

Quelles interventions de soins efficaces peuvent être mises en place afin de répondre aux attentes et aux besoins sexuels des personnes âgées de plus de 75 ans en EMS ?

Travail de Bachelor

Par
Célia Meyer
Ana Santos Da Silva
Bachelor SI [2016-2019]

Sous la direction de : Marie-Noëlle Kerspern

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

11 juillet 2019

Résumé

La sexualité des personnes âgées en EMS est un sujet au cœur de l'actualité. En effet, de nombreux reportages et articles paraissant dans la presse abordent la prise en charge de cette expression sexuelle. Il en ressort souvent que de nombreux obstacles entravent cette prise en charge et qu'il n'y a que peu de considération pour cette problématique. Cette revue de littérature a pour objectif de présenter des interventions de soins efficaces qui peuvent être mises en place en EMS afin de répondre aux demandes et besoins sexuels des résidents de plus de 75 ans.

Méthodologie Nous avons recherché, sur les bases de données CINAHL et Pubmed, des articles scientifiques pouvant répondre à notre question de recherche. Ceux-ci ont été filtrés grâce à des critères d'inclusion et d'exclusion ainsi qu'à une brève lecture. Nous avons trouvé six articles correspondant, dont cinq qualitatifs et un quantitatif. Ces études ont été résumées et analysées à l'aide d'une grille de résumé et d'une grille critique. Cette étape nous a permis de ressortir tous les éléments importants de ces écrits et d'en relever quelles interventions EBN (Evidence Based Nursing) sont efficaces.

Résultats Les résultats de ces études ont été classés en trois catégories telles que la formation, les cadres réglementaires et légaux et l'aménagement de l'environnement. Les obstacles principaux ressortis sont le manque de connaissances des soignants sur la sexualité en gériatrie qui les freine dans leur prise en charge ; l'absence de protocoles, de lois et de directives au sein des établissements ainsi qu'un aménagement environnemental inadéquat qui démontre un manque d'intimité et de non-respect du rythme des personnes âgées.

Discussion La théorie centrée sur la personne de McCormack et McCance (2006), nous a permis d'analyser nos résultats. Cette théorie est en adéquation avec

notre problématique, du fait que dans la prise en charge de la sexualité, il est important de mettre le patient au centre de ses soins afin de comprendre quels sont ses attentes et ses besoins sexuels et ainsi pouvoir les intégrer au plan de soins de chacun des résidents. Grâce à cette revue, des interventions de soins ont été mises en évidence. Des recommandations pour la pratique ainsi que pour de futures recherches ont été citées. Enfin, les forces et les limites de ce travail ont été formulées.

Conclusion Des interventions de soins efficaces ont été ressorties et mises en avant dans le but de favoriser l'expression sexuelle en institutions pour personnes âgées. Celles-ci auront pour finalité de répondre aux attentes et aux besoins sexuels des résidents et ainsi favoriser leur bien-être et leur qualité de vie.

Tables des matières

Résumé	ii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Glossaire	viii
Remerciements	ix
Introduction.....	1
Problématique.....	6
Question de recherche	7
Objectifs	7
Cadre théorique	8
Théorie centrée sur la personne de McCormack et McCance.....	9
Quatre axes de la théorie	10
Le prérequis.....	10
L'environnement	11
Le processus	12
Le résultat	12
Concepts.....	14
Qualité de vie.....	14
Vieillesse.....	15
Les besoins, les demandes	15
Intimité	16
Bien-être.....	17
Méthode	18
Devis	19
Recherches et sélections d'articles	19
Critères d'inclusion	20
Critères d'exclusion :	20
Mots clés.....	21
Stratégies de recherche	22
Résultats	23
Traitement et analyse des articles	24
Présentation des articles	25

Effet d'une formation sur les attitudes et les croyances des soignants (Bauer et al., 2013b)	25
Perceptions des soignants sur leurs besoins en formation (Villar et al., 2017)	26
Perceptions des résidents sur leur sexualité (Bauer et al., 2013a)	26
Perceptions des soignants sur les expressions sexuelles et leur gestion (Shuttleworth et al., 2010)	27
Perception des directeurs sur les besoins des EMS (Syme et al., 2016)	28
Utilité d'un outil d'évaluation identifiant la satisfaction des besoins sexuels des résidents (Bauer et al., 2014)	28
Présentation des résultats	29
Formation	29
Cadres réglementaires et légaux	31
Aménagement de l'environnement	32
Discussion	34
Discussion des résultats	35
Liens avec le cadre théorique	41
Limites et forces	42
Recommandations pour la pratique	44
Recommandations pour des futures études	46
Conclusion	47
Conclusion personnelle	48
Références	50
Annexe A	53
Annexe B	55
Annexe C	67
Annexe D	80
Annexe E	96
Annexe F	107
Annexe G	121
Annexe H	132

Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Mots clés traduits en termes MeSH et descripteurs CINAHL</i>	21
Tableau 2 <i>Diagramme de flux</i>	22

Liste des figures

Figure 1. Schéma théorie centrée sur la personne	10
--	----

Glossaire

EMS	Etablissement médico-social
PA	Personne âgée
MeSH	Medical Subject Headings

Remerciements

Dans un premier temps, nous souhaitons remercier notre directrice de travail, Madame Marie-Noëlle Kerspern, pour sa supervision, ses corrections ainsi que ses conseils qui nous ont aidées dans la réalisation de notre travail de Bachelor.

Nous sommes également reconnaissantes envers Madame Florence Meyer et Monsieur Christophe Colliard pour leur regard neutre et leur temps accordé à la relecture et la correction de notre revue.

Pour finir, merci à nos proches ainsi qu'à nos amis, qui nous ont soutenues et supportées dans toutes les étapes, tant positives que négatives, de ce long travail.

Introduction

La santé, terme connu de tous, est un sentiment éprouvé lorsqu'on est en équilibre et en harmonie, soit à un niveau de bien-être qui favorise un fonctionnement optimal de l'humain (Gottlieb, L., Gottlieb, B., & Pollak, 2014). Alors que la santé sexuelle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2015) comme telle :

Un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence.

Demeure, à ce jour, un sujet tabou dans la société (Barth, 2017). Mais quand est-il de la sexualité des PA (personnes âgées)? Selon Hosdey-Radoux (2014, p.8), 53% de celles-ci âgées de 65 à 74 ans ont une vie sexuelle régulière alors que seulement 26% des plus de 75 ans n'auraient qu'un rapport sexuel par an. Cette diminution serait liée à l'entrée en EMS qui se révèle être fréquemment un environnement inadéquat pour l'expression sexuelle. En effet, il a été démontré que, si les conditions sont favorables, les PA gardent leurs capacités sexuelles ainsi que leur intérêt génital (Hosdey-Radoux, 2014, p.8). Ceci leur permettrait d'éviter la baisse de l'estime de soi ainsi que de diminuer les gestes ou paroles déplacés envers les soignants et favoriserait l'expression des besoins de la personne en préservant leur autonomie (RTS, 2014). De plus, la prochaine génération qui va entrer en EMS sera les « Baby-boomers » qui voudront aller au bout de leur plaisir, car c'est eux qui ont initié la sexualité libre de reproduction (Colson, 2007).

Cependant, diverses modifications physiques et psychiques apparaissantes avec le vieillissement influencent et modifient la sexualité, tant chez la femme que chez l'homme. En effet, la libido, l'excitation sexuelle et la capacité orgasmique peuvent

diminuer avec l'âge mais ne disparaissent pas et peuvent toujours s'exprimer (Daviaud, 2006, p.5). De plus, il a été démontré que la ménopause et l'andropause ne sont pas la fin de l'activité sexuelle, les organes sexuels fonctionnent toujours et peuvent encore procurer du plaisir (Hosdey-Radoux, 2014, p.13). On constate alors que la sexualité ne disparaît pas et qu'aucun facteur n'empêche son expression mais certains changements physiologiques ou psychiques peuvent la freiner.

La sexualité est-elle un droit des PA en institution ? D'un point de vue de la législation, le droit de l'homme en institution de soins garantit aux PA de pouvoir exprimer leur désir et leur affection, affirmer que leur corps existe toujours en tant que corps désirant, accéder au plaisir ainsi que vivre une vie sexuelle, relationnelle et affective épanouissante et responsable (Projet EUSTaCEA, 2010, p. 29-30). Tandis que le rôle de l'infirmier en EMS est d'offrir et de garantir des soins individualisés aux résidents, en tenant compte de ses besoins physiques, psychiques, affectifs, spirituels, sociaux et culturels (Fegems, n.d.). La sexualité en institution est alors un droit qui doit être respecté si un patient, ayant la capacité de discernement, souhaite le faire valoir. La capacité de discernement est une composante souvent remise en cause dans les EMS (Wolfensberger, 2014). Effectivement, la démence qui est un diagnostic très fréquent en ce milieu et défini comme une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser des activités quotidiennes (Réseaux Santé Vaud, n.d.) péjore souvent la capacité à prendre des décisions (Wolfensberger, 2014). Dans le cadre de la sexualité, la démence peut également engendrer des gestes inappropriés qui sont dus à une désinhibition. La personne peut se retrouver dans des situations problématiques telles que des masturbations en public, des attouchements ainsi que des propos sexuels et vulgaires, ce qui peut créer un malaise et une contrainte dans la qualité des soins.

Les besoins sexuels restants présents, chez les PA atteintes de démence, seraient encore plus exprimés (Hosdey-Radoux, 2014, p.20).

L'expression de la sexualité des PA comprend beaucoup d'obstacles. Parmi ceux-ci il y a les représentations sociales, l'environnement, l'organisation quotidienne ainsi que les censures des professionnels, des résidents et des proches (Hosdey-Radoux, 2014, p.19). À ce jour, la discussion autour de la santé sexuelle en institution reste un sujet sensible. Effectivement, les représentations sociales indiquent que les PA sont des humains asexués et/ou post-sexuels sans plaisir (Bianchi-Demicheli, 2013, p.23). La population définit le vieillissement sexuel comme la diminution du désir et des connaissances sexuelles et imagine qu'ils n'ont plus d'attrance envers le corps et considère que l'acte sexuel est comme honteux et pervers. Ces reflets ne sont pas anodins, car ils ont un effet néfaste sur la PA et peuvent provoquer un sentiment de solitude, de honte, une diminution de l'estime de soi et, pour finir, un dysfonctionnement physique et psychique (Hosdey-Radoux, 2014, p.8).

La sexualité des personnes âgées est alors un besoin physiologique et psychologique et surtout un droit. Cependant, la RTS (2014) ainsi que Lambelet & Hugentobler (2017) affirment que les maisons de repos ne sont pas un environnement favorable à cette expression, dû au fait qu'elles sont souvent agencées selon le modèle hospitalier (Hosdey-Radoux, 2014, p.19), avec entre autre des petits lits médicalisés (RTS, 2014). L'organisation quotidienne ainsi que la réglementation des institutions ne leur laissent que peu d'espace pour s'exprimer en liberté et dans l'intimité (Hosdey-Radoux, 2014, p.19). De plus, les regards d'autrui sont multiples et constants, la vie privée devient alors une vie communautaire (RTS, 2014 ; Lambelet & Hugentobler, 2017). Même en chambre, l'intimité n'est pas possible due à l'intrusion impromptue des soignants (Lambelet & Hugentobler, 2017). Dans un reportage de la RTS (2014), un couple qui s'est formé en institution raconte qu'il est difficile d'avoir

de l'intimité et des rapports sexuels dans un environnement et des aménagements inadéquats. Toutefois, les soignants ont mis à leur disposition un panneau « Ne pas déranger », qu'ils peuvent pendre à leur porte s'ils le souhaitent. On constate réellement que l'intimité et la sexualité en institution sont fréquemment mises de côté et peu prises en compte par les soignants. Selon Hosdey-Radoux (2014, p.40), parfois lors des soins intimes, du désir ou des fantasmes venant des patients peuvent se faire ressentir. De ce fait, il est important de laisser la place à l'expression de leurs besoins afin d'éviter la confusion. Le personnel soignant ainsi que le patient peuvent se sentir mal à l'aise face à une érection ou une demande d'attention lors des soins (RTS, 2014). Dès l'entrée en EMS, le pouvoir des proches devient important, notamment car ils payent souvent les frais liés à l'hébergement en maison de repos et c'est là que l'on retrouve la censure de la famille envers les besoins sexuels. En effet, il leur est difficile d'imaginer leur parent comme sexué et ayant une nouvelle relation affective (Hosdey-Radoux, 2014, p.38). Il est important pour le soignant d'être « l'arbitre » entre la famille et le patient, et d'écouter leurs arguments. L'interlocuteur principal de ce sujet doit être le résident et non les enfants, ce qui n'est souvent pas le cas (RTS, 2014).

De nos jours, les institutions réalisent l'importance de pallier cette ignorance et tentent de mettre en place des interventions (Lambelet & Hugentobler, 2017). Cependant, nous remarquons que la littérature à ce sujet n'est guère développée et peu de recherches sont encore publiées. En Suisse, même si cette intervention est encore difficilement considérée par les soignants, l'assistance sexuelle entre petit à petit dans les pratiques des EMS. Un directeur a affirmé que la collaboration d'une assistante sexuelle, dans les situations de demandes sexuelles, permet de diminuer significativement des comportements déplacés (RTS, 2014). Malheureusement, aucune loi sur les assistants sexuels n'est définie, néanmoins, chaque association

d'assistance sexuelle a une charte que chaque partie doit respecter (Giami, 2007). D'autres interventions sont mises en place, telles que des pancartes et des chambres intimes celles-ci ne préservent pas l'intimité des résidents car tout le monde sait ce qui se passe (Lambelet & Hugentobler, 2017).

Problématique

A l'heure actuelle, il existe de nombreux obstacles à l'expression de la sexualité des personnes âgées, tels que les représentations sociales (Bianchi-Demicheli, 2013, p.23), l'environnement inadéquat (Hosdey-Radoux, 2014, p.19 ; RTS, 2014), l'ignorance des droits des patients (Hosdey-Radoux, 2014, p.20) ainsi que le manque de connaissances et d'informations de la part des soignants, des patients et des proches (RTS, 2014). De nombreux soignants ne se sentent pas à l'aise avec les situations sexuelles et ont des difficultés à les gérer. Ceci provient en partie du manque de connaissances et de formations (RTS, 2014). Il est important d'introduire des actions dans les institutions afin de maintenir la santé sexuelle désirée des résidents et promouvoir leurs besoins. Et ainsi favoriser le bien-être et la qualité de vie qui dépendent de leur satisfaction.

Grâce à notre recension des écrits nous remarquons que peu d'interventions efficaces sont citées afin de faire face aux besoins sexuels des patients. On constate que dans certains EMS, trop peu d'interventions ont été mises en place telles qu'une assistance sexuelle, des panneaux ainsi que des chambres intimes. Ces actions ont pour but de pallier les comportements sexuels déplacés des patients et de répondre à leurs besoins. Les résultats se sont révélés positifs avec une nette amélioration (RTS, 2014). La mise en place d'actions visant à améliorer et favoriser l'expression sexuelle, ne peut qu'évoluer vers une meilleure qualité de soins centrés sur le résident.

Question de recherche

Quelles interventions de soins efficaces peuvent être mises en place afin de répondre aux attentes et aux besoins sexuels des personnes âgées de plus de 75 ans en EMS ?

Objectifs

L'objectif premier de ce travail est de faire un recensement des écrits sur les différentes possibilités d'interventions afin de favoriser l'expression sexuelle des personnes âgées de plus de 75 ans en EMS. Cette revue de littérature permettra de regrouper et développer les diverses interventions ressorties de la recension.

Cadre théorique

Théorie centrée sur la personne de McCormack et McCance

Pour notre travail de Bachelor, nous avons souhaité prendre comme cadre théorique la théorie centrée sur la personne selon McCormack et McCance car elle est en adéquation avec notre thématique puisqu'elle prend en compte le bien-être et la satisfaction du patient. Ce cadre théorique est inspiré de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers écrit en 1986. Contrairement à l'approche de Rogers, McCormack et McCance ne se sont pas intéressés qu'à la personne mais également à tout ce qui l'entoure (McCormack et McCance, 2006).

La théorie des soins centrés sur la personne a pour but de prendre en compte son bien-être, sa satisfaction, et d'augmenter son implication dans ses propres soins. L'approche de la centration sur la personne est une pratique établissant la formation et la promotion d'une relation thérapeutique entre les soignants, les personnes et leurs proches. Celle-ci est soutenue par les valeurs de respect de chacun, les droits individuels à l'autodétermination ainsi que d'une confiance mutuelle et compréhensive. Étant donné que le but principal de cette théorie est la satisfaction du patient, celle-ci est idéale pour la problématique de la sexualité chez les personnes âgées. Selon Formarier & Jovic (2012), les besoins sont identifiés grâce à « l'écart entre une situation problématique non satisfaisante et une situation souhaitable ». De ce fait, on peut dire qu'elle est en adéquation avec notre thématique car les besoins sexuels font partie de la satisfaction des patients.

La théorie se construit sous les quatre axes suivants : le prérequis, l'environnement de soins, le processus centré sur la personne ainsi que les résultats.

