance au besoin de soutien dans n'importe quelle situation.

Selon cette même étude, 34% des séniors associent le sexe aux relations sexuelles ; 20% au mariage ; 16% aux bisous ; 13% à un souvenir de jeunesse, 6% à se câliner ou aux fantasmes et enfin 5% à quelque chose de désagréable.

Malgré que l'âge avançait, le groupe d'étude était toujours sexuellement actif et un nombre important des séniors désirait être encore plus actif sexuellement (Jayne & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p.2). Environ 24.7 % des personnes interrogées sont restées actives sexuellement et éprouvent du plaisir au sexe (Mroczek, B., 2013, traduction libre, p.4).

Selon Jayne & al. (2010), traduction libre :

[Il a été] constaté que tandis que 92% (dans une étude de 118 personnes) des personnes interrogées désirent avoir du sexe une fois par semaine, moins de la moitié ont rapporté avoir une activité sexuelle par semaine et approximativement la moitié ont rapporté penser au sexe au moment de l'étude.... (p.2)

Ainsi, l'intérêt au sexe et à la sexualité ne diminue pas avec l'âge, bien que les niveaux d'activités puissent diminuer (Jayne & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p.2). En effet, la recherche a constaté que la nature de l'activité sexuelle change avec le vieillissement, probablement pour compenser les changements physiques ou psychologiques....(Jayne & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p.2). La diminution des activités et de l'intérêt sexuels pourraient avoir des impacts biologiques, d'attitudes et de situations. Dans l'étude de Mroczek, B. (2013) 92% des séniors et 67% des séniors plus âgés considèrent l'abstinence sexuelle comme nuisible.

### **5.2.2 Les attitudes des résidents : conceptions ou postures du résident envers sa sexualité ou celle des autres**

Une des barrières majeures provient des attitudes des résidents. Les « résultats [d'une étude de Zeiss et Kasl-Godley (2001)] ont avancé que la vision de l'environnement socioculturel où la personne grandit et les visions culturelles dominantes influencent les attitudes liées au sexe et la sexualité des personnes âgées (Jayne & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p.3). Ces visions sont des facteurs de générations, tout comme l'enseignement (ou le manque d'enseignement) ou encore l'importance des valeurs religieuses pour les générations actuelles des personnes âgées (Villar & al., 2014, traduction libre, p.5). Les stéréotypes jouent également un rôle important dans le niveau de confort de l'individu à exprimer librement sa sexualité.

En effet, selon l'étude de Villar & Al. (2014), traduction libre :

Selon les participants, il y a une croyance que la sexualité est socialement et moralement inappropriée chez les âgés et ceci gêne la liberté d'expression et l'intérêt aux besoins sexuels, associé à la honte, à l'embarras ou à de la culpabilité (p.5).

Les comportements sexuels peuvent être intolérables selon ses propres croyances, l'embarras de la situation et la probable perturbation d'être surpris pendant l'acte. L'âge aurait une incidence sur la quantité des comportements sexuels.

En effet, dans une étude effectuée par Bortz et al.(1999) abordant le fonctionnement sexuel des séniors masculins, les auteurs ont considéré que seul l'âge était une prédiction inadéquate des comportements sexuels des personnes âgées masculines (Jayne, E & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p.2).

Selon Gott (2006), changer les attitudes des séniors envers la sexualité ainsi qu'améliorer les traitements disponibles pour les dysfonctionnements sexuels permettrait de changer les mœurs.

De plus, selon Jayne, E. & Assumpta, R. (2010), traduction libre :

Gott a prévu que la médicalisation de la sexualité, en association avec la perception de beaucoup de personnes âgées, que le sexe est une question importante de qualité de vie, qui peut mener à augmenter la demande de conseils et de traitements des problèmes sexuels des personnes âgées (p.3).

### **5.3 L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE**

#### **5.3.1 Manque de connaissances en lien avec la sexualité des personnes âgées**

Selon Lieslot et al. (2011), traduction libre :

Les scores modérés prédominant dans la section des connaissances de l'échelle Askas (Glass et al , 1986; . Glass et Webb , 1995 ; Quinn - Krach et Van Hoozer, 1988; Geudens et Van Acker , 2002) ont indiqué que les infirmières ont des connaissances limitées sur la sexualité des personnes âgées en général (p.8).

Dans l'ensemble, le personnel soignant a d'avantage de connaissances lorsqu'on aborde la physiologie féminine (60 bonnes réponses) que celle masculine (entre 38% et 68% de réponses « je ne sais pas »).

Il a été démontré que l'âge des infirmières a un impact sur leurs connaissances de la sexualité des aînés. En effet, selon une étude de Hillman et Stricker (1996) un plus grand âge a été associé à des connaissances accrues et une compréhension de la sexualité des personnes âgées (Jayne, E & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p. 3) Deux études (Glass et Webb , 1995; Quinn - Krach et Van Hoozer , 1988), le confirment : plus leur âge augmente et, plus les infirmières deviennent mieux informées sur la sexualité des résidents âgés (Lieslot, M. et al, 2011, traduction libre, p.9).

Dans une étude de Geudens et Van Acker (2002), les études démontrent, au contraire, que la connaissance diminuait à mesure que les infirmières soient plus âgées (Lieslot, M. et al., 2011, traduction libre, p.9).



Les convictions religieuses, un statut plus haut, l'ethnie caucasienne ainsi qu'un niveau d'enseignement supérieur ou d'éducation scolaire sont des facteurs augmentant les connaissances des soignants sur la sexualité des séniors selon l'étude de Lieslot, M. & al. (2011).

Toutefois, il a été reconnu que les membres du personnel pourraient être plus prudents sur les questions d'intimité, ou pourraient être mieux formés sur la sexualité (Villar, F. et al., 2014, traduction libre p.6). En effet, Salzman (2006)...a conclu que les professionnels avaient souvent peu ou aucune formation sur la sexualité des âgés et par conséquent perçoivent l'expression de la sexualité des personnes âgées comme un comportement problématique (Jayne et al., 2010, traduction libre, p.3). Ainsi, il a été démontré qu'assister aux formations continuerait améliorerait les connaissances des soignants liées à la sexualité des aînés. Néanmoins, Glass et al. (1986 ) ont rapporté qu'une... participation accrue aux formations continues semblait être liée à moins de connaissances (Lieslot, M. et al, 2011, traduction libre, p.9). Selon les études de Geudens et Van Acker 2002; Glass et Webb, 1995 et Luketich, 1991, le personnel soignants souhaiterait plus d'informations sur la sexualité des âgés et de soutien concernant des cours de formations (Lieslot, M. et al, 2011, traduction libre, p.10).

### **5.3.2 Manque de communication sur les besoins sexuels des résidents**

Dans l'étude de Villar et al., le membre du personnel ainsi que quelques résidents mentionnent en troisième position (sur 7 barrières) le manque de communication relative à la sexualité des personnes âgées.

Selon Jayne, E. & Assumpta, R. (2010), traduction libre:

Aizenberg et al. (2002) ont effectué des entretiens semi-structurés pour examiner les attitudes envers la sexualité et les comportements recherchant de l'aide parmi les personnes âgées vivant indépendamment dans des établissements de maison de repos à Tel Aviv. La majorité des participants ont estimé que la sexualité devrait être ouvertement discutée par des professionnels de santé et qu'ils chercheraient de l'aide médicale pour le dysfonctionnement sexuel (p.3).

Dans l'étude de Villar et al., le manque de communication semble avantager les résidents et les membres du personnel, étant donné que la sexualité est une question perçue comme difficile à aborder (Villar, F. et al., 2014, traduction libre, p.6).

### **5.3.3 Attitudes du personnel soignant envers les comportements sexuels des résidents**

Selon l'étude de Villar et al., les attitudes du personnel soignant participent à l'expression des besoins sexuels des résidents. Cette barrière a été mentionnée en 6<sup>ème</sup> place, particulièrement par le personnel soignant. En effet, Parker (2007)... conclut sur la base de preuves disponibles que les attitudes du personnel .... étaient la barrière majeure à l'expression sexuelle des résidents (Jayne, E. & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p.3).

Selon Lieslot, M. et al. (2011), traduction libre:

Lorsque le comportement érotique a été affiché, les réponses du personnel soignant étaient généralement négatives, reflétant des sentiments de dégoût, d'inconfort et d'embarras. Il semblait y avoir une ligne très mince entre le comportement érotique et le harcèlement sexuelle ou les abus. Par conséquent, la plupart des infirmières étaient enclins à interdire ce type de comportement afin de protéger les autres fournisseurs de soins et/ou résidents (p.11).

Dans l'ensemble, le personnel infirmier a démontré des attitudes plutôt positives envers la sexualité des personnes âgées (Lieslot, M. et al., 2011, traduction libre p.10). Dans l'étude de Bouman et al., utilisant la partie d'attitudes de l'échelle Askas, le score total moyen était 59.92, avec un écart-type de 12,18. Le score le plus élevé était de 109 et le plus bas de 34 (Bouman, W.-P. & al., 2007, traduction libre, p.6).

Selon Lieslot, M. et al. (2011), traduction libre:

Selon Damrosch, cependant, la plupart des infirmières semblaient être convaincues que leurs collègues préféraient des résidents sexuellement inactifs (Damrosch , 1982, 1984). Seuls Glass et al.(1986) ont signalé des attitudes très restrictives concernant l'expression sexuelle des personnes âgées institutionnalisées (p.10).

Les soignants auraient plus d'attitudes restrictives envers la sexualité lorsqu'ils s'occupent de résidents avec une haute dépendance, lorsqu'ils ont un poste à niveau supérieur, un haut niveau de formation scolaire et une ethnie asiatique.

L'âge et l'expérience du personnel soignant ont été mentionnés dans trois des études sélectionnées (Bouman, W.-P. (2007); Jayne, E. & Assumpta, R. (2010); Lieslot et al. (2014)) et ont été démontrés comme ayant une influence sur les attitudes envers la sexualité des séniors.

Les changements d'attitudes semblent être légèrement plus observés lorsque les infirmières sont plus jeunes, moins instruites, moins expérimentées et moins bien informées (Livni, 1994) (Lieslot, M., 2011, traduction libre, p.10).

Un personnel d'âge plus jeune et avec une expérience de moins de cinq années de travail dans une maison de soin était prédictif d'attitudes négatives envers la sexualité des âgés (Jayne, E. & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p.4).

Un niveau de formation élevé, l'aisance à répondre aux questions sexuelles des patients et un personnel soignant plus âgé (Bouman, W.-P. et al. (2007); Lieslot, M. et al. (2011)), seraient plus enclin à des attitudes permissives.

L'intervention éducative et la formation continue seraient des éléments favorisant les attitudes permissives.

En effet, selon Lieslot, M. (2011), traduction libre:

Walker et Harrington (2002) indiquent que le programme d'éducation pourrait changer les attitudes envers la sexualité des personnes âgées dans un but d'augmenter la tolérance....Le désir d'informations supplémentaires et de cours éducatifs concernant la sexualité des personnes âgées indiquent que les attitudes positives pourraient augmenter la volonté du personnel infirmier à améliorer leurs connaissances dans ce domaine (p. 11).