Le cadre explicite la nécessité pour les infirmières à explorer les pratiques de soins humanistes et authentiques ce qui va promouvoir le choix et le partenariat dans les

décisions et permettre d'aller au-delà des compétences techniques. Cette théorie est résumée dans le schéma centré sur la personne (voir Figure 1) (McCormack & McCance, 2006).

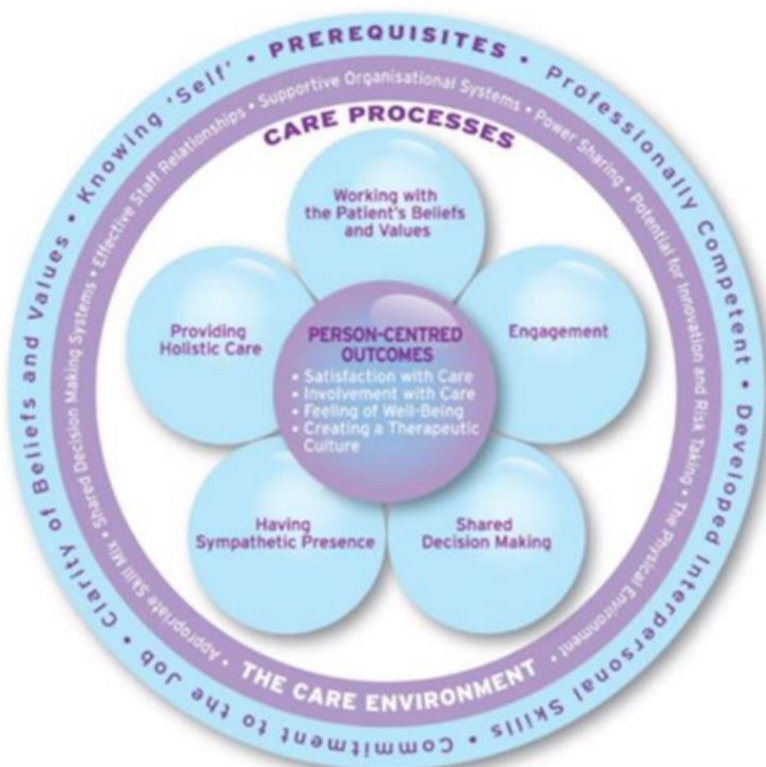


Figure 1. Schéma théorie centrée sur la personne

(McCormack et McCance, 2010)

Quatre axes de la théorie

Le prérequis

Il comprend les compétences professionnelles et interprofessionnelles, l'implication dans son travail, la capacité de montrer ses croyances et ses valeurs en se connaissant soi-même et en sachant où sont mes propres limites. L'infirmière doit avoir des compétences de négociation, de flexibilité, d'information, de mutualité, de

transparence et d'empathie (McCormack & McCance, 2006 p.475-477. [Traduction libre]).

Comme exprimé par les soignants d'un EMS dans un reportage, nous constatons qu'il existe un réel manque de connaissances et de pratique en ce qui concerne la sexualité des personnes âgées. En effet, une soignante a révélé être déstabilisée lorsqu'elle se retrouve confrontée à une demande sexuelle, ne sachant comment intervenir. De ce fait, on peut voir que les demandes et les besoins sexuels des résidents ne sont pas forcément pris en compte dans les établissements (RTS, 2014).

L'environnement

L'environnement met en avant la structure au sein de laquelle les soins sont dispensés. Elle nécessite certaines compétences telles que savoir analyser les besoins physiques et psychiques du patient, être attentif et connaître ce dernier en prenant le temps de partager le pouvoir décisionnel. L'environnement a un impact majeur sur les soins centrés sur la personne et est susceptible de limiter ou d'améliorer ceux-ci (McCormack & McCance, 2006 p.475-477. [Traduction libre]).

Comme on a pu le voir dans la littérature, l'intimité reste une problématique majeure pour les résidents en EMS, car la cohabitation entre plusieurs personnes au sein d'un établissement met de côté cet aspect. Notamment, lorsque les soignants entre en chambre, ils ne respectent que peu l'espace et le rythme de la personne. De plus, leur expression sexuelle est entravée, due aux représentations sociales des soignants, à l'organisation de l'institution ainsi qu'au malaise des professionnels en raison du manque de formation (Hosdey-Radoux ,2014, p.19).

Le processus

Cette composante se concentre uniquement sur le patient. Cela met en avant ses valeurs et ses croyances en tenant compte de ses connaissances et de son expérience. Ce processus permet au personnel soignant d'avoir une vision globale sur la vie du patient. Elle comprend également l'engagement ainsi que le partage de la prise de décision entre le soignant et le soigné (McCormack & McCance, 2006 p.475-477. [Traduction libre]). Selon McCormack (2006), il existe trois niveaux d'engagement :

- l'engagement complet : le patient et le soignant sont unis dans la relation.
- le désengagement partiel : le patient ou le soignant présente un problème, mais peuvent toutefois travailler ensemble.
- le désengagement complet : le patient et le soignant font le point et formulent un problème précis.

Selon la charte de la Fegems (n.d.), « Le soignant doit préserver autant que possible l'autonomie de la personne âgée, favoriser l'expression de son libre-arbitre et respecter ses choix ». Ceci en restant à l'écoute des patients même en ce qui concerne leurs besoins sexuels.

Le résultat

Cet axe comprend les résultats obtenus permettant de voir la satisfaction donnée au patient et l'implication de l'auxiliaire ainsi que le sentiment de bien-être. Le tout résultant sur un environnement serein dans lequel les décisions sont partagées et une bonne collaboration soignant-soigné souhaitée (McCormack & McCance, 2006 p.475-477. [Traduction libre]).

L'expression de la sexualité des personnes âgées comprend encore beaucoup d'obstacles qui entravent la satisfaction du patient et diminuent sa qualité de vie.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (Formarier & Jovic, 2012), la qualité de vie est définie comme : « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». En tenant compte de ses facteurs, seul le patient peut exprimer sa satisfaction.

Concepts

Nous avons décidé de prendre entre autre comme concept la qualité de vie comprenant le bien-être, dont l'expression sexuelle est une composante intégrante (Bauer, McAuliffe, Nay, & Chenco, 2013 ; Syme, Lichtenberg & Moye, 2016 ; Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzian, Nay & Beattie, 2014). Nous avons également choisi le concept du vieillissement car, selon Bauer et al. (2013), de nos jours, l'espérance de vie augmente et la vieillesse dure également plus longtemps. De ce fait, il y aura de plus en plus de monde dans les EMS qui sera touché par cette problématique. Le besoin est aussi un concept qui, selon Maslow (2004), doit satisfaire l'humain afin de lui garantir une bonne qualité de vie. Sachant que la sexualité fait partie intégrante des besoins humains (Santépsy.ch, 2019). Selon Syme et al. (2016) et Shuttleworth, Russell, Weerakoon & Dune (2010), le concept de l'intimité est un concept dont les soignants ignorent la sphère privée du résident en ne lui accordant pas de temps et d'espace personnel pour exprimer sa sexualité. Le dernier concept abordé est la bientraitance car l'éthique du patient est souvent ignorée lors de demandes sexuelles (Bauer et al., 2014). En effet, selon la littérature, la sexualité est un droit humain qui doit être respecté en institution (Projet EUSTaCEA, 2010, p. 29-30).

Qualité de vie

Selon Formarier & Jovic (2012), l'OMS définit la qualité de vie comme : « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Elle est formée de deux composantes fondamentales qui sont la subjectivité et la multi-dimensionnalité. La qualité de vie se compose de différents indicateurs tels que le bonheur philosophique, le bien-être

matériel et le bien-être subjectif sociologique et psychologique, la santé physique et la santé mentale. Seul le patient peut exprimer si sa vie est satisfaisante (Formarier & Jovic, 2012). On constate que la sexualité joue un rôle important dans le bien-être et la qualité de vie des résidents, car si ce besoin d'existence en temps qu'être sexué n'est pas respecté, un sentiment d'insatisfaction et une diminution de la qualité de vie pourront se ressentir (Trivalle, 2006).

Vieillesse

Le vieillissement fait partie de la dernière période de vie et consiste à ne plus avoir la même énergie et force qu'avant. Ce processus permet d'acquérir plus de temps pour soi, du fait que la personne est à la fin de sa carrière professionnelle ou proche de la retraite. Tout au long de sa vie et jusqu'à sa mort, l'humain acquiert une certaine sagesse. De nos jours, la vieillesse n'a plus la même connotation négative qu'à l'époque car, malgré l'âge, nous continuons à mener un train de vie actif en faisant perdurer nos loisirs. Selon un article, « La vieillesse s'établit en fonction de l'équilibre qui se fait et se modifie en permanence, à partir des facteurs chronologiques, sociaux, culturels, physiologiques ou psychologiques. » (Formarier & Jovic, 2012). Alors que le vieillissement atteint la santé physique des PA, les besoins et les désirs sexuels persistent selon leurs habitudes de vie, mais, l'attirance physique est diminuée par le vieillissement corporelle (Trivalle, 2006).

Les besoins, les demandes

Le besoin est défini par Formarier & Jovic (2012) comme « L'écart de santé actuelle et l'écart de santé souhaitée, ou pour identifier l'écart d'une situation problématique non satisfaisante et une situation souhaitable ». Pour l'identifier on

utilise des marqueurs sociodémographiques et épidémiologiques négatifs et positifs tels que des maladies, la qualité de soins diminuée, l'augmentation de l'espérance de vie et de la qualité de vie. Ils sont hiérarchisés selon les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement. Virginia Henderson est du même avis que Maslow. De plus, elle dit « la satisfaction de l'ensemble des besoins permet à la personne d'être indépendante (Maslow, 2014). Lors de la vieillesse, la sexualité reste perçue comme un besoin. Cependant elle se modifie et se manifeste de manières différentes (Eugster-Krapf, 2013, p.24).

Intimité

Selon Formarier & Jovic (2012) « L'espace public engage ce que l'on partage avec le plus grand nombre, l'espace privé que l'on partage seulement avec les personnes choisies. L'espace intime, quant à lui est ce que l'on ne partage pas ou seulement qu'avec quelques proches ». Cette définition clarifie bien la problématique que l'on retrouve dans les EMS. Etant donné que le résident doit partager son espace avec plusieurs membres, notamment avec les soignants, ceci peut très vite être ressenti comme un envahissement pour lui. L'intimité se compose de différents attributs qui jouent un rôle primordial, dont le droit de prendre du temps pour lui en s'isolant dans sa chambre. L'espace public et privé doivent être séparés. La discrétion professionnelle est de mise. Le fait de ne pas respecter l'intimité des patients peut l'atteindre dans son estime de soi et sa pudeur (Formarier & Jovic, 2012). L'intimité se construit sur l'identité personnelle et est le territoire que chacun tente de préserver. La sexualité nécessite une intimité sexuelle afin de conserver sa propre identité (Colson, 2007).

Bientraitance

Selon l'Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées (2017), la bientraitance en institutions est :

Une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire qu'au sein d'une structure donnée avec des échanges continus entre tous.

Ce concept comprend le respect, la dignité ainsi que la singularité de la personne. En effet, c'est le fait d'être à l'écoute de l'autre en tenant compte de ses besoins, de ses demandes et de ses choix. La bientraitance se transforme en maltraitance lorsque les soignants se découragent (Formarier & Jovic, 2012). La direction de la santé et des affaires sociales (2014) dit que la bientraitance comprend « un droit à la participation, à l'autonomie, à la qualité de vie et au respect de leur personnalité ». Cette définition permet d'inclure la sexualité car elle est un droit pour les résidents (Projet EUSTaCEA, 2010, p. 29-30). Comme on a pu le voir dans la recension des écrits, le personnel soignant a tendance à censurer les demandes et les besoins sexuels des patients ceci va à l'encontre de ses droits. Cependant cette ignorance peut être expliquée par un manque de formations, de connaissances et de protocoles (RTS, 2014).

Méthode

La méthode est la façon dont nous avons procédé pour la sélection des articles nous permettant de répondre au mieux à notre question de recherche. Cette méthode comprend le choix du devis ainsi que les différentes étapes de celle-ci telles que les critères d'inclusion et d'exclusion, les mots clés traduits en termes MeSH et descripteurs CINAHL ainsi que la procédure de recherche et la sélection des articles.

Devis

Le devis de ce travail de Bachelor est une revue de littérature. Selon le Centre d'aide à la rédaction des travaux universitaires, Université d'Ottawa (2007), la revue de littérature permet de situer le sujet par rapport aux recherches antérieures, d'évaluer l'état actuel des recherches sur le thème et d'identifier les aspects et les questionnements de celui-ci.

Recherches et sélections d'articles

Premièrement, nous avons élaboré un recensement et une lecture des actualités sur le sujet de la sexualité chez les personnes âgées placées en EMS. Cette première étape nous a permis de définir la problématique actuelle autour de ce thème et d'établir notre question de recherche : « Quelles interventions efficaces peuvent être mises en place afin de répondre aux attentes et besoins sexuels des personnes âgées de plus de 75 ans en EMS ? ». Par la suite, nous avons procédé à des recherches d'articles scientifiques répondants à notre problématique. Celles-ci ont été effectuées entre janvier et mai 2019 sur les bases de données PubMed et CINAHL. Elles ont été affinées grâce à des critères d'inclusion et d'exclusion ainsi qu'à l'aide de mots clés qui ont été définis puis traduits en termes MeSH et/ou descripteurs CINAHL (voir Tableau 1).

Une première sélection d'articles a été réalisée uniquement grâce à la lecture des titres et de leur date de parution. Puis, nous nous sommes répartis les articles, les avons lus plus en profondeur grâce à leur résumé, à leur discussion et à leur conclusion. Suite à cela et après concertation afin de définir les six articles qui répondaient au mieux à notre question de recherche, nous les avons soumis à notre directrice de travail pour validation. Les articles choisis ont été analysés grâce aux grilles de lecture critique et de lecture de résumé (appendice B à G). Ces grilles nous ont permis de cibler le contenu de l'article et d'en ressortir les informations souhaitées pour notre revue de littérature.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion définis sont les suivants :

- Contexte de maison de retraite
- Population : personnes âgées en majorité de plus de 75 ans. La raison est que la tranche d'âge la plus présente en EMS est de 85-89 ans. De ce fait les plus de 75 ans représentent une majorité de la population des maisons de retraite (Statistique Vaud, 2012).
- Contient des recommandations pour la pratique

Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusion définis sont les suivants :

- Revue systématique
- Articles de plus de 10 ans. En effet, pour notre revue nous, avons besoin d'articles récents et d'actualité.
- Démence en population principale, car la prise en charge n'est pas la même.
- Articles d'une autre langue que français et anglais

Mots clés

Tableau 1 *Mots clés traduits en termes MeSH et descripteurs CINAHL*

Français	Anglais
	Termes MeSH Pubmed CINHAL descriptors
<i>Personne âgée</i>	Aged Older people or older adults or elderly or aged
<i>Maison de retraite</i>	Home for the aged or housing for the ederly or senior centers or nursing home care home or residential care or nursing home or residential home
<i>Sexualité</i>	sexuality or sexual behavior or residential facilities sexuality or sex or intimacy or sexual behavior
<i>Interventions</i>	Disease management interventions or strategies or best practices or treatment or therapy or management
<i>Soins infirmiers</i>	Nursing care Nursing care or nursing interventions

Stratégies de recherche

Les stratégies de recherche utilisées, pour trouver les articles scientifiques sélectionnés ont été résumées dans le Tableau 2 ci-dessous :

Tableau 2 *Diagramme de flux*

Equations de recherche	Date de consultation	Base de données	Nombre d'articles	Avec critères d'inclusion et d'exclusion	Articles retenus	Références des articles retenus
"Nursing Homes [Mesh] AND \"Sexual Behavior\" [Mesh] AND \"Aged\"[Mesh], Filtre moins de 10 ans.	08.05.2019	PubMed	61	3	1	Syme, M. L., Lichtenberg, P., & Moye, J. (2016). Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 72(10), 2457-2467. https://doi.org/10.1111/jan.13005
Sexuality AND Aged AND Residential facilities	09.03.2019	CINAHL	26	5	2	Bauer, M., Fetherstonhaugh, 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. <i>BMC Geriatrics</i> , 14(1). https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82
	09.03.2019					Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2017). Staff members' perceived training needs regarding sexuality in residential aged care facilities. <i>Gerontology & Geriatrics Education</i> , 38(4), 443-452. https://doi.org/10.1080/02701960.2015.1127811
Nursing home AND Sexuality AND Attitudes AND Education	23.02.2019	CINAHL	48	5	1	Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. <i>Educational Gerontology</i> , 39(2), 82-91. https://doi.org/10.1080/03601277.2012.682953
Sexuality AND Residential care AND Aged	23.03.2019	CINAHL	51	13	2	ShuShuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in Residential Aged Care: A Survey of Perceptions and Policies in Australian Nursing Homes. <i>Sexuality and Disability</i> , 28(3), 187-194. https://doi.org/10.1007/s11195-010-9164-6 Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2013). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. <i>Psychology and Sexuality</i> , 4(3), 296-309. https://doi.org/10.1080/19419899.2012.713869

Résultats

Grâce à notre méthodologie, nous avons retenu et analysé séparément 6 articles scientifiques. Ces articles nous permettent de répondre à notre question de recherche qui est « Quelles interventions infirmières efficaces peuvent être mises en place afin de répondre aux attentes et besoins sexuels des personnes âgées de plus de 75 ans en EMS ? ».