En ce qui concerne les variables du genre du personnel soignant et de la religion :

Selon Lieslot, M. et al. (2011), traduction libre:

Geudens et Van Acker (2002) ont signalé que l'attitude du personnel de soins infirmiers est influencée par le sexe. Les soignants masculins se sont avérés significativement plus permissifs envers la masturbation et aux chambres à deux lits que leurs collègues de sexe féminin (p.11).

Dans l'étude de Bouman et al. (2007) il n'y avait aucune relation significative entre les réponses du personnel soignant liées à la sexualité et le genre (Bouman, W.-P., 2007, traduction libre, p.6).

De plus, Glass et Webb (1995) ont trouvé une corrélation importante entre le taux de religion et les attitudes sexuelles concernant les personnes âgées. Un taux de religion plus élevé est lié à des attitudes plus restrictives (Lieslot, M., 2011, traduction libre, p.11). Dans l'étude de Bouman et al. (2007), lorsqu'ils ont comparé les résultats de l'Askas selon la religiosité aucune différence statistique n'a été observée entre les deux groupes (Bouman, W.-P., 2007, traduction libre, p.6).

### **5.3.3.1 Utilisation de l'humour:**

Dans une étude de Bauer et Geront (1999), il a été mentionné que les soignants ayant moins d'une année de travail en institution auraient plus recours à l'utilisation de l'humour de manière inappropriée face aux besoins sexuels des résidents: il a été discuté que l'humour sain doit être inclus. Cependant, la recherche a souligné que l'humour adressé aux résidents était inapproprié quand il était utilisé comme un moyen de contrôle social (Jayne, E. & Assumpta, R., 2010, traduction libre, p. 4).

Selon Lieslot, M. et al. (2011), traduction libre:

Bauer (1999) débat sur l'utilisation de l'humour dans le traitement des incidents sexuels dans le cadre des maisons de soins infirmiers. L'humour sous la forme de la plaisanterie, des réponses spirituelles, et des dialogues titillant a été utilisé non seulement comme une stratégie d'adaptation, mais aussi comme un moyen de susciter la coopération des résidents. L'humour fonctionne alors comme une indication claire de désapprobation, forçant les résidents à respecter les normes en vigueur au sein de la maison de repos. Utilisé comme une forme de contrôle social, l'humour décourage les comportements indésirables tels que des actes sexuels entre les résidents. L'humour, donc, cache souvent les besoins et désirs sexuels des personnes âgées institutionnalisées (p.12).

## **6) DISCUSSION / ANALYSE CRITIQUE**

Précédemment, nous avons mis en lumière les principaux résultats issus de notre revue de littérature. Des similitudes ainsi que des différences ressortent de nos études. Dans l'ensemble, les recherches sélectionnées se complètent. En lien avec notre question de recherche, les articles ont pu amener des éléments de réponses ainsi que des pistes de réflexions.

Dans notre société, les normes concernant la sexualité des personnes âgées sont stéréotypées, à tel point que celles-ci sont vues comme des personnes asexuées. Heureusement, il existe une minorité de personnes âgées qui refusent d'être dominées par ces normes sociales et qui sont actives sexuellement. Tous les articles se rejoignent sur le fait que la sexualité est une composante importante pour la personne âgée et sa qualité de vie. Malgré les normes sociales, certains individus âgés, par choix, ne ressentent pas le besoin de sexualité, le considérant comme non essentiel dans la vie. De plus, la littérature montre que les personnes âgées ont reçu une éducation répressive, où la sexualité est considérée comme un péché par les représentants religieux lorsqu'elle n'avait pas comme but la procréation.

A leur époque, la sexualité était un sujet tabou, qui n'était pas ouvertement abordée et il n'y avait pas d'éducation sexuelle à l'école jusqu'aux années 1970. Cela a eu un impact sur la mentalité des personnes âgées d'aujourd'hui, car celles-ci ont des comportements restrictifs concernant leur propre sexualité, n'étant pas jugée convenable pour leur âge. Beaucoup de séniors considèrent les comportements sexuels comme des comportements inappropriés. Les résidents rencontrent une difficulté à nommer des barrières à leur sexualité, soit parce qu'ils n'ont plus de sexualité ou soit parce qu'elle est jugée satisfaisante. A contrario, le personnel soignant a nommé plusieurs barrières à la sexualité des personnes âgées ce qui signifie qu'ils sont plus conscients qu'il existe des empêchements à sa libre expression.

Selon Roy, la personne doit être vue de manière holistique et doit avoir une capacité d'adaptation dans un environnement changeant. Si les stéréotypes âgismes ainsi que son éducation influencent la personne sur sa perception et ses comportements envers sa sexualité, son mode "concept de soi" est affecté. Le mode "fonction de rôle dans le soi moral, spirituel et éthique" l'est également car la personne prendra en compte les attentes de la société et agira selon les normes sociales, en excluant toute forme de sexualité jugée comme inconvenable.