Une mise en commun des grilles de résumés de chaque article nous a permis d'identifier et de regrouper les pistes d'intervention citées. Ensuite, nous les avons répertoriées selon les différentes idées ressorties dans plusieurs catégories : les formations supplémentaires, le respect des droits du patient, l'utilisation de protocole, l'évaluation des besoins, l'aménagement de l'environnement et l'intégration des lois. Ci-dessous différents chapitres abordent le traitement et l'analyse des articles, la présentation de ceux-ci ainsi que la catégorisation des résultats.

Traitement et analyse des articles

Parmi nos articles, un seul s'est révélé quantitatif (Bauer, McAuliffe, Nay & Chenco, 2013b). Les cinq autres études sont qualitatives (Villar, Celdran, Faba & Serrat, 2017 ; Bauer et al., 2013a ; Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzian, Nay & Beattie, 2014 ; Syme, Lichtenberg & Moye, 2016 ; Shuttleworth, Russell, Weerakon & Dune, 2010). Les études sélectionnées se sont déroulées dans plusieurs pays, tels que l'Australie (n=4), l'Espagne (n=1) et les Etats-Unis (n=1). L'ensemble des études a été élaboré en anglais et dans un contexte de personnes âgées en institution. Une force pour notre travail est la variété des échantillons des recherches : des personnes cadres d'établissement (n=1), des soignants (n=3), des personnes âgées en EMS (n=2), des membres de la familles (n=1) et professionnels hors-soins (n=2). Cependant, une limite pour notre revue prend place due au faible échantillon dans certains articles (Syme et al., 2016 ; Bauer et al., 2013). Dans la plupart des cas, les considérations

éthiques sont respectées par différents moyens, tels que l'approbation d'une université (n=4) et le consentement des participants (n=3), seule une étude ne cite aucune mention.

Présentation des articles

Chaque article a été analysé de manière critique et présenté sous la forme d'un tableau récapitulatif (appendice H). Celui-ci nous a permis d'avoir une vue d'ensemble et a facilité la mise en commun des études. Cependant, nous vous présentons, ci-dessous, un bref résumé de chaque article.

Effet d'une formation sur les attitudes et les croyances des soignants (Bauer et al., 2013b)

Le but de cette étude est de mesurer l'effet d'une intervention d'éducation à la sexualité sur les connaissances et les attitudes des soignants en EMS. L'éducation était divisée en trois heures de cours, dont chacune abordait un thème différent. Les thèmes abordés lors de la première heure étaient la définition et l'importance de la sexualité en EMS, les attitudes et les stéréotypes sexuels comparés à la réalité, la sexualité et le vieillissement, la sexualité en lien avec la maladie et pour finir l'expression sexuelle dans les établissements de soins. La deuxième heure se consacre à la sexualité et à la démence ainsi qu'au consentement, au rôle du personnel des maisons de retraite sur la sexualité ainsi qu'aux droits des résidents et aux responsabilités du personnel. La troisième heure, présentée sous forme de DVD présenté par un avocat spécialisé, aborde les questions juridiques également en lien avec les patients atteints de démence. Les résultats de l'étude ont montré que les attitudes et les croyances des soignants, vis-à-vis de la sexualité des résidents, étaient plus permissives après les heures de formations. Ces derniers soulignent

l'efficacité de l'éducation pour améliorer les opinions négatives ainsi que la prise en charge des demandes sexuelles.

Perceptions des soignants sur leurs besoins en formation (Villar et al., 2017)

Cet article a pour but de démontrer les perceptions des soignants sur leurs besoins en formation en matière de sexualité gériatrique. Si un participant avait déjà reçu une telle formation au préalable, il leur était demandé quels avantages ils en tiraient. Une comparaison a été effectuée entre les avantages ressortis par des professionnels diplômés et ceux ressortis par des aides de soins. Des entretiens avec deux questions semi-structurées ont été menés avec cinquante-trois membres du personnel de cinq EMS de Barcelone en Espagne. Une analyse de contenu des réponses a été effectuée, dont les résultats relèvent qu'une grande partie des soignants manque de formation sur le vieillissement et la sexualité. Les deux avantages principaux d'une telle formation sont : l'approfondissement des connaissances et des attitudes afin de pallier les comportements négatifs ainsi que la mise en œuvre de procédures avec l'élaboration de protocoles et d'outils qui permettent de gérer des situations sexuelles. Tous les soignants ont affirmé avoir un besoin en formation. Cependant les aides de soins relevaient le manque de connaissances alors que les professionnels diplômés soulevaient le manque de procédures. Les résultats démontrent que le personnel des EMS devrait recevoir une formation sur la sexualité gériatrique, car celle-ci est essentielle à la vie d'un résident.

Perceptions des résidents sur leur sexualité (Bauer et al., 2013a)

Cet article a pour but de savoir la perception de la sexualité des résidents en institution ainsi que de connaître les obstacles et les besoins à leur expression

sexuelle. Des entretiens auprès de six établissements de deux états australiens ont été menés avec seize résidents, dont 5 atteints de démence. La première question posée lors de l'entretien était : « À quoi pensez-vous lorsque j'utilise le mot sexualité ? ». Leurs réponses ont été classées en quatre catégories : « C'est toujours important » ; « Réminiscence et démission » ; « C'est personnel » ; « C'est un environnement peu favorable ». Les participants affirment avoir encore des besoins sexuels qu'ils désirent vouloir encore exprimer sous diverses formes. Grâce à cette recherche, de multiples obstacles à l'expression sexuelle ont été mis en évidence, tels que le manque d'intimité, les attitudes négatives des soignants et les aménagements inadéquats. Cependant certains résidents ont affirmé que leur sexualité était privée et ne regardait personne, surtout pas leur famille.

Perceptions des soignants sur les expressions sexuelles et leur gestion (Shuttleworth et al., 2010)

Dans cet article, les chercheurs ont interrogé, par téléphone, des infirmières de 198 établissements choisis au hasard et situés dans trois états australiens. Le questionnaire comprenait cinq questions. À travers celles-ci, les chercheurs souhaitent connaître la perception ainsi que la gestion des soignants face aux expressions sexuelles des résidents. Les participants affirment tenir compte des droits sexuels des patients, mais regrettent que trop peu de formations et de protocoles soient mis à leur disposition, ce qui entraînent des incertitudes et des malaises. Ils souhaiteraient que des lois soient mises en place au niveau national. Les principaux obstacles ressortis par les participants sont à 95% liés aux représentations sociales et aux attitudes des soignants, 50% mentionnent des problèmes liés à la démence et pour finir 46% relèvent des barrières liées au manque de protocoles et de ressources adéquates.

Perception des directeurs sur les besoins des EMS (Syme et al., 2016)

Le but de cet article est de relever les défis et les recommandations des directeurs d'EMS en matière d'expression sexuelle des résidents. Entre le printemps et l'été 2013, des chercheurs ont mené des entretiens semi-structurés auprès de vingt directeurs de soins. Les questions posées lors des entrevues ont permis de ressortir plusieurs freins à la sexualité des résidents. L'étude scientifique a classé les différents résultats des participants en huit catégories. Celles-ci sont : la résolution de la problématique, les changements de l'environnement, les compétences des soignants, une formation pour la gestion de l'expression sexuelle, l'élaboration d'outils d'évaluation afin d'observer les expressions sexuelles et le consentement sexuel et les problèmes juridiques. Les directeurs de soins ont conscience des problèmes au niveau de l'expression sexuelle des personnes âgées en établissement et soulignent la nécessité de mettre en place des protocoles et des procédures de formations afin de pouvoir gérer et satisfaire les besoins sexuels de manière optimale.

Utilité d'un outil d'évaluation identifiant la satisfaction des besoins sexuels des résidents (Bauer et al., 2014)

Cette étude met en avant la mise au point d'une échelle qui permet aux résidents d'évaluer leur satisfaction quant à leurs besoins sexuels, ceci afin de pouvoir identifier les améliorations nécessaires à y apporter. Cet outil d'étude a été créé en se référant à la littérature ainsi qu'en effectuant des entretiens qualitatifs avec le personnel soignant, les résidents et leurs proches. Le nombre d'articles de littérature choisi a été confirmé grâce au processus Delphi. Au final, soixante-neuf articles répondant à notre problématique de départ ont été classés en sept catégories : les caractéristiques organisationnelles ayant une incidence sur le droit et la capacité d'exprimer leur

sexualité, l'évaluation et la documentation, la formation, les connaissances et attitudes du personnel, l'éducation et le soutien des résidents, l'éducation et le soutien familial, l'environnement physique, la sécurité et les risques. Cet outil d'évaluation a permis d'identifier les obstacles à l'expression sexuelle des résidents. En effet, ce qui ressort de cette étude est l'aménagement inadéquat de l'environnement, l'absence de protocole pour la pratique et le manque de formation des soignants.

Présentation des résultats

Comme déjà cité ci-dessus, les résultats des six articles scientifiques ont été mis en commun et classés sous différentes catégories.

Formation

L'ensemble de nos articles cite le manque accru de connaissances des soignants au sujet de la sexualité des personnes âgées. Ce qui révèle des lacunes dans les formations apportées aux soignants. Une étude démontre que 77,3% de ceux-ci déclarent n'avoir reçu aucune formation sur la sexualité et le vieillissement (Villar et al., 2017). De plus, le personnel exprime un malaise lorsqu'il est confronté à une situation sexuelle (Bauer et al., 2013a, 2014 ; Villar et al. 2017). Villar et al. (2017) indiquent que les soignants qui nécessitent le plus d'une formation sont les assistants dans les soins, du fait qu'ils sont confrontés aux situations sexuelles quotidiennement. L'éducation restreinte sur cette thématique peut découler de l'inexistence de lois à ce sujet (Shuttleworth et al., 2010). Ce phénomène engendre des attitudes et comportements inadéquats des professionnels de santé, tels que des fausses représentations sociales (Syme et al., 2016), des stéréotypes négatifs, des discriminations, des moqueries (Villar et al., 2017) et une qualité des soins diminuée (Shuttleworth et al., 2010). Il a été démontré par les études qu'une formation sur le

sexe et la personne âgée permettrait de pallier ces compétences, aiderait à surmonter les visions négatives, favoriserait l'abord d'une discussion, diminuerait la gêne des soignants (Villar et al., 2017) et remédierait à l'ignorance des besoins et des demandes. De ce fait, une approche plus centrée sur la personne (McCormack & McCance, 2010), favorise le bien-être du résident tout en augmentant la qualité des soins (Syme et al., 2016 ; Villar et al., 2017).

Bauer et al. (2013b) ont étudié les effets d'une formation de trois heures sur des soignants en EMS, et afin d'évaluer les comportements d'avant et d'après, les participants (n= 112) ont rempli une échelle conçue en s'inspirant de l'outil ASKAS et SAID. Cette recherche a permis de démontrer des attitudes et des croyances plus permissives. En effet, les réponses sur la « compréhension des besoins sexuels », les éléments spécifiques à la démence ainsi que ceux liés à l'homosexualité se sont révélées les items les plus améliorés.

On se rend compte alors que la conception d'une formation est primordiale pour garantir des soins de qualité centrés sur la personne (Syme et al., 2016). Plusieurs auteurs citent des éléments à inclure dans son contenu tels que les différentes formes sexuelles, les différences culturelles et religieuses, les attitudes à adapter (Villar et al., 2017) ainsi que les possibilités d'orientations sexuelles (Bauer et al., 2014). Cet apprentissage aiderait le personnel soignant à prendre conscience et évaluer ainsi leurs attitudes et leur représentations (Bauer et al., 2013b).

Dans l'article de Villar et al. (2017), des participants (n=2) suggèrent que l'éducation à la sexualité soit un processus continu. Du fait que la société évolue et que les besoins et attentes changent avec les générations. De plus, selon l'étude de Syme et al. (2016), la présence d'un soignant expert dans ce domaine améliorerait et simplifierait la prise en charge lors de situations complexes.

Cadres réglementaires et légaux

Lors de la lecture de nos articles scientifiques, nous remarquons que beaucoup de participants expriment un manque de protocoles et de directives ainsi que de lois en matière de sexualité dans les institutions (Shuttleworth et al., 2010 ; Bauer et al., 2014 ; Syme et al., 2016 ; Villar et al., 2017). En effet, des directeurs d'institutions de soins citent la nécessité d'outils d'évaluation, afin de stopper l'ignorance des demandes et des besoins sexuels (Bauer et al., 2014 ; Syme et al., 2016). Selon Villar et al. (2017), les aides-soignants qui ressentent le plus fort la nécessité d'avoir des lignes directrices afin de pallier à des situations ambiguës. En effet, ils sont quotidiennement confrontés à des situations intimes. De plus, les résidents expriment que le manque de temps et la négligence des soins d'hygiène (coiffure, parfum, rasage, douche...) créent un frein à la séduction en altérant leur estime de soi et leur bien-être (Bauer et al., 2013a). D'autres affirment que leurs demandes et besoins sexuels, ne devraient pas systématiquement impliquer la famille sauf en cas d'incapacité de discernement. Cela reflète bien un problème d'éthique et de droit dû à un manque de procédure (Bauer et al., 2013a ; Syme et al., 2016).

Cette problématique amène une prise en charge difficile et à une insécurité pouvant mener à une diminution de la qualité du travail. Elle engendre également des façons de gérer une situation sexuelle différemment d'un soignant à l'autre (Villar et al., 2017). De plus, le manque d'outils afin d'évaluer les lacunes des envies sexuelles (Bauer et al., 2014) peut amener à des aggravations dans certaines situations. Malgré que les discussions autour de cette thématique soient en constante augmentation, le manque de loi provoque une auto-réglementation dans les institutions et ainsi chacune fixe ses propres limites (Syme et al., 2016). La majorité des lois existantes ne comprend pas l'aspect de la sexualité du droit des résidents en EMS (Syme et al.,

2016). En Australie, des chartes sur le thème de la sexualité sont déjà mises en place (Bauer et al., 2013a, 2014 ; Shuttleworth et al., 2010).

Dans nos articles, diverses améliorations dans la prise en charge des résidents sont relevées, telles que l'évaluation régulière des besoins et attentes sexuels, et ce, dès son admission (Syme et al., 2016). Grâce à cette première piste, la sexualité pourrait faire partie intégrante du plan de soin (Bauer et al., 2014 ; Syme et al., 2016) et permettraient d'aborder de façon systématique ce sujet, qui demeure encore tabou et sensible à ce jour (Bauer et al., 2013a). En outre, l'abord de la sexualité ainsi que l'élaboration de réglementation et de directives au niveau national demeurent une nécessité actuelle afin de standardiser la gestion de la sexualité en EMS (Syme et al., 2016). Enfin, Bauer et al. (2014) proposent l'insertion de l'échelle SexAT avec pour objectif de connaître la satisfaction des résidents sur leur prise en charge. Dans le but, de faciliter la discussion ainsi que les demandes en besoins sexuels auprès des résidents.

Aménagement de l'environnement

Selon Bauer et al. (2013a, 2014), l'environnement et l'aménagement des établissements de soins représentent un obstacle à l'expression sexuelle des résidents. Dans ce contexte, cette dernière est désignée comme un besoin intégral et légitime des résidents (Bauer et al., 2014). En outre, les résultats de l'échelle SexAT et de l'étude de Bauer et al. (2014) ont permis de relever que l'aménagement n'y était pas favorable. De plus, dans l'article de Bauer et al. (2013a), des couples mariés (n=2) affirment que l'environnement ne faciliterait pas l'intimité physique en raison des lits de soins individuels. Ce même auteur aborde également le fait que d'aménager des pièces d'intimité n'est pas plus propice. Car l'ensemble des membres

de l'établissement savent ce qui s'y passe. Finalement, les intrusions fréquentes et impromptues des soignants ne laissent pas place à un espace intime et démontrent un manque de vie privée (Bauer 2013a, 2014 ; Syme et al., 2016 ; Shuttleworth et al., 2010). Selon Syme et al. (2016), les directeurs d'établissement souhaitent apporter des changements dans leur établissement.

Les divers articles sélectionnés nous proposent des adaptations environnementales afin de pallier les barrières de l'expression et respecter les droits des patients. Celles-ci peuvent être la mise en place de pancarte « Ne pas déranger » (Syme et al., 2016 ; Shuttleworth et al., 2010), de lits doubles ou de deux lits simples rapprochés (Syme et al., 2016 ; Bauer 2013a, 2014) ou de la venue de travailleurs du sexe (Shuttleworth et al., 2010, Bauer et al., 2014). Entre autre, les soins centrés sur la personne permettraient de prendre en compte le bien-être du résident tout en laissant le temps et l'espace nécessaires lors des soins de base à une meilleure qualité de vie en respectant ses habitudes, ses histoires et ses expériences (Bauer et al., 2014).