Ainsi, il est important selon nous d'agir contre les stéréotypes sur la sexualité des personnes âgées et plus précisément, en tant qu'infirmière, de changer notre regard sur ceux présents dans les établissements de soins. Par exemple, en apportant des informations sur la sexualité des aînés dans les cours d'éducation sexuelle donnés aux enfants. Ceci permettrait de changer les mœurs au fil du temps et qu'au plus jeune âge l'on considère la sexualité des personnes âgées comme normale et non comme des comportements inappropriés. De plus, nous avons pensé qu'il serait judicieux de créer des activités au sein de l'EMS impliquant la sexualité des séniors. Serait-il possible de créer des jeux en rapport à la sexualité des personnes âgées? Ou même d'avoir des cours d'éducation sexuelle dans l'institution en sachant que chacun est libre d'y participer? L'infirmière doit être à l'écoute et apporter du soutien aux personnes âgées désirant avoir des rapports sexuels mais devraient également faire attention à respecter les personnes qui ne veulent pas ou ne ressentent pas le besoin d'exprimer leur sexualité, car chaque personne est unique et diverses attitudes peuvent être observées d'un résident à un autre. De plus, en intégrant la sexualité dans sa prise en soin, l'infirmière prend en compte l'entièreté des besoins de l'individu et crée une relation de confiance. Ce qui faciliterait la communication et permettrait au patient de se sentir libre d'exprimer ses besoins sexuels sans être influencé par des représentations sociales.

Son rôle est d'aider le patient à avoir une bonne estime de lui-même en acceptant qu'il puisse avoir une sexualité malgré son âge dans notre société actuelle et à se sentir à l'aise pour demander des conseils et entretenir des relations sexuelles afin d'assouvir ses besoins améliorant ainsi sa qualité de vie. Car selon Price, 2009 "le désir sexuel est néanmoins un élément essentiel de sa propre identité" (Lieslot & al., 2011, traduction libre, p.13).

Dans plusieurs articles, la satisfaction des besoins sexuels et la qualité des rapports sont liées à une meilleure qualité de vie et à un bien-être personnel. La maladie aurait tendance à baisser l'activité sexuelle. La barrière de mauvaise santé dans l'étude de Villar & al (2014) a été citée plus de fois par les résidents que par les soignants. Elle est considérée, selon eux, comme un empêchement à avoir des rapports intimes. Ceci pourrait être dû par le fait que les personnes âgées considèrent que le sexe est associé à la capacité à avoir une érection ainsi qu'une pénétration, ignorant toutes autres possibilités de sexualité. Cependant, selon une étude de Lindau et Gavrilova (2010), il a été prouvé que les problèmes de santé [...], font seulement une légère différence à leurs besoins psychosexuels et leurs comportements sexuels (Mroczek & al., 2013, traduction libre, p.6). De plus, il a été démontré que les hommes ressentent plus des tensions sexuelles et étaient plus actifs sexuellement que les femmes. Ceci pourrait être en rapport au veuvage, à l'éducation et à l'âge plus avancé des femmes et au fait que les hommes fréquentent des femmes plus jeunes, ce qui a pour effet d'accroître leur libido. Le manque de partenaire est également à prendre en considération. De plus, lié au vieillissement des parties génitales, les femmes rencontreraient plus de difficultés à avoir des rapports sexuels et à en être satisfaites. Le vieillissement a un impact sur l'image que les personnes âgées portent sur eux-mêmes. En effet comme vu précédemment, "les changements de l'image corporelle sont une source d'anxiété pour l'individu et peuvent amener des problèmes fonctionnels" (Morin, G., 1986, p.272).

Selon Roy, la bonne santé de la personne est lorsque ces quatre modes ne sont pas touchés ce qui permettra qu'elle s'épanouisse sexuellement. Cependant, lorsqu'on parle de sexualité des personnes âgées, les quatre modes sont partiellement ou totalement affectés. Ainsi, la personne n'atteint pas le bien-être et la satisfaction de ses besoins.

Les infirmières devraient informer les résidents qu'il existe diverses pratiques permettant d'avoir une sexualité malgré un mauvais état de santé (par exemple, l'affection, la romance, l'intimité et la compagnie) et que celle-ci n'est pas réservée à la jeunesse car les relations sexuelles n'impliquent pas forcément que les organes génitaux.

Malgré certains effets secondaires, des traitements peuvent être prescrits car lorsqu'il s'agit de troubles sexuels surtout chez les hommes, cela peut être très mal vécu et peut atteindre leur mode d'image de soi et d'interdépendance.

Pour ce faire, il est nécessaire que la personne puisse parler avec l'infirmière de ses dysfonctionnements. Être en mauvaise santé ne devrait pas empêcher une personne à vivre sa sexualité. De plus, lorsque la personne n'a pas l'opportunité d'avoir un partenaire, des assistances sexuelles peuvent être proposées en toute confidentialité. Celle-ci peut aider les personnes âgées à assouvir leurs besoins. L'infirmière devra également aider les séniors à s'adapter à leur vieillissement en les accompagnants dans l'acceptation des changements corporels dus au temps. Pourrait-il y avoir des cours donnés aux séniors afin de leur expliquer les différents dysfonctionnements sexuels liés à la vieillesse et comment y remédier ? Cela faciliterait la communication compte tenu de la difficulté pour certaines personnes âgées de ne pas oser prendre l'initiative de parler de leurs problèmes sexuels.

Le manque de vie privée a été cité comme la barrière la plus importante autant pour les résidents que pour les soignants. En effet, les articles sélectionnés se mettent d'accords sur le fait que plusieurs composantes empêchent l'expression et la satisfaction des besoins sexuels dans les établissements de soins, considérant la sexualité comme problématique dans ces lieux. Ceci pourrait être dû à un manque de directives sur la sexualité des résidents dans les politiques institutionnelles. Ainsi, par manque d'informations, les soignants auraient tendance à prendre eux même des décisions personnelles sur les comportements sexuels des résidents en fonction de diverses caractéristiques comme l'état de santé mental (démence) du résident, leur expérience personnelle, les considérer comme des êtres asexués ou encore l'avis de la famille etc... Ce dernier, souvent en désaccord avec les souhaits du résident, est très souvent pris en compte. En effet, les soignants se retrouvent souvent sous pression de la famille concernant les comportements sexuels du séniors et ont tendance à les écouter afin d'éviter les tensions. De plus, les structures et les règles institutionnelles restrictives focalisées sur les soins médicaux ne favorisent pas les moments d'intimité des résidents. En effet, les femmes et les hommes sont séparés lors de l'admission en EMS et il y a un manque de proposition de lits doubles. Seuls les couples mariés ont droit à ce privilège. A ceci s'ajoute le manque de confidentialité et de vie privé liés au contexte de résidences collectives.

Selon Roy, tous les stimuli externes ont un impact positif ou négatif sur les comportements des personnes âgées, ainsi ces dernières sont touchées dans leur mode de fonction de rôle.

En effet, elles sont parents de leur(s) enfant(s) mais lorsque l'on parle de sexualité souvent les rôles s'inversent et la famille prend la position de parents en prenant les décisions à la place du sénior. Le mode d'interdépendance est également affecté dans la relation soignant-soigné et parents-famille. Les soignants et les familles en restreignant les comportements sexuels de la personne âgée ne font pas preuve de respect envers ses besoins ce qui peut poser problème dans le bien-être des séniors.

Afin de résoudre les problèmes liés à l'environnement, nous avons trouvé intéressant l'outil SexAt permettant aux établissements de soins d'identifier les points à améliorer et d'analyser leurs politiques et directives afin de faire des modifications dans le but que la sexualité soit favorisée. Pour cela, une réforme au niveau institutionnel est nécessaire, cela permettrait aux soignants de prendre des décisions basées sur des directives communes à tout le personnel et non basées sur l'expérience de chacun. Les institutions doivent reconnaître les besoins sexuels des résidents, permettre une flexibilité dans l'organisation. Les chambres à lit doubles devraient être proposées. L'opportunité d'offrir un espace crée uniquement pour les moments d'intimité entre deux résidents et l'affichage de panneaux "ne pas déranger" devant la porte ont été proposés. Cependant, la confidentialité n'est pas vraiment respectée et les aînés se sentent de cette manière encore plus exposé à relater leur sexualité aux yeux de tous. C'est pourquoi, la possibilité de rentrer à domicile doit être prise en compte. Ainsi, les séniors peuvent avoir la liberté d'assouvir leurs besoins sexuels en toute intimité et sans que la collectivité contrôle leurs comportements. Néanmoins, il est important que l'environnement change pour le bien-être et la qualité de vie des résidents. En effet, la personne âgée subit déjà une perte dans ses capacités sexuelles, c'est pourquoi, l'agencement des institutions ne devraient pas contraindre d'avantage celle-ci. Le personnel soignant est souvent confronté entre les souhaits du patient sur sa vie sexuelle et sur ceux de la famille. Ceci pourrait être surmonté par l'inclusion d'une évaluation sexuelle lors de l'admission à la maison de soin, suivi par des revues régulières. Une telle évaluation pourrait inclure l'histoire médicale et sexuelle du résident, des espérances, la capacité à consentir aux relations sexuelles, la perspective des membres de la famille et d'autres facteurs liés à la santé sexuelle et le bien-être. Cette évaluation pourrait à son tour être incorporée dans le plan de soin des résidents (Jayne, E., 2010, traduction libre, p.6). Cependant, il est à savoir que l'infirmière a le droit de ne pas prévenir la famille des comportements sexuels du patient sans leur autorisation. En effet, le but est de préserver l'autonomie des personnes âgées, surtout quand ceux-ci ont la capacité de faire des choix éclairés pour eux-mêmes.



En somme, tous les établissements de soins devraient être appropriés afin de rendre le client à la l'aise en améliorant les possibilités de rapports sexuels entre les résidents en couple ou célibataire et en encourageant les nouvelles relations.

Les articles sélectionnés mettent en évidence l'impact des attitudes des soignants face aux comportements sexuels des personnes âgées. En effet, les soignants ont souvent un manque d'expérience sur la sexualité des séniors et ne savent pas comment réagir dans de telles situations. Les infirmières sont mal à l'aise face aux comportements sexuels inappropriés des résidents. Elles se sentent démunies et constatent qu'elles n'ont pas les outils nécessaires pour faire face à de tels comportements. Les infirmières qui ont plus de connaissances sur la sexualité, ont plus de facilité à aborder cette thématique avec les résidents et à se sentir plus confortables avec le sujet. L'âge de l'infirmière influencerait leur aisance à discuter et à comprendre la sexualité des résidents âgés. En effet, elles se rapprocheraient plus de l'âge des séniors et comprendraient d'avantage la situation. Les attitudes permissives des soignants permettraient aux résidents d'atteindre une qualité de vie optimale mais aussi d'améliorer les soins prodigués. A contrario, des attitudes négatives ont pour effet de déresponsabiliser les séniors ainsi les rendre incapable d'exprimer leur sexualité. Le niveau de formation sur la sexualité aurait un rôle important. En effet, les soignants ayant suivis une formation sur la sexualité des personnes âgées développeraient plus des attitudes positives et auraient une plus grande tolérance ainsi que de meilleures connaissances sur la sexualité.

Selon Roy, l'infirmière doit avoir des connaissances récentes et précises sur la sexualité et ses diverses composantes. Elle doit reconnaître l'importance de la sexualité pour le bien-être global de l'être humain.