Discussion

Dans ce chapitre, nous allons discuter des résultats de nos six articles en les mettant en lien avec la littérature antérieure. Puis, ceux-ci seront abordés à l'aide de la théorie centrée sur la personne ainsi qu'avec les concepts sélectionnés, tels que la qualité de vie, le vieillissement, les besoins et demandes, l'intimité et la bientraitance. Les limites et les forces de cette revue de littérature ainsi que les recommandations pour la pratique et la recherche vous seront également présentées.

Discussion des résultats

L'analyse des résultats de chacune de nos études nous ont permis d'identifier des similarités entre elles. La plupart des objectifs des articles sélectionnés visait à ressortir les perceptions de différentes populations ainsi que de mettre en évidence les obstacles et les barrières à l'expression sexuelle des personnes âgées. Toutefois, les recommandations afin de favoriser celle-ci étaient systématiquement formulées dans les discussions ou les recommandations de ces diverses recherches. Comme déjà présentées dans le chapitre précédent, les différentes pistes d'interventions ressorties des articles ont été classées en trois catégories : la formation, les cadres réglementaires et légaux ainsi que l'aménagement de l'environnement.

Dans la littérature, un certain malaise venant des soignants a été cité (Hosdey-Radoux, 2014, p.20) et ils ont affirmé n'avoir pas assez de connaissances sur la sexualité et le vieillissement, ce qui les empêcherait d'avoir une prise en charge adéquate des besoins et des attentes sexuels (RTS, 2014). Dans toutes les études sélectionnées, le manque de formations et l'incompétence du personnel soignant sur cette thématique étaient évoqués. De par notre expérience d'étudiantes en Bachelor de soins infirmiers, nous soulignons le manque de cours sur la matière citée. Par exemple, en trois années d'études, nous n'avons eu aucun cours sur la sexualité en générale. Lors du module sur l'accompagnement de la PA, ce thème n'a même pas

été abordé. Nous pensons que cette lacune peut s'expliquer autant par le tabou de ce sujet dans notre culture helvétique que par le manque de lois et directives politiques et l'ignorance de l'importance de la sexualité dans la qualité des soins. En Suisse, en 2014, le canton de Fribourg a mis en place le concept cantonal « Senior + », qui aborde une politique publique de prise en charge des aînés axée spécialement sur l'écoute de leurs besoins, de leurs compétences et de leurs ressources. Cette approche permet de mettre les séniors plus au centre des préoccupations cantonales en s'intéressant à leurs attentes. Néanmoins, ce projet n'aborde dans aucun point l'aspect sexuel des besoins. (Direction de la santé et des affaires sociales de l'Etat de Fribourg, 2014). Mais comment se fait-il que ce concept qui fait un état des lieux des besoins des séniors, conçu par des experts en gériatrie, n'inclut pas la sexualité ? Ce sujet arrive de plus en plus au centre des situations problématiques en EMS. Des reportages et des articles sur celui-ci sont réalisés. On voit alors que la population suisse s'interroge sur cette sexualité. Alors comment se fait-il que des gériatres l'ignorent ? Est-ce un oubli ou une censure ? Il serait intéressant de discuter de cette lacune avec un expert, afin d'avoir son point de vue sur la question et cela pourrait amener à l'élaboration d'un projet futur qui permettrait d'inclure la sexualité dans la pratique en EMS. Comme déjà dit, dans l'étude de Bauer et al. (2013b), une éducation de trois heures sur la sexualité en EMS avait été donnée et les résultats révélaient une efficacité très significative. Il serait alors intéressant de changer le contenu de la formation de base des soignants afin d'y introduire ce sujet, ce qui pourrait avoir un impact positif sur qualité de la prise en charge et ainsi assurer une meilleure qualité de vie et de bien-être chez les résidents. Ce qui, à long terme, pourrait aboutir à un changement des représentations sociales et bannir les stéréotypes négatifs et l'ignorance de la sexualité des PA.

Cependant, la source de cette lacune réside dans le manque de reconnaissance de ce besoin sexuel par les experts. En effet, les professeurs des écoles formatrices se basent sur les problématiques actuelles relevées par les experts, soit les gérontologues dans le domaine de la sexualité des PA pour réaliser leur programme de cours. Alors, si la sexualité n'est pas reconnue par ces spécialistes dans les besoins de la PA, il est normal que les formations n'abordent pas ce sujet. Il en est de même pour les formations post-grade, ce sont les professeurs experts du domaine qui proposent leur contenu en fonction des problématiques actuelles du sujet.

De plus, l'échelle utilisée dans l'étude citée ci-dessus, a permis d'évaluer les perceptions et les attitudes des soignants vis-à-vis de la sexualité des résidents, ceci avant et après leur formation (Bauer et al., 2013b). Au vue de la haute fiabilité de celle-ci, il serait intéressant pour les institutions d'évaluer les représentations et comportements de leur propre personnel et ainsi d'identifier les diverses lacunes de chacun. Dans le monde actuel de la santé qui se réfère systématiquement à l'aspect économique des soins, l'implantation de cours sur la sexualité et la gériatrie ne représenterait qu'un moindre coût pour les établissements.

Tous les articles, sauf un (Bauer et al., 2013b), avaient également relevé le manque de cadres réglementaires et légaux, sujet abordé par les soignants dans le reportage de la RTS (2014). Cependant, nous avons pu voir dans la recension des écrits que la sexualité en EMS est un droit (Projet EUSTaCEA, 2010, p.29-30). De ce fait et afin de faciliter la prise en charge, nous pensons que des procédures et des protocoles devraient être mis en place par les directions des institutions. En effet, lors de nos stages en EMS en tant qu'étudiantes infirmières, nous avons été confrontées à des demandes sexuelles, mais aucune marche à suivre n'était proposée par les établissements. Les soignants professionnels paraissaient aussi démunis que nous face à ces demandes et la plupart du temps les ignoraient. Les soins de bases qui

consistent à l'habillement, la coiffure, le rasage et l'hygiène définissent l'apparence des résidents et contribuent au bon maintien de leur confiance en eux, ce qui influence également leur bien-être envers leur sexualité et la séduction (Bauer et al., 2013a). Ces gestes anodins pour nous, font ressortir un problème d'éthique et font place à l'ignorance des besoins de la personne, et pourrait amener à une négligence et aboutir à par une maltraitance. Nous pensons que cette négligence peut provenir du manque de connaissances, de temps, de personnel et de communication. Afin d'éviter ce type de situations, l'une de nos recherches (Syme et al., 2016) a soulevé la valeur de l'accueil à l'admission et l'importance de s'informer des habitudes sexuelles des futurs résidents et leurs attentes à ce sujet pour leur séjour à l'EMS. Pour ce faire, il serait nécessaire de construire un outil afin d'obtenir ses données qui relèvent de la vie intime. Plusieurs auteurs d'articles (Bauer et al., 2014 ; Syme et al., 2016) suggèrent également de valoriser journalièrement les besoins et les envies lors des soins de base et de les intégrer au plan de soins. Cette proposition amènerait à une approche systématique de la sexualité et à une organisation des soins personnalisée planifiant du temps libre et de l'espace personnel en incluant des interventions spécifiques par la venue d'un assistant sexuel. De plus, le RAI qui est un outil d'évaluation des besoins, des ressources et des préférences du résident, est déjà mis en place dans les EMS en Suisse et dans d'autres pays. Cette méthode permet une évaluation globale et régulière de l'état du patient. Cependant, celle-ci n'aborde pas la sexualité, alors il serait judicieux d'y introduire ce thème afin d'en avoir une évaluation fréquente comme tous les autres besoins. Nous pensons que ceci permettrait de respecter et satisfaire leurs besoins afin d'éviter des agissements sexuels inadéquats envers les soignants et les autres résidents. Il a été affirmé dans un article (Bauer et al., 2013a) que l'abord de ce sujet avec les PA serait facilité par l'introduction d'un outil d'évaluation. Dans ce contexte, l'échelle de Bauer et al. (2014)

permettrait aux résidents d'évaluer la satisfaction de leurs besoins sexuels. Finalement, plusieurs résidents ont affirmé qu'ils ne souhaitaient pas impliquer la famille dans leur sexualité, car de telles situations peuvent s'avérer infantilisantes pour la PA et embarrassantes pour la famille. Néanmoins, lors d'incapacité de discernement du résident, les soignants sont tenus d'avertir la famille en cas de demandes et/ou de comportements sexuels inadaptés. Nous avons pu voir dans le reportage de la RTS (2014) que la famille joue un rôle majeur dans la gestion du quotidien de leurs aînés, du fait de leur implication financière. De ce fait, le service payant d'une assistance sexuelle dépend fréquemment de la décision des proches. Nous pensons alors que ceci est encore un frein à l'expression sexuelle, car il est certainement difficile pour la famille de voir leur parent comme un être sexué, qui pourrait avoir de nouvelles relations amoureuses et sexuelles.

En ce qui concerne l'aménagement de l'environnement en EMS, cette problématique est citée comme un des obstacles à l'expression sexuelle dans quatre des études sélectionnées (Syme et al., 2016 ; Bauer et al., 2013a, 2014 ; Shuttleworth et al., 2010). En effet la littérature antérieure appuie également cette barrière. Hosdey-Radoux (2014, p.8) et un reportage de la RTS (2014) affirment que l'environnement n'est pas adéquat pour maintenir l'intimité et la sexualité des résidents. Pour exemple, un couple marié depuis de nombreuses années a affirmé que leur vie sexuelle s'est arrêtée dès leur entrée en EMS en raison de l'environnement inadéquat (Bauer et al., 2013a). Effectivement, généralement les institutions sont aménagées selon un modèle hospitalier, comprenant des petits lits simples médicalisés. Cependant, nous pensons que les résidents qui sont autonomes pourraient bénéficier d'un lit ordinaire pour une personne seule et d'un lit double ou jumeaux pour les couples. Nous pouvons imaginer que cet aménagement peut s'avérer compliqué car l'état d'autonomie de la PA est imprévisible et peut se

dégrader brusquement et nécessiter un lit médicalisé rapidement. Du temps supplémentaire pour le changement des lits, une organisation pour le transport et le stockage seront des charges additionnelles et un investissement financier dans du nouveau mobilier représente également un coût important pour les établissements. On constate alors que cette solution favoriserait l'expression sexuelle des PA et leur garantirait un certain confort, mais à contrario, elle amènerait des complications dans l'organisation des soignants. Dans un reportage (Lambelet & Hugentobler, 2017), une institution avait mis en place sur réservation, une chambre intime pour permettre des moments privés et personnels. Cependant, nous avons pu également constater, ainsi que dans un de nos articles (Bauer et al., 2013a), que l'aménagement d'une telle chambre n'est pas une solution adéquate. En effet, en raison de la vie communautaire, tout le monde avait connaissance de qui avait fréquenté cette pièce. Dans les établissements pour PA, la sphère privée devient une vie communautaire, due aux lieux de vie en commun et à la présence permanente des soignants. Les intrusions des soignants dans les chambres sont souvent imprévisibles, et certains résidents ont affirmés qu'ils avaient peur de se faire surprendre et n'osaient plus avoir des moments intimes (Bauer et al., 2013a). Lors de nos stages infirmiers, nous avons en effet observé que les soignants entrent dans les chambres sans se préoccuper de la sphère privée des résidents. Ils toquent et ouvrent la porte directement sans attendre de réponse des occupants. Afin d'avertir le personnel soignant de la venue d'une assistante sexuelle ou d'une visite privée, une solution est proposée dans nos études, par la mise en place de pancartes « Ne pas déranger » qui garantirait des moments personnels et libres aux PA (Syme et al., 2016 ; Shuttleworth et al., 2010). Mais est-ce une vraie solution ? Nous pensons que les pancartes relèvent le même problème que la chambre intime, soit tout le monde sait lorsqu'ils prennent un moment pour eux. De plus, la mise à disposition de panneaux n'est pas applicable dans les

EMS avec chambres doubles. Pour conclure, on s'aperçoit que le temps personnel peut être favorisé par cette mise en place mais également par l'introduction de la vie sexuelle dans le plan de soins.

Liens avec le cadre théorique

La théorie centrée sur la personne permet d'analyser notre thématique de façon critique étant donné qu'elle met les besoins et attentes du patient au centre des soins (McCormack et McCance, 2006) et que, comme souligné dans la littérature, la sexualité est un besoin (Eugst-Krapf, 2013, p.24). Les quatre axes présents dans la théorie précitée montrent une adéquation totale avec la thématique présente dans cette revue. Ces derniers sont les prérequis, l'environnement de soins, le processus centré sur la personne et les résultats. Si on analyse notre thème avec les axes de la théorie, nous remarquons que les prérequis sont les connaissances acquises des soignants sur la sexualité en EMS ainsi que les protocoles pour y faire face. À l'aide des résultats, on voit que l'on peut intervenir en y intégrant ce sujet dans le contenu des formations professionnelles et en proposant une éducation au personnel déjà actif. Il serait également intéressant d'introduire des cadres réglementaires afin de pouvoir s'y référer. L'environnement de soins est représenté dans les institutions par les aménagements et l'intimité qu'elles proposent. Nos résultats nous ont permis de voir que l'aménagement des EMS n'est pas non plus adéquat à l'expression sexuelle et à l'intimité. Pour y remédier, diverses interventions peuvent être mises en place, telles que des pancartes « Ne pas déranger » ou des lits plus grands. Le processus centré sur la personne est l'intérêt porté aux caractéristiques qui définissent les résidents telles que les habitudes, les besoins, les antécédents, etc. La proposition est d'aborder les habitudes et les besoins sexuels lors de l'admission et de les réévaluer régulièrement, ce qui permettrait d'intégrer ce besoin identitaire dans le

plan de soin personnalisé de chaque résident. Le quatrième et dernier axe concerne les résultats qui comprennent la satisfaction des attentes et des besoins sexuels des personnes âgées. Cette satisfaction est évaluée à l'aide de l'échelle SexAT, analysée dans nos résultats, afin de permettre d'évaluer les diverses lacunes que comporte la prise en charge de la PA (Bauer et al., 2014). Grâce à cette analyse, nous constatons que nos interventions couvrent tous les axes de la théorie centrée sur la personne, et que nos résultats permettent d'avoir une prise en charge complète de la sexualité des résidents en EMS.

La sexualité jouant un rôle sur le niveau de bien-être de l'individu, celle-ci est un facteur essentiel à notre qualité de vie (Trivalle, 2006). Elle inclut également l'aspect éthique de la bientraitance. Notre revue souligne l'importance du respect de l'intimité, du rythme et des besoins des seniors ainsi que la maltraitance engendrée en cas de négligence (Formarier & Jovic, 2012). Celle-ci est étroitement liée au concept de l'intimité qui est nécessaire à l'expression sexuelle. La sexualité fait partie intégrante de notre propre identité que l'on souhaite préserver du regard d'autrui (Colson, 2007). Le concept des besoins et des demandes, mis en lien avec sexualité, a permis de relever que ceux-ci étaient fréquemment entravés. En effet, lors du vieillissement la sexualité demeure un besoin et, comme vu précédemment, celui-ci reste souvent inassouvi (Eugster-Krapf, 2013, p.24). Enfin, le concept du vieillissement permet de prendre en considération l'espérance de vie grandissante, incluant de ce fait une fréquentation plus longue des EMS et une problématique en constante augmentation (Bauer et al., 2014).

Limites et forces

Nos articles sont tous issus de pays autres que la Suisse. L'un d'eux a été effectué en Espagne (Villar et al., 2017), un autre aux Etats-Unis (Syme et al., 2016) et les

quatre autres en Australie. Le fait qu'aucune étude ne se soit proposée en Suisse laisse place à un doute quant à la représentativité pour la Suisse. En effet, il se peut que la population de ces pays n'ait pas la même culture, les mêmes croyances, les mêmes représentations sociales qu'ici. Les obstacles ainsi que les perceptions des articles peuvent également différencier. De ce fait, les interventions ressorties n'auront peut-être pas l'effet escompté. Le fait que notre travail ne demande de comporter que six articles peut également être un frein car nous pensons ne pas avoir pu aborder l'entier du thème. Un des articles sélectionnés (Bauer et al., 2013a) est limité à un petit échantillon ($n=16$), et il se peut que l'échantillon ne soit pas représentatif de toute la population. Cependant, nous avons tout de même décidé de l'analyser pour notre revue, car c'est l'unique article que nous avons trouvé abordant les perceptions des résidents sur leur sexualité. Dans nos recherches d'articles, nous n'avons malheureusement trouvé que deux articles évaluant l'efficacité d'une intervention concrète (Bauer et al., 2014 ; Bauer et al., 2013b). Afin de répondre plus précisément à notre question de recherche il aurait été intéressant de trouver d'autres rapports sur l'efficacité d'actions réelles, telles que les assistants ou les jouets sexuels, les thérapies alternatives comme les massages, l'acupuncture, etc. Aucun de nos articles ne fait mention de généralisations des résultats ou de recommandations pour la pratique. Cependant, chacun d'eux relève et propose des pistes d'actions pour favoriser l'expression sexuelle. La sexualité des personnes âgées est un sujet encore tabou à ce jour et est certainement la raison pour laquelle nous ne trouvons pas grand nombre d'études sur les interventions. Les proches et les organismes nationaux très peu cités et interrogés ont également constitué une limite à l'expression de notre étude.