Les infirmières devraient donc être plus favorables aux comportements sexuels des résidents et doivent considérer, soutenir et favoriser le besoin des personnes âgées de vivre une sexualité et ce qui fait sens pour elle. Face aux comportements sexuels inappropriés des résidents, la direction devrait faire preuve de soutien auprès du personnel soignant. Des supports et des conseils doivent leur être transmis afin qu'ils puissent considérer la sexualité des personnes âgées comme une composante nécessaire à leur bien-être et ainsi éviter les comportements restrictifs. Ceci peut se faire par la participation de formations continues au sujet de la sexualité des séniors. La littérature met en lumière trois composantes essentielles à un programme d'étude sur la sexualité : les pratiques, les connaissances et les attitudes. Plus, les infirmières identifient leurs attitudes envers la sexualité ainsi que les impacts sur celle-ci et sur leurs rôles propres, mieux elles comprennent l'utilité de changer leurs attitudes.



Les attitudes permissives sont favorisées aussi par l'expérience acquise sur le terrain grâce à la pratique. La création de pratiques simulées qui sont des simulations de situation de soins permet de mettre en lien la théorie et la pratique dans un contexte d'apprentissage et, donc, est une manière d'augmenter les attitudes positives des soignants. De plus, les formateurs devraient comprendre les attitudes restrictives du personnel soignant savoir pourquoi ils agissent de telle manière ? Ceci leur permettrait d'améliorer leur formation continue au fil du temps. Des cours sur la sexualité des personnes âgées, lors de la formation scolaire pour devenir professionnel de santé, devraient être donnés afin de sensibiliser le futur personnel sur cette composante. L'outil SexAt aurait comme objectif d'améliorer les soins dans les institutions et de normaliser et de favoriser la sexualité des résidents âgés. Cet outil ainsi que l'échelle ASKAS, celle-ci permettant d'évaluer les connaissances et les attitudes envers la sexualité des personnes âgées, pourraient aider les soignants à avoir un support.

## **7. Conclusion**

Pour conclure, de plus en plus de recherches sont établies sur la sexualité des personnes âgées. Cela pourrait être la conséquence d'une plus haute importance portée sur la sexualité par la société ainsi que par l'accumulation de comportements sexuels inadaptés dans les soins. De ce fait, des actions sont mises en œuvre afin d'y remédier et de répondre aux besoins sexuels des séniors ce qui leur permet d'atteindre un bien-être. Le métier infirmier joue un rôle essentiel dans la sexualité des aînés. En effet, l'infirmière a un contact permanent et humain avec le patient ceci permettant à cette dernière d'avoir la possibilité d'établir un lien de confiance et de permettre au patient de s'exprimer librement. Lorsqu'il existe une problématique en relation à la sexualité d'un patient, le suivi constant de l'infirmière lui permet de repérer les comportements sexuels inadéquats et de mettre en place des stratégies pour y palier. Il existe certes une complexité à remédier à cette problématique. Cependant, nous pensons qu'en changeant les perceptions, les stéréotypes liés à la sexualité dans les milieux de soins, les infirmières, en rassemblant leurs compétences, pourraient apporter des changements. Finalement, nous pensons avoir pu apporter des éléments de réponses à notre question de recherche, mais le thème de la sexualité des personnes âgées reste à approfondir d'avantage. L'élaboration de ce travail a changé nos propres perceptions de la sexualité chez la personne âgée et nous a permis de nous rendre compte de l'importance du respect des diverses composantes liées à la sexualité dans les institutions. Les outils issus de nos recherches pourront être utilisés dans les unités de soins, dans notre futur professionnel.

## **7.1 Apports et limites du travail**

Les échantillonnages de petites tailles ainsi que les diversités géographiques des articles scientifiques, ces dernières posant une limite en conséquence des différences culturelles entre les pays, ont été les limites les plus citées dans nos articles sélectionnés. Ces deux types de limites rendent les résultats des études difficilement généralisables. De plus, il y a un manque dans la littérature des perceptions des résidents quant à leur sexualité. En effet, souvent les études questionnent d'avantage les soignants qui ont, comme nous avons pu le remarquer, des perceptions différentes de celles des résidents ce qui peut avoir pour conséquences des résultats faussés. A ceci s'ajoute qu'il y a dans notre société actuelle, une représentation sociale que les hommes ont plus de besoins sexuels que la femme. Les études se focalisent donc plus sur ces premiers ignorant les avis féminins.

Concernant notre travail de bachelor, les limites rencontrées lors de l'élaboration de notre revue de littérature sont nombreuses. Nous n'avons pas réussi à trouver d'études élaborées en Suisse. Lors de notre première recherche, nous souhaitions inclure uniquement des articles établis en Europe, ce qui avait pour but de se rapprocher un peu plus de notre pratique professionnelle. Cependant, nous n'avons pas pu sélectionner assez d'études pertinentes. C'est pourquoi, nous avons dû élargir nos recherches. La langue était une autre limite de notre travail, les six articles sélectionnés pour notre revue de littérature, ont été traduits entièrement en français afin d'améliorer leur compréhension. De multiples études scientifiques traitant de la sexualité des personnes âgées étaient axées principalement sur les personnes atteintes de démences, ce qui n'était pas principalement dans notre thème. Néanmoins, elles apportaient des éléments de réponses à notre question de recherche.

Nous espérons que les éléments de réponses apportés dans ce travail pourront aider à améliorer la pratique de soins axée sur la sexualité des personnes âgées en institution et que d'avantage d'études soit établies afin de considérer la sexualité des aînés comme un besoin et non comme une problématique.

## **7.2 Recommandations**

En perspective, il serait intéressant pour les recherches futures, d'établir d'avantage d'études sur la sexualité des aînés en Europe, mais plus principalement en Suisse, car il serait judicieux de pouvoir comparer les résultats suisses et ceux européens afin de voir s'il y a des différences d'un pays à un autre.