En ce qui concerne les forces de cette revue, nous soulignons que tous les articles analysés ont permis de répondre à notre question de recherche qui est « Quelles

interventions de soins efficaces peuvent être mises en place afin de répondre aux attentes et aux besoins sexuels des personnes âgées de plus de 75 ans en EMS ? ». En effet, les scientifiques nous ont permis d'identifier les obstacles et recommandations à l'expression sexuelle des résidents. Les structures claires et détaillées des textes choisis, nous ont facilitées cette analyse minutieuse et exacte. Quatre de nos articles qualitatifs (Bauer et al., 2014 ; Shuttleworth et al., 2010 ; Syme et al., 2016 ; Villar et al., 2017) exposent des verbatim afin de mettre en avant leurs résultats qui nous ont aidées à comprendre les réponses et de bien se représenter les études. Trois de nos reportages sélectionnés (Bauer et al., 2013b ; Syme et al., 2016 ; Bauer et al., 2014) ont fait appel à des experts afin de garantir la significativité de leurs résultats. Nous avons également trouvé diverses manières d'aborder ce thème, ce qui a facilité notre vision globale du sujet. En effet, un article prend en compte la vision des soignants, un autre celle des résidents et deux autres la perception des directeurs. Pour terminer, le fait que tous nos articles aient été écrits entre 2010 et 2017 garantit l'actualité des données et des résultats.

Recommandations pour la pratique

Grâce à cette revue, nous constatons l'importance d'inclure la sexualité dans la prise en charge des résidents en EMS. En effet, une prise en compte des demandes sexuelles, explicites ou non, permet de diminuer les comportements inadéquats des PA et de favoriser la satisfaction des besoins tout en ayant des soins plus centrés sur la personne. Comme première étape, il est alors impératif que les experts des terrains soient conscients de l'impact que peut avoir la sexualité sur leur qualité des soins et du travail et conscients que le programme seniors+ ne tient pas compte de tous les besoins des PA puisqu'il occulte celui de la sexualité. Ainsi ils pourront développer

un projet au niveau cantonal et intercantonal par la communication et la mise en valeur des projets.

Grâce à cette revue, nous avons pu relever diverses recommandations pour la pratique :

- Evaluer les perceptions et attitudes de chaque soignant envers la sexualité en gériatrie, grâce à une échelle telle que celle utilisée dans l'étude de Bauer et al. (2013a).
- Sensibiliser les membres soignants et experts des soins sur la sexualité des PA, en les invitant à participer à des cours ou des conférences sur le thème, ceci afin d'amener une prise de conscience.
- Identifier les habitudes sexuelles du résident et ses attentes à ce sujet pour son séjour en EMS, ceci dès le recueil de données de l'admission. Pour ce faire, un outil devrait être développé afin d'en assurer l'efficacité.
- Réévaluer régulièrement la satisfaction des besoins sexuels et identifier les obstacles et les barrières de l'expression sexuelle du résident, grâce à une échelle comme celle utilisée par Bauer et al. (2014) ou en ajoutant ce thème lors de l'évaluation globale du patient de type RAI.
- Selon les besoins relevés lors des recueils, introduire dans le plan de soin de la PA du temps personnel pour des moments intimes, la venue d'invités ou d'un assistant sexuel.
- Aménager, si possible, l'environnement avec des lits doubles ou jumeaux pour les couples.
- Mettre à disposition de chaque résident une pancarte « Ne pas déranger » pour permettre une intimité.
- Prendre du temps pour les soins d'hygiène (habillage, parfum, coiffure, etc.) et les réaliser selon les demandes du résident pour maintenir une bonne estime de soi de la PA.
- Favoriser des soins centrés sur la personne, grâce à l'approche de McCormack et McCance (2006) pour axer les soins sur les besoins du résident.
- Mettre en place ou proposer des formations post-grades, telles que celle de Bauer et al. (2013b) dans les institutions pour former les soignants sur la sexualité en gériatrie.
- Ne pas intégrer systématiquement la famille dans la gestion des situations sexuelles des résidents, sauf si la PA est en incapacité de discernement ou qu'une intervention avec des frais est nécessaire.

Recommandations pour des futures études

Lors de la recherche de nos articles scientifiques, nous avons remarqué le manque d'études sur les interventions afin de répondre aux besoins sexuels des personnes âgées en EMS. De ce fait, il serait intéressant de réaliser d'autres recherches plus approfondies sur l'efficacité d'interventions telles que des assistants sexuels, des objets érotiques, des massages, de l'acupuncture et d'autres thérapies alternatives. De plus, plusieurs articles scientifiques mentionnent que l'intervention d'assistants sexuels devrait être mise en place et introduite dans les soins personnalisés (Shuttleworth et al., 2010, Bauer et al., 2014). Malheureusement, aucun ne mesure l'efficacité de cette action. De ce fait, des futures recherches devraient être réalisées afin de constater leur efficacité.

Afin de permettre aux institutions francophones de les mettre en pratique dans leurs soins, il serait intéressant, à l'aide d'études, de traduire en français l'échelle SexAT et celle sur les perceptions et attitudes du personnel soignant de Bauer et al. (2014 ; 2013b).

Pour finir, aucune étude scientifique sur notre thématique n'a été élaborée en Suisse. Afin de mettre en place un système adéquat dans nos établissements, il serait judicieux de s'intéresser à cette problématique aussi dans notre pays.

Conclusion

Cette revue de littérature présente des interventions de soins efficaces qui répondent à notre question de recherche : quelles interventions de soins efficaces peuvent être mises en place afin de répondre aux attentes et aux besoins sexuels des personnes âgées de plus de 75 ans en EMS ?

L'analyse de six articles scientifiques abordant la sexualité des personnes âgées sous différents angles, comme les perceptions des soignants et des résidents, les problématiques relevées par les directeurs, l'efficacité d'une formation et d'un outil d'évaluation des besoins nous a permis de relever et présenter diverses techniques et solutions qui permettraient de favoriser l'expression sexuelle des résidents d'EMS. Ces interventions touchent les différents domaines de soins comme la formation, le cadre institutionnel et légal ainsi que l'aménagement de l'environnement. Ces dernières ont été détaillées et leur efficacité à favoriser l'expression sexuelle de la population cible démontrée dans ce travail. L'importance de soutenir les attentes et les besoins sexuels a été soulignée grâce à son impact sur le bien-être et la qualité de vie. Nous avons également constaté que nos résultats englobent les quatre axes de la théorie centrée sur la personne, ce qui prouve que nos interventions sont complètes et abordent toutes les composantes de la sexualité des personnes âgées.

Conclusion personnelle

Tout d'abord, ce travail nous a permis d'approfondir nos connaissances sur la sexualité de la PA en EMS, une problématique fréquemment rencontrée durant la pratique de notre formation professionnelle. En effet, lors de nos stages en gériatrie, nous avons eu l'occasion de faire face à des situations sexuelles et quelque peu gênantes. En général, nous avons remarqué que celles-ci se sont souvent terminées par un recadrement, une ignorance ou un malaise des soignants. A la suite de ce travail de Bachelor, nous nous sommes rendues compte de l'importance de faire face

à cette problématique et de mettre en place des interventions favorisant l'expression sexuelle ; raison pour laquelle, nous sommes convaincues que notre travail, se basant sur des interventions scientifiquement prouvées, nous aidera dans notre pratique et nous permettra d'avoir des prises en charge complètes et saines avec les patients.

Références

- Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées. (2017, 9 décembre). La Bientraitance. *Alter ego*. Repéré à <https://alter-ego.ch/la-bientraitance/>
- Barth, N. (2017). Le sexe, ce tabou... Migros Magazine. Repéré à <https://www.migrosmagazine.ch/le-sexe-ce-tabou>
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, 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 Geriatrics*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82>
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2013a). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. *Psychology and Sexuality*, 4(3), 296-309. <https://doi.org/10.1080/19419899.2012.713869>
- Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013b). Sexuality in Older Adults : Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. *Educational Gerontology*, 39(2), 82-91. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.682953>
- Bianchi-Demicheli, F. (2013). La question de la sexualité des personnes âgées reste délicate. Septembre 2013, 2(04), 3. info@geriatrie
- Centre d'aide à la rédaction des travaux universitaires, Université d'Ottawa. (2007). Rédiger une revue de littérature. Repéré à <https://www.unine.ch/files/live/sites/egalite/files/shared/documents/redactionrevue.pdf>
- Colson, M.-H. (2007). Âge et intimité sexuelle. *Gerontologie et société*, 30 / n° 122(3), 63-83.
- Daviaud, T. (2006, mars). L'Amour en cage ou sexualité de la personne âgée en Institution.
- Direction de la santé et des affaires sociales. (2014). *Concept Senior+*. Etat de fribourg. Repéré à https://www.fr.ch/sites/default/files/contens/cha/www/files/pdf63/140228_Concept_Senior.pdf
- Eugster-Krapf, R. (2013). Les institutions doivent lever les tabous. *Pratiques en EMS*, Curaviva(2), p.24.
- Fegems, Fédération genevoise des établissements médico-sociaux. (n.d.). Repéré à <https://www.fegems.ch/contact/>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*. Toulouse (109 rue Negreneys 31200) : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- Gasc, V. (n.d.). Formation Vie affective et sexuelle de la personne âgée en institution, 2.
- Giami, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, 250(7), 56. <https://doi.org/10.3917/jdp.250.0056>
- Gottlieb, L., Gottlieb, B., & Pollak, V. (2014). Les soins infirmier fondés sur les forces (1ère). (S.I.) : De Boeck.
- Guelpa, B. (2014, 22 juin). Vie intime en EMS. Mise au point. Repéré à <https://www.rts.ch/play/tv/mise-au-point/video/vie-intime-en-ems?id=5951346&station=a9e7621504c6959e35c3ecbe7f6bed0446cdf8da>
- Hosdey-Radoux, A. (2014). *Intimité et sexualité des seniors en maison de repos* (ASBL Espace Seniors). Bruxelles : Lebaillly Florence.

- Lambelet, A., & Hugentobler, V. (2017, novembre). Vie sexuelle et affective des personnes âgées en institution. [Documentaire]. Repéré à <https://www.leenaards.ch/prix/vie-sexuelle-affective-personnes-agees-institution/>
- Maslow, A. (2004). L'accomplissement de soi : De la motivation à la plénitude. Paris: Eyrolles.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Mccormack et Mccance (2010). Person-centred Practice Framework. Repéré à <https://slideplayer.com/slide/2349439/8/images/20/Person-centred+Practice+Framework.jpg>
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). Santé sexuelle et génésique. Repéré à <https://www.who.int/fr>
- Projet EUSTaCEA. (n.d.). Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée. (S.I.) : (s.n.).
- Réseaux Santé Vaud. (n.d.). La démence. Repéré à <https://www.reseaux-sante-vaud.ch/la-demence>
- RTS. (2014). Vie intime en EMS. Mise au point. Repéré à <https://www.rts.ch/play/tv/mise-au-point/video/vie-intime-en-ems?id=5951346&station=a9e7621504c6959e35c3ecbe7f6bed0446cdf8da>
- Santépsy.ch. (2019). Sexualité. Repéré à <https://www.santepsy.ch/fr/pages/tout-au-long-de-la-vie/sexualite-148>
- Santé sexuelle suisse. (n.d.). Droits sexuels. Repéré à <https://www.sante-sexuelle.ch/fr/nos-activites/droits-sexuels/>
- Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in Residential Aged Care: A Survey of Perceptions and Policies in Australian Nursing Homes. *Sexuality and Disability*, 28(3), 187-194. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9164-6>
- Syme, M. L., Lichtenberg, P., & Moye, J. (2016). Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2457-2467. <https://doi.org/10.1111/jan.13005>
- Trivalle, C. (2006). La sexualité du sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 6(31), 7-9. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(06\)75214-X](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(06)75214-X)
- Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2017). Staff members' perceived training needs regarding sexuality in residential aged care facilities. *Gerontology & Geriatrics Education*, 38(4), 443-452. <https://doi.org/10.1080/02701960.2015.1127811>
- Wolfensberger, M. (2014). La capacité de discernement dans le contexte des démences. Alzheimer Suisse.

Annexe A

Déclaration d'authentification

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

Fribourg, le 17 juin 2019

Célia Meyer

Ana Santos Da Silva

Annexe B

Grille de résumé et de lecture critique de Bauer, McAuliffe, Nay & Chenco
(2013b)

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

Eléments du rapport	Contenu de l'article	Notes personnelles
Références complètes	Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff . <i>Educational Gerontology</i> , 39(2), 82-91. https://doi.org/10.1080/03601277.2012.682953	
Introduction Problème de recherche	Les besoins sexuels et le bien-être des personnes âgées vivant dans des établissements de soins pour personnes âgées ne font guère l'objet d'une attention particulière dans la pratique, ils sont facilement ignorés par le personnel soignant et demeurent un défi important pour les prestataires de services de soins aux personnes âgées. Cette étude rend compte de l'évaluation d'un programme d'éducation dispensé aux infirmières en institution pour améliorer leurs connaissances et leur attitude à l'égard de la sexualité des personnes âgées dans ce contexte. Les attitudes et les croyances des participants à l'égard des personnes âgées exprimant leur sexualité dans les établissements de soins de longue durée, y compris les couples de même sexe et les personnes atteintes de démence, étaient plus permissives après l'éducation. Les résultats soulignent encore la valeur de l'éducation sexuelle en tant que facteur important pour dissiper les opinions négatives généralement admises par le personnel des centres de soins pour personnes âgées dans des établissements pour personnes âgées exprimant leur sexualité, améliorant ainsi les réponses du personnel à ce problème.	
Recension des écrits	<p>La santé sexuelle est souvent considérée comme synonyme de santé physique liée au fonctionnement sexuel, l'accent étant mis en particulier sur les jeunes et le risque de contracter une maladie sexuellement transmissible. Cependant, la santé sexuelle s'étend au-delà des aspects physiques et englobe les aspects psychologiques et sociaux, comme le reconnaît la définition de la santé sexuelle fournie par l'Organisation mondiale de la santé: " un état de bien-être physique, mental et social en relation avec la sexualité " (http://www.who.int/topics/sexual_health/en/). De plus, cette définition ne fait aucune distinction basée sur l'âge.</p> <p>Les recherches montrent que les personnes âgées peuvent rester sexuellement intéressées et capables jusqu'à 90 ans (Bretschneider et McCoy, 1988; Field et Warren, 1997), même en présence d'une maladie physique (Moreira, Glasser et Gingell, 2005). En outre, il est de plus en plus reconnu que les personnes âgées atteintes de démence peuvent adopter des comportements sexuels volontaires (Archibald, 2003) et nouer des relations significatives (Everett, 2007; Kuhn, 2002; Sherman, 1998).</p> <p>La sexualité reste également importante pour de nombreuses personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée, tels que des maisons de retraite (Hubbard, Downs et Tester, 2003), où une série de comportements sexuels ont été rapportés par les résidents, notamment tenir la main, parler de sexe, regards déplacés ou lire du matériel sexuellement explicite, et l'utilisation de travailleurs du sexe (Nay, 2004).</p> <p>Malgré l'importance de l'expression sexuelle pour la qualité de vie (Robinson & Molzahn, 2007); les relations interpersonnelles (Zanni, Wick et Walker, 2003); la santé physique (Zeiss et Kasl-Godley, 2001); le bien-être (Nusbaum,</p>	Bonne recension des écrits, à voir si on a relevé les mêmes thèmes. Ils abordent la sexualité des jeunes pour lancer le sujet et expliquant la définition de l'OMS (la même que nous ?) est sans âge pourquoi pas faire pareil.

	<p>Singh et Pyles, 2004); et l'identité (Cott, Gignac et Badley, 1999; Roach, 2004); l'expression sexuelle est souvent compromise lorsqu'il s'agit de soins pour personnes âgées. Avant d'entrer dans les établissements de soins pour personnes âgées, les résidents potentiels ne sont souvent pas informés de la manière dont leurs besoins sexuels seront respectés (Bauer, Nay et McAuliffe, 2009), et les infirmières de soins âgées ne s'informent pas systématiquement des pratiques sexuelles et ne procèdent à des évaluations de la santé sexuelle du patient (McAuliffe, Bauer et Nay, 2007). Cela est peut-être dû au malaise causé par leur propre sexualité ou à la peur d'offenser le patient (Lewis & Bor, 1994) ou sa famille. Ceci en dépit des preuves que la plupart des professionnels de la santé s'accordent pour dire que la résolution des problèmes sexuels devrait faire partie des soins holistiques dispensés aux patients (Haboubi et Lincoln, 2003) et que les adultes plus âgés souhaiteraient une telle discussion (Aizenberg, Weizman et Barak, 2002). Même lorsque les infirmières en soins de longue durée sont prêtes à engager la discussion, les recherches indiquent que la plupart n'ont pas de formation dans ce domaine (Parker, 2006; Ward, Vass, Aggarwal, Garfield et Cybyk, 2005), l'éducation sur la sexualité des personnes âgées demeure un domaine peu prioritaire. En outre, les hypothèses d'hétérosexualité continuent d'être la norme dans les structures de soins pour personnes âgées (SAGE, 2010), les personnes âgées gays, lesbiennes, transsexuelles et intersexuées font souvent face à un hétérosexisme important (Tolley et Ranzijn, 2006).</p> <p>L'importance de la sexualité dans la vie des personnes âgées est maintenant plus clairement reconnue (Katz et Marshall, 2004) et la «viagratization» (Kingsberg, 2002, p. 431) a redéfini la fonction sexuelle des hommes dans la vieillesse. Les baby-boomers entreront bientôt dans des établissements de soins de longue durée; et contrairement à la génération actuelle, de nombreux baby-boomers ont eu des rapports sexuels hors mariage et des partenaires multiples (Stancil, 2003). En tant que cohorte, ils seront plus confiants dans la communication de leurs besoins sexuels.</p> <p>Bien que toutes les personnes âgées vivant dans des foyers de soins pour personnes âgées ne soient pas et ne deviendront pas des "vieux sexy" (Gott, 2005, p. 2), les établissements de soins pour personnes âgées ont la responsabilité de pouvoir gérer les besoins sexuels des résidents de manière cohérente et équitable tout en protégeant les droits des résidents et des membres du personnel. Pour que la sexualité devienne un élément légitime des soins et permette aux résidents d'exprimer leur sexualité (là où cela ne porte pas atteinte aux droits des autres), il faut dissiper le stéréotype largement répandu selon lequel la sexualité est sans importance pour les personnes âgées. Et il convient de contrer les idées vieillissantes et souvent ignorantes de beaucoup de personnes âgées.</p> <p>La capacité de l'éducation sexuelle à améliorer les connaissances et les attitudes des professionnels de la santé travaillant avec des personnes âgées a été démontrée (Livni, 1994; Walker et Harrington, 2002), bien que peu de recherches récemment publiées décrivent de telles interventions pour les personnes âgées dans les soins infirmiers ainsi que leur impact. Hammond (1979, cité dans White et Catania, 1982) a constaté une augmentation significative des attitudes permissives entre le pré-test et post-test chez un échantillon de professionnels travaillant avec les personnes âgées et de membres des conseils d'administration de centres de santé mentale communautaires. De même, White et Catania (1982) ont constaté que les scores d'attitude de groupe expérimental du personnel des maisons de retraite étaient nettement plus permissifs d'un test à l'autre contrairement au groupe témoin.</p>	<p>Baby boomers à intégrer à notre résumé ?</p>
--	---	---

	Plus récemment, Bouman, Arcelus et Benbow (2007) ont utilisé la section des connaissances et d'attitudes sur le vieillissement de la sexualité de l'échelle ASKAS dans leur étude sur les attitudes du personnel soignant à l'égard de la sexualité et des résidents. Les conclusions globales ont été que le personnel soignant plus jeune et moins expérimenté avait des attitudes plus négatives et restrictives envers la sexualité chez les personnes âgées. Dogan, Demir, Eker et Karim (2008) ont utilisé les sections connaissances et attitudes de l'ASKAS dans leur étude des connaissances et des attitudes des médecins à l'égard de la sexualité chez les personnes âgées en Turquie. Les auteurs ont constaté que les connaissances des médecins étaient limitées, mais qu'ils avaient une attitude positive à l'égard de la sexualité chez les personnes âgées.	
Cadre théorique ou conceptuel	Il ne cite pas clairement de cadre théorique dans l'article. Mais nous pouvons déceler qu'elle englobe le bien-être, le sexualité, la qualité de vie.	
Hypothèses/question de recherche/buts	Il est clair que la sexualité est une composante importante de la qualité de vie de nombreuses personnes âgées et peut être aussi épanouissante que pour les plus jeunes. Avec le vieillissement de la population, il est nécessaire de mettre en place des professionnels de la santé compétents, compréhensifs et sans jugement, capables de créer des environnements de soins de longue durée propices à l'expression sexuelle des personnes âgées. Cette étude visait à évaluer une intervention éducative conçue pour le personnel infirmier de soins aux personnes âgées afin d'accroître les connaissances et d'améliorer les attitudes à l'égard de l'expression sexuelle des personnes âgées vivant dans des établissements de soins pour personnes âgées.	Vieillessement de la population, environnement adapté à vérifier dans notre problématique.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de l'étude n'est pas clairement explicité mais au vu de la méthode de récolte des données et des résultats je peux dire que c'est une étude quantitative.	
Population, échantillon et contexte	La population est des infirmières diplômées ainsi que des aides infirmières travaillant dans deux institutions médicalisées de la région de Victoria en Australie. Au total, 112 participants à l'atelier ont rempli le questionnaire. Le tableau 1 présente les données démographiques des participants, notamment leur sexe, leur âge, leur poste, leur langue maternelle et le nombre d'années de travail. Les répondants étaient principalement des femmes (93%), âgées de 51 ans et plus (54%), parlaient anglais comme première langue (94%) et avaient travaillé dans une maison de retraite pendant six ans ou plus (75%). La majorité des répondants occupaient le poste d'infirmière (74%), un peu plus du quart d'entre eux occupant le poste d'aide infirmière (26%).	

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les connaissances et les attitudes du personnel infirmier en matière de sexualité ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire pré-post test. Une intervention éducative sous la forme d'un atelier de trois heures a été réalisée entre le pré-test et le post-test.</p> <p>Afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention, l'étude a utilisé la partie comportementale de l'échelle ASKAS (Aging Sexuality Knowledge and Attitudes) développée par White (1982) pour évaluer l'attitude du personnel infirmier avant et après la session de formation. Des éléments supplémentaires ont également été repris de l'enquête sur l'attitude du personnel envers l'intimité et la démence (SAID) (Kuhn, 2002). Le questionnaire de l'étude comprenait 34 items au total, avec une échelle de Likert en cinq points de réponses possibles pour chaque item (1 fortement en désaccord, 2 en désaccord, 3 ni en accord ni en désaccord, 4 en accord, et 5 fortement d'accord). La notation nécessitait le codage inverse de certains éléments avant de calculer un score total (plage de 34 à 170).</p> <p>ASKAS (White, 1982) a été conçu pour être utilisé avec les personnes âgées, les personnes qui travaillent avec les personnes âgées et tout groupe de personnes ayant un impact sur les personnes âgées (par exemple, les familles). L'ASKAS comprend deux sous-échelles : les connaissances et les attitudes. La sous-échelle d'attitudes ASKAS (qui a été utilisée dans la présente étude) comprend 26 items. Des études utilisant ASKAS ont démontré que l'outil avait des propriétés psychométriques satisfaisantes. La fiabilité de l'échelle a été jugée dans les limites acceptables dans les échantillons du personnel des foyers de soins (0,85 à 0,87), des résidents des foyers de soins (0,76 à 0,83), des personnes âgées de la communauté (0,87 à 0,96) et des familles (0,86) (cité dans White et Catania, 1982). Les preuves de la validité de l'ASKAS proviennent de plusieurs études. Bien que l'ASKAS s'est avéré être un outil fiable et valable pour mesurer les attitudes et les connaissances à l'égard de la sexualité et du vieillissement, son échelle est limitée en ce sens qu'elle omet les éléments spécifiques à la démence.</p> <p>Le SAID Survey (Kuhn, 2002) est un outil qui peut être utilisé pour aider les membres du personnel à identifier leurs attitudes personnelles vis-à-vis du vieillissement, de l'intimité, de la sexualité et de la démence. L'étude sur le SAID comprend 20 déclarations spécifiques aux personnes atteintes de démence vivant dans des établissements de soins pour personnes âgées (8 de ces éléments ont été utilisés dans le questionnaire de l'étude). Autant que les auteurs sachent, les propriétés psychométriques de l'enquête SAID n'ont pas été étudiées.</p>	Attention mettre en évidence la démence quand on décrit l'efficacité de l'échelle.
Déroulement de l'étude	<p>Intervention éducative</p> <p>L'intervention éducative (présentée sous forme d'atelier de trois heures) a été conçue spécifiquement pour le personnel infirmier travaillant dans des établissements pour personnes âgées. L'intervention éducative s'appuyait sur les dernières recherches, notamment une revue récente de la littérature (Bauer et al., 2007) et une analyse des obstacles à l'expression de la sexualité chez les personnes âgées et du rôle du professionnel de la santé (McAuliffe, Bauer et Nay, 2007).</p> <p>Les sujets abordés au cours de la première heure étaient les suivants : Qu'est-ce que la sexualité et pourquoi est-elle importante ? Attitudes communes à l'égard de la sexualité chez les personnes âgées ; stéréotypes sexuels (y compris la non-hétérosexualité) par rapport à la réalité ; sexualité et vieillissement normal ; sexualité, maladie et traitement ; et expression sexuelle dans les établissements de soins. La deuxième heure a été consacrée aux thèmes suivants : la</p>	

	<p>sexualité et les personnes atteintes de démence ; sexualité, démence, évaluation et consentement ; la sexualité et le rôle du personnel des maisons de retraite ; les droits des résidents et les responsabilités du personnel. La troisième heure, consacrée aux questions juridiques, notamment la capacité et le consentement des résidents atteints de démence, a été livrée sous la forme d'un DVD de 50 minutes présenté par un avocat spécialisé dans le domaine des soins aux personnes âgées.</p> <p>Les services de santé ont demandé aux chercheurs de dispenser l'éducation sexuelle dans le cadre de leur programme d'éducation continue. L'atelier de formation a été annoncé par deux services de santé régionaux et présenté sous la forme d'une session de trois heures, répétée dans toute la région, de manière à donner à tout le personnel infirmier l'occasion d'y participer. Les participants étaient libres d'assister à l'atelier de formation animé par deux chercheurs universitaires et un avocat (via DVD) spécialisé dans le domaine des soins aux personnes âgées. Les ateliers étaient interactifs et la participation encouragée.</p> <p>Les participants ont reçu l'auto-questionnaire au début et à la fin des trois sessions et ont été priés de cocher la case qui correspond le mieux à leur opinion. Les questionnaires ont été recueillis dès leur achèvement.</p> <p>Les données du questionnaire anonyme ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel de statistique SPSS version 17. Les questionnaires contenant des données manquantes (moins de 5% de l'échantillon) de l'échelle ont été remplacés par la valeur moyenne. Les variables catégorielles ont été analysées à l'aide d'une analyse du chi carré et de variables continues au moyen de tests t. Toutes les analyses ont été bilatérales avec alpha réglé à 0,05. Des tests non paramétriques ont été utilisés pour les variables normalement distribuées.</p>	
Considérations éthiques	L'approbation éthique de l'étude a été demandée et obtenue du comité d'éthique humaine de la faculté de l'Université de La Trobe avant le début de la collecte de données.	
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Fiabilité des échelles (ASKAS)</p> <p>Les évaluations de la fiabilité du système ASKAS étaient satisfaisantes dans de l'étude, comme en témoigne un coefficient alpha de Cronbach de 0,89 (0,87 au pré-test et 0,91 au post-test). Ceci est cohérent avec les coefficients de fiabilité précédemment rapportés pour ASKAS lorsqu'ils sont administrés au personnel de maison de retraite (voir White & Catania, 1982).</p> <p>Analyse des données du questionnaire de l'étude (ASKAS et SAID)</p> <p>L'analyse du chi carré a montré que, dans l'ensemble, les attitudes étaient nettement plus permissives après l'intervention éducative. Ceci s'applique à la fois aux items attitudinaux ASKAS ($\chi^2=10.5$, $df=2$, $p<.01$, $n=218$) et aux items SAID de l'enquête ($\chi^2=10.5$, $df=2$, $p=.01$, $n=218$).</p> <p>Les réponses aux items attitudinaux ASKAS ont été résumées pour générer un score attitudinal total compris entre 26 et 130, les scores les plus faibles indiquant une plus grande permissivité. Le score total moyen de l'ASKAS au pré-test était de 54,21 (écart-type=9,724; plage de 29–76) ; le score total moyen de l'ASKAS au post-test était de 50,92 (écart-type=12,897; plage de 28 à 125). Un test de Mann Whitney U a été réalisé pour comparer le score total avant et après test. Il y avait une différence significative des scores sommés pour le prétest ($Md = 54,00$, $n = 112$) et le posttest ($Md = 52,00$, $n = 106$); $U=4799$, $z=-2.541$, $p=.011$ ($r=.17$).</p>	

Présentation des résultats	<p>Les réponses aux éléments du questionnaire ASKAS et SAID (en pourcentage d'accord = désaccord avec l'optimum = réponse plus permissive) sont présentées dans le tableau 2 pour les éléments pour lesquels un changement d'attitude statistiquement significatif a été observé.</p> <p>Les tests du chi carré n'ont révélé aucune différence significative entre le pré-test et le post-test en fonction des variables démographiques du sexe, de l'âge, de l'anglais comme première langue, du poste occupé ou du nombre d'années travaillées dans le secteur des soins aux personnes âgées ; aucune différence significative n'a été trouvée non plus en fonction du site d'étude.</p> <p>Les éléments non significatifs ont été regroupés par thème afin d'essayer de comprendre pourquoi aucun changement d'attitude n'a été observé pour ces éléments.</p> <p>Malgré tous les éléments relatifs aux thèmes "attitudes du personnel vis-à-vis de la sexualité dans les institutions" et "points de vue du personnel sur l'éducation et les personnes âgées" montrant un changement de direction plus permissif après le test, ce changement n'était pas significatif pour tous les éléments (significatif pour seulement 4 éléments sur 10 et 3 éléments sur 10, respectivement). Les questions du questionnaire relatives au thème "Le personnel considérant son propre parent pris en charge" se sont révélées être les plus immunisées contre le changement, les attitudes devenant nettement plus permissives après le test pour seulement 1 des 4 éléments liés à ce thème. De plus, parmi les éléments non significatifs, 7 ont enregistré un degré élevé de tolérance au pré-test (intervalle= 84-97%), ce qui indique qu'un effet de plafond peut avoir contribué à l'absence de changement significatif observé pour ces éléments au post-test.</p>	
Discussion Interprétation des résultats	<p>Dans l'ensemble, les résultats de cette étude indiquent qu'une intervention éducative d'une durée relativement courte peut avoir un impact significatif sur la permissivité des attitudes du personnel à l'égard de la sexualité des personnes âgées. Cela inclu les adultes plus âgés vivant en maison de retraite et les adultes plus âgés avec et sans démence. L'influence positive de l'éducation et des connaissances sur l'attitude des infirmières à l'égard de la sexualité ont été confirmées par d'autres recherches (Livni, 1994 ; Saunamäki, Andersson et Engström, 2010 ; Walker et Harrington, 2002).</p> <p>L'examen des résultats a révélé que les attitudes vis-à-vis d'ASKAS relatives aux thèmes liés à la « compréhension des besoins sexuels par le personnel » et aux éléments spécifiques à la démence de l'enquête SAID étaient les plus améliorées. Le point supplémentaire de l'enquête SAID relatif aux relations homosexuelles s'est également révélé susciter une attitude plus permissive après l'intervention éducative.</p> <p>Les résultats de l'étude indiquent que les attitudes vis-à-vis de ses propres parents sont peut-être plus impérieuses que les attitudes à l'égard des pensionnaires de personnes âgées vivant avec des personnes âgées. Cette proposition est étayée par des modèles théoriques qui conceptualisent l'attitude comme comprenant des composantes cognitives, affectives et comportementales (par exemple, Eagly & Chaiken, 1993 ; Forgas, 2010), la composante affective étant identifiée comme étant souvent une force dominante derrière les réponses et beaucoup plus difficile à changer que l'élément cognitif (Zajonc, 2000). Le résultat est que, même si l'éducation permet d'accroître les connaissances, les attitudes vis-à-vis de domaines émotionnels tels que le comportement sexuel d'un membre de la famille seront plus résistantes aux changements cognitifs en raison de leur forte composante affective (Lewis & Bor, 1994). En outre, ce modèle implique</p>	