Les articles que nous avons analysés, nous ont laissé perplexes quant à certains résultats ambigus ou contradictoires, concernant l'influence de certaines variables démographiques, soulignant la nécessité d'approfondir les recherches sur leur corrélation avec les attitudes et les comportements infirmiers. Le fait d'intégrer les personnes atteintes de démence peut biaiser les résultats sachant que les soignants auraient tendance à avoir des comportements plus restrictifs lors de comportements sexuels entre personnes atteintes de démences au sein de l'établissement. C'est pourquoi, il serait intéressant de les omettre afin de voir si les résultats changent et si donc c'est l'incapacité du résident à avoir une sexualité consentante qui pose problème aux professionnels de santé. Afin de remédier au manque de considération des perceptions des résidents, il devrait y avoir plus d'études qualitatives auprès de ceux-ci ce qui enrichiraient la littérature et la compréhension de cette thématique, car ceux-ci sont les mieux placés pour nous donner des réponses intéressantes concernant leur sexualité et leurs perceptions. D'autres études pourraient également être faites en intégrant la famille ce qui pourrait nous donner une vue global et améliorer la prise en soins en prenant compte de toutes les composantes.

De plus, des programmes d'études ont été amenés comme élément de réponses liées aux manques de connaissances sur la sexualité des soignants. Il serait donc pertinent et intéressant pour les recherches futures de confirmer le bénéfice de ces programmes et d'analyser comment ceux-ci modifient les attitudes du personnel soignant. Les infirmières ont besoin de baser leurs pratiques sur des données probantes afin d'accompagner la personne âgée dans sa sexualité sans gêne ou sans se sentir démunies. L'infirmière, à l'aise avec cette thématique, pourra fournir des informations, des préservatifs, orienter le résident auprès d'un professionnel ayant une formation sur la thématique de la sexualité mais aussi faire appel aux assistantes sexuelles. Tout cela nécessite de combler les lacunes existantes et de faire les changements nécessaires au sein des institutions dans le but de favoriser la sexualité des personnes âgées mais aussi de permettre aux soignants d'être mieux équipés pour accompagner les résidents dans leur sexualité.



*« Travailler auprès des personnes âgées, c'est décoder sans cesse à travers leurs réactions, même les plus difficiles, choquantes ou bien détestables, ce besoin insatiable d'aimer, d'être cajolé, touché, entouré d'affection et de soins pour leur corps. Tout signe de tendresse les bouleverse » (Holstensson et Rioufol, 2009).*

Tiré de: Femme actuelle, Liliane Jenner, 2013

## Références

### Ouvrages

- Alligood, M. & Tomey, A. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. USA : Mosby Elsevier seventh edition.
- Cavalli, S. (2012). *Trajectoire de la vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en institution ?* Chêne-Bourg : Georg.
- De Sutter, P. (2009). *La sexualité des gens heureux*. Paris : les arènes.
- Favre, N. & Kramer, C. (2013). *La recherche documentaire au service des infirmières : Méthodes et ressources*. Rueil-Malmaison, France : Editions Lamarre.
- Fèvre, M. & Riguidel, N. (2014). *Amours de vieillesse*. Rennes : EHESP.
- Hennezel, M. (2015). *Sex & Sixty : un avenir pour l'intimité amoureuse*. Paris : Robert Laffont.
- Holstensson, L. & Rioufol, M.-O. (2000). *Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution*. Senlis : Masson éditions.
- Lauzon, S. & Adam, E. (1996). *La personne âgée et ses besoins : interventions infirmières*. Québec : Renouveau pédagogique Inc.
- Lépine, N. (2008). *Vieillir en institution : sexualité, maltraitance, transgression*. Clamecy : la Nouvelle Imprimerie Laballery.
- Manoukian, A. (2011). *La sexualité des personnes âgées*. France : Wolters Kluwer.
- Manoukian, A. (2007). *Les soignants et les personnes âgées*. France : Wolters Kluwer.
- Morin, G. (1986). *Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation*. Québec : Chicoutimi.
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3 éd.)*. Montréal : Chenelipre/Education.
- Poletti, R. (1978). *Les soins infirmiers : théories et concepts*. Alençon : Corbière et Jugain.
- Provencher, H. & Fawcett, J. (date inconnue). *Les sciences infirmières : une structure épistémologique*. Inconnu : inconnu.
- Sutter, P. (2008). *La Sexualité des gens heureux*. Paris : les arènes.

## Articles/revues

- Bauer, M. ; Fertherstonhaugh, D. ; Tarzia, L. ; Nay, R. & Beattie, E. (2014). Supporting residents' expression of sexuality : the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities. *BMC Gériatrics*, 14, p. 1.
- 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), pp. 45-61.
- Doussot, P. (2008). Regard de la société sur la sexualité de la personne âgée. *La revue de l'infirmière*, 137, pp.40-41.
- Jayne, E. & Assumpta, R. (2010). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing*, (11-12). pp. 1668-1676
- Labro, N. (2007). L'institution hospitalière est-elle prête à s'adapter aux besoins des aînés ? *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 136, pp.272-275.
- Lefebvre des Noettes, V. (2007). Affectivité et sexualité du sujet âgé : obstacles à une sexualité harmonieuse du sujet âgé. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 136, pp.268-270.
- Lieslot, M. ; Van Elssen, K. & Gastman, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly : a literature review. *International journal of nursing studies*, 48 (9), pp. 1140-1154.
- Longerich, B. (2015). La liberté d'être soi. *Soins infirmiers*, 3, pp.60-64.
- Michon, F. & Varakine, J. (2009). Réflexion avec les étudiants en soins infirmiers autour de la pudeur et de l'intimité chez la personne âgée. *Soins gérontologie*, 78, pp.36-37.
- Morczek, B. Kupras, D. ; Gronowska, M. ; Kotwas, A & Karakiewicz,. (2013). Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57 (1), pp.32-38.
- Nicole, A.-M. (2015). Un besoin fondamental en mal de reconnaissance. *Inconnue*. pp.18-20.
- Ribes, G., Quiquandon, A., Gaucher, J. & Sagne, A. (2008). Intimité, sexualité en institution gériatrique. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 148, pp.458-462.
- Souchon, S. (2009). Intimité et sexualité de la personne âgée : postures soignantes en question. *Soins gérontologie*, 78, pp.21-24.
- Thibaud, A. & Hanicotte, C. (2007). Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? *Gérontologie et Société*, 122, pp.125-137.
- Villar, F. ; Celdran, M. ; Faba, J. & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs) : comparaison of staff and residents's view. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (11), pp.2417- 2697