	<p>qu'un élément essentiel de l'éducation devrait être d'aider les infirmières à prendre conscience de leurs préjugés personnels et à se former contre ces préjugés compromettant l'intégrité de leur rôle professionnel dans les soins aux patients (Lewis & Bor, 1994). L'intervention éducative utilisée dans cette étude a incorporé cette composante essentielle et a mis en garde les infirmières contre le fait de jouer par inadvertance des gardiens de la morale aux résidents.</p> <p>Il est intéressant de noter que nos résultats n'ont révélé aucune différence en fonction de l'âge du répondant ou du nombre d'années travaillées dans le secteur des soins aux personnes âgées. Cela contraste avec les conclusions précédentes telles que celles de Bouman et al. (2007), qui ont constaté que les membres du personnel plus jeunes et ceux ayant moins de cinq ans d'expérience professionnelle avec des personnes plus âgées ont signalé des attitudes plus négatives vis-à-vis de la sexualité ultérieure, par rapport aux membres du personnel plus âgés ou ayant plus d'expérience. Une explication possible à cela est que l'échantillon de la présente étude était composé de peu de jeunes, avec seulement 7% âgés de moins de 30 ans. De plus, une minorité (25%) des répondants à la présente étude travaillait dans une maison de retraite depuis moins de cinq ans. Des différences en fonction de l'âge ou du nombre d'années de prise en charge des personnes âgées pourraient avoir été observées si l'échantillon avait été plus représentatif des sous-groupes plus jeunes et moins expérimentés.</p>	
Forces et limites	<p>Plusieurs limites sont associées à l'étude. Bien que l'intervention d'éducation ait permis de créer chez le personnel infirmier des attitudes plus permissives, l'étude n'a pas cherché à déterminer dans quelle mesure (le cas échéant) ce changement avait eu une incidence sur la pratique. De même, la longévité du changement d'attitude n'a pas été étudiée. Une autre limitation concerne le contenu du questionnaire, bien que cette étude prolonge les travaux antérieurs en incluant des éléments spécifiques à la démence, il serait utile d'inclure des éléments permettant de mesurer le changement d'attitude par rapport à d'autres domaines non couverts par l'enquête, tels que le risque d'infection par une maladie sexuellement transmissible (MST). En outre, bien qu'il soit encourageant de constater que l'atelier de formation a permis de produire des attitudes plus permissives à l'égard des relations homosexuelles après le test, un seul élément a été inclu pour mesurer les attitudes relatives à ce thème.</p>	
Conséquences et recommandations	<p>La longévité de ces changements et leur impact sur la prestation des soins et les résultats pour les résidents nécessitent des recherches plus approfondies.</p> <p>Un sondage complet qui couvre l'ensemble des thèmes pertinents attend d'être développé. Les études futures devraient également prendre en compte l'effet de la culture sur l'attitude, car des études récentes ont démontré une relation entre les facteurs culturels et les attitudes à l'égard de la sexualité (Ahrold et Meston, 2010). Enfin, bien qu'il y ait eu un changement important dans l'ensemble vers des attitudes plus permissives à la suite de l'intervention en éducation, la taille de l'effet était faible.</p> <p>Il y a beaucoup à faire pour améliorer la manière dont la sexualité est traitée dans les établissements de soins pour personnes âgées. L'étude présentée dans le présent document représente la première étape : dispenser au personnel infirmier une formation qui consiste à examiner les préjugés personnels et à améliorer les connaissances sur la sexualité et les personnes âgées. Les gestionnaires d'établissements et les éducateurs doivent en outre veiller à ce que la formation et l'éducation du personnel soient également centrées sur la manière de procéder à une évaluation de la santé sexuelle et</p>	

	des besoins sexuels. Pour être utiles et efficaces, ces évaluations doivent également s'appuyer sur des directives et des politiques.	
Commentaires	L'intervention d'éducation pour les soignants s'est révélée efficace sur certains points et a permis une plus grande permissivité des soignants à l'égard de la sexualité des personnes âgées. En effet, un cours de 3 heures a été donné au personnel soignant et celui-ci a permis une modification de la perception des soignants à ce sujet. Cependant, il est dommage que l'étude n'ait pas évalué les changements sur la pratique des soignants car cela permettrait d'assurer l'efficacité de l'intervention sur la pratique. Une pensée plus permissive n'apporte pas forcément une attitude plus permissive. Des cours de 3 heures ont apporté des résultats positifs, on peut alors se demander si des cours plus long et plus poussés pourraient apporter encore de plus grands résultats et ainsi que les soignants aient toutes les ressources nécessaires. Cette intervention a été délivrée en Australie, il serait donc intéressant de voir si notre population à la même vision et a les mêmes capacités d'adaptation et de changement de perception face à la sexualité des personnes âgées. Cependant l'échelle d'évaluation est en anglais, si nous voudrions évaluer l'efficacité d'une intervention sur une population francophone il faudrait faire une étude pour adapter l'échelle en français.	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff . <i>Educational Gerontology</i> , 39(2), 82-91. https://doi.org/10.1080/03601277.2012.682953				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui le titre indique que l'étude s'intéresse à la sexualité des personnes âgées dans un EMS. Il est aussi précisé qu'ils étudient l'effet d'une intervention éducative sur les attitudes et les croyances du personnel soignants dans cet établissement.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui chaque partie est clairement définie et séparée. Cet article se déroule ainsi : introduction, problématique, méthode, résultats et discussion. De plus dans chaque partie des sous-titre sont insérés.
Introduction	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			La problématique des besoins sexuels des personnes âgées en home est clairement expliquée.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Ils définissent clairement la problématique actuelle par une recension des écrits de précédentes recherches. Ils parlent du sujet en général puis affinent leur explication pour en venir au sujet principal qui est la sexualité des personnes âgées en home.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		L'article ne contient pas de théorie ou concept.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but de l'étude est bien défini mais l'article ne fait pas d'hypothèse et ne précise pas de question de recherche.
Méthodes	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Le devis n'est pas clairement expliqué, il ne précise pas le type. Il explique juste le déroulement de leur étude
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui la population est définie dans un sous-chapitre participants. Il précise la population dans leur contexte et leur région.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Dans les résultats, il précise les détails de l'échantillon par écrit et à l'aide d'un tableau

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Non il ne justifie pas la taille de leur échantillon.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Oui, ils décrivent leur outil qui est un questionnaire. Ils décrivent également comment ils ont élaboré ce questionnaire.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?			X	Les questionnaires correspondent tout à fait aux attentes de la récolte sur les connaissances, par contre pour les attitudes il aura fallu évaluer la pratique réelle et non se baser sur le ressenti de chaque soignant sur leurs attitudes.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Ils expliquent clairement le déroulement de l'étude et la manière dont ils ont procédé, ceci dans un sous-chapitre de la méthode.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Je pense que oui car il explique qu'ils ont demandé des approbations éthiques et obtenu des autorisations. Mais ils ne précisent pas s'ils ont récolté anonymement les données.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Il explique qu'ils ont testé à l'aide du chi carré chaque question sur les attitudes basées sur l'échelle ASKAS mais également celles axées sur l'échelle SAID.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	La présentation des résultats est mise directement après les analyses statistiques sans être séparée ce qui ne facilite pas la lecture. Un graphique des résultats est cité mais se trouve plus bas.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Ils disent qu'ils ont comparé leurs résultats à des modèles théorique, mais ils ne précisent pas lesquels.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Ils interprètent leurs résultats à des précédentes études.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ils citent plusieurs limites dans la discussion et elles sont bien développées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils expliquent bien les avantages de mettre en place cette intervention et les bénéfices qu'elle pourrait avoir.

	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Des recommandations sont formulées afin de pouvoir assurer de l'efficacité de cette intervention.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est clair et bien écrit. Il est facilement compréhensible et bien organisé.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

Annexe C

Grille de résumé et de lecture critique de Villar, Celdran, Faba & Serrat (2017)

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article	Notes personnelles
Références complètes	Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2017). Staff members' perceived training needs regarding sexuality in residential aged care facilities. <i>Gerontology & Geriatrics Education</i> , 38(4), 443-452. https://doi.org/10.1080/02701960.2015.1127811	
Introduction Problème de recherche	Contrairement aux stéréotypes décrivant les personnes âgées comme étant sans sexe ou n'ayant aucun intérêt sexuel, ou à l'idée selon laquelle le sexe dans les dernières décennies de la vie est inapproprié (Doll, 2012 ; Henry & McNab, 2003), la recherche a montré que les personnes âgées peuvent conserver certains avantages pour la santé et le bien-être de l'activité sexuelle (Lindau et al., 2007; Robinson et Molzahn, 2007; Schick et al., 2010). Cependant, l'activité sexuelle chez les personnes âgées est relativement rare dans des environnements tels que les centres de soins pour personnes âgées (RACF), où certains obstacles peuvent faire de la satisfaction des besoins sexuels un objectif difficile ou impossible.	
Recension des écrits	Certaines de ces barrières sont dues au contexte lui-même, qui peut être très structuré ou sans protection de la vie privée (Eckert, Carder, Morgan, Frankowski, & Roth, 2009 ; Morgan, 2009), tandis que d'autres sont liées au profil des résidents de ceux qui auront des problèmes de santé chroniques et un statut fonctionnel faible, qui peuvent tous deux entraver le comportement sexuel (Lichtenberg, 2014). Le personnel de RACF et ses attitudes vis-à-vis de la sexualité pourraient constituer un obstacle moins évident. En effet, des recherches ont montré que de nombreux membres du personnel de RACF ont des attitudes paternalistes à l'égard de l'expression sexuelle des résidents et peuvent même directement décourager ou rejeter de tels comportements (Roach, 2004). En outre, plutôt que d'être perçue comme un besoin humain légitime, la sexualité est souvent considérée comme une menace pour le bon fonctionnement de l'institution et une source potentielle de conflit avec les familles et les autres résidents (Bauer, Nay et al., 2014 ; Ward , Vass, Garwal, Garfield et Cybyk, 2005). L'absence de formation sur la sexualité chez les personnes âgées pourrait être l'une des raisons qui explique cette attitude négative du personnel de RACF à l'égard de la sexualité des résidents (Di Napoli, Breland et Allen, 2013 ; Gilmer, Meyer, Davidson et Koziol-McLain, 2010). Ce qui concorde avec les recherches montrant que les étudiants en médecine ou en psychologie ont des lacunes dans leurs connaissances sur la sexualité chez les personnes âgées (Snyder & Zweig, 2010). Certaines recherches suggèrent également que le personnel reconnaît un manque de formation de la sexualité des personnes âgées (Villar, Celdrán, Fabà et Serrat, 2014). On en sait peu sur l'étendue de cette perception et sur le type d'avantages que le personnel s'attend à obtenir de la formation. La présente étude vise à combler cette lacune.	Ils abordent la problématique en premier puis amènent le problème du manque de formation. A voir pour rajouter à notre problématique.

	<p>Bien que l'éducation se soit révélée être un outil utile pour réduire les idées stéréotypées sur le troisième âge (Doll, 2006) ou la sexualité (Shindel & Parish, 2013), peu d'études ont mis en œuvre et évalué des programmes de formation sur la sexualité à l'intention du personnel de RACF. Les rares données disponibles suggèrent que la formation a des effets positifs, les participants étant plus informés (Walker & Harrington, 2002) et ayant des attitudes plus positives à l'égard de la sexualité à l'âge avancé (Bauer, McAuliffe, Nay et Chenco, 2013) après le programme, comme être plus conscient et sensible aux pratiques sexuelles des résidents plus âgés (Menzel, 2006). Cependant, les programmes de formation décrits dans la littérature sont généralement conçus comme des ateliers ou des cours généraux, et ils ne traitent pas de deux problèmes clés. Premièrement, on en sait peu sur les besoins et les attentes spécifiques des membres du personnel, qui ne se limitent peut-être pas à l'amélioration des attitudes ou à la connaissance accrue de la sexualité des personnes âgées. Par exemple, certains membres du personnel peuvent être confrontés à des problèmes pratiques lors de situations sexuelles impliquant des résidents, d'autant plus que la plupart des institutions ne disposent pas de directives claires à ce sujet (Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzia, Nay et Beattie, 2014 ; Shuttleworth, Russell, Weerakoon, Dune, 2010). Deuxièmement, différents professionnels de RACF peuvent avoir des besoins éducatifs différents. En Espagne, par exemple, le personnel de RACF peut être divisé en deux groupes : les cadres / professionnels et les assistants de soins. Le premier groupe comprend les professionnels titulaires d'un diplôme universitaire (médecins, infirmières, psychologues ou travailleurs sociaux, par exemple) qui fournissent des soins spécialisés, y compris l'évaluation des résidents, la conception et la mise en œuvre d'interventions, impliqué dans les décisions relatives à la gestion de l'installation. En revanche, les aides-soignants n'ont généralement pas besoin d'un diplôme universitaire et leur rôle est davantage axé sur la fourniture de soins quotidiens aux résidents et leur aide dans leurs activités quotidiennes si nécessaire. En ce qui concerne la sexualité, le type de situation que ces deux groupes de personnel peuvent rencontrer peut être très différent et par conséquent, ils peuvent également avoir des besoins de formation différents.</p>	<p>Idem pour stéréotypes.</p> <p>Idem attentes des soignants.</p> <p>Différence des besoins en formation entre professionnels diplômés et assistants en soins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	L'article ne cite pas clairement de cadre théorique mais la dernière phrase de la discussion parle des soins centrés sur la personne. Les concepts mis en avant dans l'étude sont le bien-être et les droits des patients.	Il utilise le même cadre théorique que nous.
Question de recherche/buts	<p>À la lumière de ce qui précède, la présente étude avait deux objectifs:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déterminer si les membres du personnel de RACF percevaient les besoins de formation en matière de sexualité des résidents et quels pourraient être les avantages attendus de cette formation. 2. Examiner si les besoins de formation perçus et les avantages attendus diffèrent selon les groupes professionnels (professionnels / cadres / assistants de soins). <p>Les résultats fourniront des informations utiles pour le développement de programmes de formation du personnel concernant la sexualité au sein de RACF.</p>	

Méthodes Devis de recherche	Le devis n'est pas clairement explicité dans l'étude mais au vu des questions ouvertes posées lors d'entretiens semi-structurés, je peux dire que c'est une article qualitatif.	
Population, échantillon et contexte	<p>Nous avons choisi d'inclure à notre étude 53 membres du personnel travaillant actuellement dans une RACF à Barcelone (Espagne). Seuls cinq hommes ont participés à l'étude, ce qui reflète la prédominance des employées de sexe féminin dans les lieux de travail liés aux soins.</p> <p>Les participants étaient âgés de 22 à 63 ans ($M = 42,5$ ans, $ET = 11,4$ ans) et la plupart d'entre eux étaient mariés (73,6%). Ils travaillaient dans cinq RACF différents, tous sous gestion privée mais faisant partie du réseau public de soins géré par le Département des services sociaux de Catalogne (région autonome du nord-est de l'Espagne). Les RACF étaient de taille moyenne (jusqu'à 90 habitants) et ont été sélectionnés dans différentes zones socio-économiques de Barcelone pour obtenir une variance maximale.</p> <p>L'échantillon comprenait des assistants de soins (23 participants) et des professionnels / cadres (30 participants, dont cinq gestionnaires, six éducateurs, cinq infirmières, cinq physiothérapeutes, cinq psychologues et quatre travailleurs sociaux). Tous les membres du groupe des professionnels / cadres avaient un diplôme universitaire, alors que les assistants de soins n'avaient achevé que des études primaires ou secondaires. Le nombre moyen d'années d'expérience dans le domaine des soins aux personnes âgées variait de 1 à 25 ans ($M = 11,3$, écart-type = 7,1).</p> <p>L'équipe de recherche a dressé la liste de tous les membres du personnel satisfaisant aux critères d'inclusion : au moins un an d'expérience au sein de RACF, ayant travaillé pendant au moins six mois à leur actuelle RACF au moment de l'étude et ayant des contacts réguliers avec les résidents. Les recrues ont été sélectionnées de manière aléatoire dans la liste, avec un nombre égal de recrues dans les deux catégories d'emplois. Toutes les recrues ont accepté de participer.</p>	<p>Peu de participants à l'étude, mais selon méthode de sélection le chiffre était voulu aussi réstreint.</p> <p>Etude faite en Espagne, de ce faite pas la même culture et perception de la sexualité, également pas la même formation.</p>
Méthode de collecte des données	Des entretiens ont été menés avec 53 membres du personnel de cinq RACF différents en Espagne. Leurs réponses à deux questions semi-structurées ont été transcrites intégralement et soumises à une analyse de contenu.	
Déroulement de l'étude	<p>L'équipe de recherche a collecté les données entre mars et octobre 2012 au moyen d'entretiens semi-structurés. L'entrevue comprenait des questions sur la sexualité à un âge avancé, sur la manière de traiter les pratiques sexuelles dans un cadre institutionnel, sur le type de formation reçue par les participants en matière de sexualité et sur son utilité perçue. Conformément aux objectifs de l'étude, cet article n'analyse que les réponses aux questions relatives à la formation en matière de sexualité chez les personnes âgées. Les premières questions ouvertes étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avez-vous reçu une formation ou un programme éducatif pour vous aider à résoudre les problèmes de sexualité sur votre lieu de travail ? Si oui, quel type de formation ? ● Pensez-vous qu'il serait / était utile de recevoir une telle formation ? Pourquoi ? <p>Les intervieweurs ont posé des questions supplémentaires si les réponses n'étaient pas suffisamment claires ou n'étaient pas liées au thème en question. Ils ont également demandé plus de détails si les répondants soulevaient dans leurs réponses d'autres problèmes liés à la formation. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits intégralement à l'aide du</p>	