## Liens internet

- Atger, F. (2007) *L'attachement à l'adolescence* Accès  
<http://www.cairn.info/revue-dialogue-2007-1-page-73.htm>
- Aumond, M. (1987) *Les dynamismes du vieillissement et les cycles de la vie : l'approche d'Erikson* Accès  
[http://pages.videotron.com/grafitis/PDF/Voc1/Erickson\\_vieillissement.pdf](http://pages.videotron.com/grafitis/PDF/Voc1/Erickson_vieillissement.pdf)
- Barret, E. A-M. (2002) *What is nursing science ?* Accès :  
<http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/1/51>
- Colson, M.-H. (2007) *Age et intimité sexuelle*. Accès :  
<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-3-page-63.htm>
- Fabregas B., Hubert J. (2015). Cours -Soins Infirmiers - Virginia Henderson. Accès  
<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>
- Jeandel, C. (2005) *Les différents parcours de vieillissement* Accès  
<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-2-page-25.htm>
- Labbé, J. (date inconnue) *La théorie de l'attachement* Accès  
[http://www.grainedemassage.fr/La\\_theorie\\_de\\_l\\_attachement.pdf](http://www.grainedemassage.fr/La_theorie_de_l_attachement.pdf)
- Larousse. (2015) *amour*. Accès  
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/amour/187580>
- Mallard, B. (2010) *Gériatrie : principaux processus* Accès  
<https://books.google.ch/books?id=J3kpAAwAAQBAJ&pg=PA11&dq=besoins+sexualit%C3%A9+henderson&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiVwoOiwqzMAhVBB8AKHRNzDFQQ6AEIYDAJ#v=onepage&q=besoins%20sexualit%C3%A9%20henderson&f=false>
- Maslow, A. (2008) *Devenir le meilleur de soi-même* Accès  
<https://books.google.fr/books?hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiVwoOiwqzMAhVBB8AKHRNzDFQQ6AEIYDAJ#v=onepage&q=besoins%20sexualit%C3%A9%20henderson&f=false>
- Organisation mondiale de la santé. (2016) *Santé sexuelle*. Accès  
[http://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/)
- Organisation mondiale de la santé. (2015) *Vieillesse et santé*. Accès  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
- Cortez J., Cutay R.-A., Cristobal M., De Jesus D., Daniel J. & Dayao G. (2008) *Nursing Theories*. Accès  
<http://nursingtheories.blogspot.ch/2008/07/sister-callista-roy-adaptation-theory.html>
- Thériault, J. (2001) *L'intimité au fil du temps* Accès  
[https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=EdGdGp9bb\\_sC&oi=fnd&pg=PA45&dq=erikson+capacit%C3%A9+%C3%A0+vivre+isolement+et+intimit%C3%A9&ots=qcqtRF0SMj&sig=L9kadaGgFnbQEeq1YpBqMkptc7r8#v=onepage&q=erikson%20capacit%C3%A9%20%20vivre%20isolement%20et%20intimit%C3%A9&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=EdGdGp9bb_sC&oi=fnd&pg=PA45&dq=erikson+capacit%C3%A9+%C3%A0+vivre+isolement+et+intimit%C3%A9&ots=qcqtRF0SMj&sig=L9kadaGgFnbQEeq1YpBqMkptc7r8#v=onepage&q=erikson%20capacit%C3%A9%20%20vivre%20isolement%20et%20intimit%C3%A9&f=false)
- Wikipédia. (2015) *Stade du développement psychosocial*. Accès :  
[https://fr.wikipedia.org/wiki/Stades\\_du\\_d%C3%A9veloppement\\_psychosocial#Amour:\\_Intimit.C3.A9\\_versus\\_Isolement\\_.2818-34\\_ans.29](https://fr.wikipedia.org/wiki/Stades_du_d%C3%A9veloppement_psychosocial#Amour:_Intimit.C3.A9_versus_Isolement_.2818-34_ans.29)

**Document multimédia**

Bottet, A.-C. (2009). *Le 3ème âge au 7ème ciel* [vidéo en ligne]. Accès <https://www.youtube.com/watch?v=m8qcYOUXEjw>

Buena Vista Social Club. (2014). *La vie affective et sexuelle des personnes âgées* [vidéo en ligne]. Accès <https://www.youtube.com/watch?v=gwflCtw2TEg>

France 3. (2009). *Les séniors, l'amour et la sexualité* [vidéo en ligne]. Accès <http://www.ina.fr/video/3935659001024>

Leconte, D. (2009). *Touche pas à mon vieux* [DVD]. [S.l.]: Arte France.