	logiciel Audacity (Audacity 2016). Un code a été attribué à chaque entretien, indiquant le sexe, l'âge et le groupe de personnel du répondant (assistant de soins ou personnel professionnel / de direction).	
Considérations éthiques	Approbation administrative reçue des responsables des RACF pour la conduite de l'étude. L'approbation de la réalisation de l'étude a été obtenue du comité d'éthique de la faculté de psychologie de l'Université de Barcelone. Les participants étaient des volontaires qui avaient reçu une explication détaillée de l'étude et qui avaient tous signé un formulaire de consentement.	
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les réponses aux deux questions ont été soumises à une analyse de contenu à l'aide du logiciel NVivo 2.0. Cette procédure permet d'identifier des thèmes communs et leur fréquence d'apparition parmi les membres de l'échantillon (Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013). Quatre étapes ont été suivies. Tout d'abord, deux membres de l'équipe de recherche ont lu toutes les transcriptions de données pour se familiariser avec le contenu. Tout en lisant, ils ont cherché des idées susceptibles de contribuer à répondre aux deux questions. Deuxièmement, deux chercheurs indépendants ont abrégé ces idées en catégories en fonction de leur similarité. Les catégories obtenues par chaque chercheur ont été comparées et les différences ont été discutées jusqu'à parvenir à un consensus. Une fois que le système de catégories a été clairement défini, les chercheurs ont ensuite revu toutes les unités de signification et les ont attribuées indépendamment à une catégorie. Enfin, un juge indépendant, n'appartenant pas à l'équipe de recherche et qui a été sélectionné au hasard, a classé les réponses en catégories et la comparaison entre cette nouvelle catégorisation et la classification initiale a été utilisée afin d'obtenir l'indice de fiabilité Kappa. La valeur obtenue (0,92) indique que la fiabilité du système est très bonne.	
Présentation des résultats	<p>Quarante et un des 53 participants (77,3%) ont déclaré n'avoir reçu aucune formation en matière de sexualité et de vieillissement. Certains d'entre eux associaient leur manque de formation à des stéréotypes négatifs sur la sexualité et le vieillissement qui, à leur avis, ne favorisaient pas la prise en compte de la sexualité en tant que sujet de formation. Une assistante de soins a déclaré :</p> <p>Je n'ai aucune formation du tout. C'est toujours un tabou, n'est-ce pas ? Les gens disaient des choses comme : « Attention, ils ne sont pas mariés. » Toute cette affaire du sexe a toujours été un tabou et elle le restera. Je pense donc que tous les professionnels ont des choses à apprendre sur ces problèmes.</p> <p>Sept participants (13,2%, quatre assistants professionnels / gestionnaires et trois assistants sociaux) ont déclaré avoir reçu une formation quelconque sur la sexualité et le vieillissement au cours de leur formation professionnelle, bien que la plupart d'entre eux aient également mentionné que cette instruction était assez brève et que des cours spécifiques étaient dispensés en grande partie indisponible. Une jeune femme membre du personnel professionnel a déclaré :</p> <p>Oui, mais c'était à peu près rien, juste un crédit de cours à l'université. Le sujet était la sexualité, la dépendance et le vieillissement, et c'était tout. La vérité est qu'il est très difficile de s'entraîner sur ce sujet, il y en a très peu.</p> <p>Presque toutes les personnes interrogées ont convenu qu'une formation sur ce sujet serait utile. Les avantages perçus d'une telle formation peuvent être divisés en deux catégories : connaissances/ attitude (en savoir plus sur la question,</p>	2 types d'interventions à mettre en place, une formation sur les connaissances et les attitudes ainsi que des protocoles pour faire face aux situations problématique.

	<p>évolution des stéréotypes et attitudes négatives) et procédurales (disposer de ressources pour faire face aux situations liées au sexe). Le tableau 1 indique la fréquence et le pourcentage de chaque catégorie.</p> <p>Avantage d'une formation sur les connaissances et attitudes</p> <p>Le premier avantage a été mentionné plus fréquemment par les professionnels / cadres que par les assistants de soins (voir tableau 1), bien que la différence n'ait pas atteint la signification statistique. Il inclut des idées relatives aux préjugés sur la sexualité chez les personnes âgées, la sexualité en tant que sujet caché dans RACF, ou les attitudes péjoratives et les comportements discriminatoires de certains membres du personnel de RACF. Par exemple, les participants ont estimé que la formation pourrait aider à surmonter une vision négative largement répandue de la sexualité chez les personnes âgées, ce qui lui permettrait d'être traitée comme un besoin humain naturel. « Au moins cette formation vous aiderait à être plus ouvert d'esprit en matière de comportements sexuels. »</p> <p>Et bien, il faudrait apprendre aux gens que les personnes âgées ont besoin de sexe aussi. Ainsi, par exemple, si vous tombez sur eux, et bien, au lieu de vous lancer, pourquoi ne pas essayer d'être là pour eux, pour comprendre qu'ils pourraient avoir besoin de sexe à certains moments, et qu'il n'est pas nécessaire de se mettre en colère d'ailleurs, pour leur faire comprendre que vous comprenez, il vous suffit de les y laisser et c'est tout.</p> <p>La vision négative de la sexualité chez les personnes âgées mentionnée dans les réponses des répondants consistait parfois à simplement ignorer le problème. D'autres réponses ont évoqué les préjugés et la discrimination contre l'expression sexuelle par les résidents de RACF. Ainsi, certains répondants ont souligné que la sexualité était un sujet pratiquement caché dans RACF, un sujet absent des conversations quotidiennes entre membres du personnel. La formation pourrait donc être une excuse pour commencer à réfléchir et à parler de telles questions. Une assistante de soins a exprimé :</p> <p>En effet, parce que la sexualité est un tabou complet. Je veux dire, personne n'en parle, il n'y a pas de formation, et même les assistants de soins qui sont quotidiennement en contact avec les résidents, les baignant ou quoi que ce soit d'autre, étant présents dans ces moments plus intimes, même s'ils n'en parlent pas. Tout le monde a des besoins sexuels et personne n'en parle.</p> <p>Les répondants ont également suggéré que la formation conçue pour changer les mentalités pourrait aider à éviter le rejet ou la désapprobation des intérêts sexuels des résidents. Par exemple, certaines réponses ont indiqué que les membres du personnel se moquaient parfois des résidents lorsqu'ils exprimaient leur sexualité ou leur affection. Un membre féminin du personnel professionnel a déclaré :</p> <p>« La formation pourrait être une bonne idée. . . J'ai vu comment certains de mes collègues se moquent de ce genre de choses et je n'aime pas ça. . . C'est une pure ignorance, nous devons en savoir plus sur l'attitude à adopter. »</p> <p>Deux réponses ont mentionné la conviction que les personnes âgées sont enfantisées, ce qui est un autre exemple de préjudice causé aux personnes âgées vivant dans les RACF. L'idée était que les adultes plus âgés n'avaient pas d'intérêt sexuel et dépendaient d'autres personnes (c'est-à-dire du personnel) pour prendre des décisions. Une assistante de soins a exprimé :</p>	
--	---	--

	<p>Je pense que beaucoup de ceux qui travaillent avec des personnes plus âgées pensent parfois qu'ils sont comme des enfants plutôt que des adultes. Et les personnes âgées ne sont pas stupides, ce ne sont pas des enfants, elles ont toutes leurs expériences de vie derrière elles, vous voyez ce que je veux dire. . . Eh bien, je suis de ceux qui pensent que vous ne pouvez pas traiter les personnes âgées comme des enfants ou comme des grands-parents bénins. . . vous devez les voir comme des hommes et des femmes plus âgés, qui sont peut-être vieux mais qui sont encore capables de prendre leurs propres décisions.</p> <p>Ainsi, en plus d'éviter les stéréotypes et l'âgisme, certains répondants ont estimé qu'une formation sur les questions sexuelles pourrait également aider les membres du personnel à penser et à traiter les résidents d'une manière plus « humaine », en tenant compte de leurs besoins. Un membre du personnel professionnel féminin a déclaré :</p> <p>La formation pourrait aider. . . Il y a des gens qui partagent les mêmes idées que moi et qui sont ouverts d'esprit. . . mais quand vous parlez aux assistants de soins. . . Il y a des moments où ils réfléchissent, réagissent et se comportent différemment. . . même être jugeants ou se moquer des résidents. . . et je ne pense pas que ce soit juste, et au moins en partie parce qu'ils ne sont pas sensibles aux besoins des résidents.</p> <p>Deux participants ont également suggéré que la formation devrait être un processus continu. Étant donné que la société évolue avec le temps, les personnes âgées qui entrent dans un RACF risquent d'avoir de nouveaux besoins et de nouvelles attitudes, ce qui pourraient également avoir une incidence sur leurs besoins et leurs intérêts sexuels. Par exemple, la diversité sexuelle est en train de devenir un problème alors qu'elle était rarement envisagée dans le passé.</p> <p>Une assistante de soins d'âge moyen a déclaré :</p> <p>Je pense que la formation est nécessaire parce que nous traitons maintenant de nouvelles choses. Prenez l'homosexualité, par exemple. C'est beaucoup plus visible qu'avant ! La société n'avait pas l'habitude de laisser les gens choisir leur sexualité ou leur partenaire, mais ce sera de plus en plus le cas pour nos résidents. Et plus que probablement, nous ne sommes pas prêts à prendre cela en compte, car toute la question de la sexualité a toujours été un tabou pour beaucoup de mes collègues. Cela nous aiderait si nous étions plus ouverts et moins équivoques dans nos réactions face à tout cela. Et une bonne formation pourrait aider dans ce sens.</p> <p>Avantages des protocoles :</p> <p>La deuxième catégorie de réponses concernait le rôle de la formation dans la formulation de directives et d'outils pratiques pour faire face aux situations impliquant les besoins et les comportements sexuels des résidents. Les assistants de soins étaient plus susceptibles de mentionner cet avantage perçu de la formation que les professionnels / cadres (2 = 4,85, $p < 0,05$) (voir le tableau 1).</p> <p>Les participants ont souligné le manque de protocoles et d'outils permettant de gérer les situations quotidiennes dans lesquelles les besoins ou les comportements sexuels des résidents sont impliqués. Dans l'extrait suivant, par exemple, l'homme interrogé mentionne non seulement les compétences et les attitudes personnelles, mais aussi la possibilité que la formation fournisse un ensemble de lignes directrices permettant de faire face à de telles situations de manière plus standardisée :</p>	
--	--	--

	<p>Les gens ont besoin de plus de moyens pour faire face aux situations. Il est vrai que si vous avez les compétences et que vous vous retrouvez dans une situation, et bien, vous pouvez vous débrouiller. Ce que je veux dire, c'est que vous essayez de faire ce qui est juste, mais ce serait vraiment utile si vous aviez dans votre guide étape par étape sur la meilleure façon de réagir et sur ce qu'il serait normal de faire.</p> <p>Certains participants ont reconnu ne pas savoir comment gérer les situations sexuelles dans RACF. Par conséquent, la formation était considérée comme un moyen de les aider à surmonter ces insécurités, qui pourraient nuire à leur travail, comme l'a mentionné la femme auxiliaire de soins suivante :</p> <p>La formation consiste à apprendre. . . De manière générale, je pense que je réagis bien et que cela a peut-être à voir avec ma personnalité, mais si nous avons un ensemble de directives, quelque chose que nous partageons tous, alors peut-être que je ferais une autre chose et serais vraiment sûre de ce que je fais est pour le mieux. Peut-être suis-je vraiment en train de foirer et je ne suis même pas au courant !</p> <p>De même, une femme professionnelle a déclaré :</p> <p>Certaines situations peuvent vous arrêter sur vos traces ... et vous ne savez pas quoi faire. Par exemple, dans certaines démences ou dans les cas de syndrome de Down, la personne peut être vraiment désinhibée où avoir une libido accrue. . . la formation peut donc vous aider à canaliser ce patient de la bonne manière.</p> <p>En ce qui concerne la meilleure façon de gérer les situations sexuelles, certains répondants ont souligné que la manière dont la sexualité est abordée dans RACF est influencée par différents facteurs, dont le statut professionnel. Ceux qui ont mentionné ce facteur ont fait valoir que les assistants sociaux avaient particulièrement besoin de formations, car ce sont eux qui rencontraient des situations sexuelles et qui étaient les plus susceptibles de réagir de manière inappropriée.</p> <p>Une jeune femme membre du personnel professionnel a déclaré :</p> <p>Les assistants de soins pourraient vraiment bénéficier d'une formation. Ils passent plus de temps en contact avec les résidents et certains d'entre eux sont très rigides dans leur approche... « Ce n'est pas permis ! Arrêtez ça ! » « Regardez, vous avez taché les draps ». Ils se concentrent davantage sur les tâches quotidiennes qui consistent à laver le linge de lit ou à changer les serviettes anti-incontinence. Ils ne voient donc que le travail supplémentaire qui leur est demandé, comme lorsqu'un résident se masturbe et tache les draps.</p> <p>Comme dans le cas de certains cadres / professionnels, les réponses des assistantes de soins aux situations sexuelles sont diverses. Un des facteurs mentionné par certains participants était la diversité culturelle des assistants de soins, car beaucoup d'entre eux sont des travailleurs migrants. Cette diversité culturelle se traduit par différentes manières de réagir aux besoins sexuels des résidents, certains étant particulièrement restrictifs. Une jeune membre du personnel professionnel de sexe féminin a déclaré :</p> <p>Il y a un fossé culturel entre nous. Ici, beaucoup d'assistants de soins viennent d'Amérique du Sud et d'autres parties du monde où le sexe est traité différemment. . . ils n'acceptent pas que les personnes âgées puissent avoir des besoins sexuels et ont donc tendance à les punir. . . Et puis, il y a aussi la question de la religion, qui a également une grande influence sur ces assistants de garde venus de l'étranger. Je pense donc que la formation pourrait être</p>	
--	--	--

	un moyen d'aider l'ensemble du personnel à réagir de la même manière, de manière cohérente, au problème de la sexualité. . . Parce que vous savez parfois que cette question des besoins sexuels crée des situations compliquées.	
Discussion Interprétation des résultats	<p>La principale conclusion tirée de l'analyse des résultats est que les répondants ont estimé que la formation sur ce sujet était insuffisante. La plupart d'entre eux n'avait jamais reçu de formation formelle et ceux qui avaient suivi une formation la considéraient comme très limitée, en quantité et en qualité. Les résultats suggèrent également deux lacunes que les membres du personnel perçoivent en ce qui concerne les questions sexuelles, deux facteurs qui devraient être pris en compte lors de la conception des cours de formation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le premier est un fossé de connaissances et d'attitudes. Les personnes interrogées ont estimé que l'expression sexuelle des résidents était un phénomène caché, dominé par les stéréotypes et susceptible d'être critiqué, voire sujet à dérision. Ce point de vue est compatible avec les recherches indiquant la présence de préjugés âgistes concernant la sexualité chez les personnes âgées et, en particulier, l'expression sexuelle parmi les résidents de RACF (Bauer, 1999; Roach, 2004). Selon les répondants, ces attitudes constituent un obstacle important à la normalisation de la sexualité dans le contexte institutionnel. La mise au point de cours de formation visant non seulement à informer le personnel des besoins sexuels et des formes d'expression sexuelle que l'on peut trouver chez les personnes âgées (en particulier les résidents de RACF), mais également à modifier leurs attitudes négatives aiderait à éliminer les sources de gêne chez le personnel et à améliorer le bien-être des résidents (Bauer et al., 2013; Elias et Ryan, 2011). - La deuxième lacune est procédurale. Les personnes interrogées ont reconnu avoir trouvé difficile de gérer les situations sexuelles susceptibles de se produire dans RACF. Ils se sentent souvent obligés d'intervenir dans certaines situations où les résidents expriment des besoins sexuels, mais en même temps, ils ne savent pas quoi faire, faute de protocoles d'action explicites ou de directives formelles. Une partie du problème peut être attribuée à l'absence presque complète de politiques explicites en matière de sexualité dans RACF (Shuttleworth et al., 2010), bien que les carences dans la formation du personnel contribuent également à cette impression de ne pas savoir si les situations sexuelles sont gérées correctement. <p>Le deuxième objectif de l'étude était de comparer les avantages perçus de la formation entre les assistants de soins et le personnel professionnel / de direction. À cet égard, les résultats indiquent que le manque de formation adéquate en matière de sexualité ne dépend pas du statut professionnel : les assistants sociaux et les professionnels / cadres ont reconnu le besoin de formation dans ce domaine. En outre, les deux groupes ont identifié les deux objectifs d'une telle formation, connaissance / comportement et procédure, bien que les assistants de soins aient mentionné ce dernier un peu plus souvent. Cette différence peut être due au fait que ce sont les assistants de soins qui risquent le plus de rencontrer une situation sexuelle au cours de leur travail quotidien. Pour les assistants de soins, les moyens de gérer de telles situations sont particulièrement importants, et cela doit être pris en compte lors de la conception des cours de formation.</p>	
Forces et limites	<p>Cette étude présente certaines limites qui doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premièrement, les données sont dérivées d'un petit échantillon de RACF, ce qui limite la généralisation. 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Le contexte géographique et culturel du RACF, ainsi que les variables démographiques des répondants, sont assez homogènes dans notre échantillon. - Il convient également de noter que, bien que les assistants de soins remplissent des rôles similaires, le personnel de direction / professionnels remplit divers rôles et que leurs besoins en formation peuvent varier en conséquence. <p>Des études plus approfondies sont donc nécessaires pour déterminer si les besoins en formation identifiés au sein de cette organisation sont étendus.</p>	
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats suggèrent qu'au moins en Espagne, il est nécessaire de développer et d'introduire du matériel lié à la sexualité dans la formation de base proposée aux professionnels des RACF, quels que soient leur niveau, leurs antécédents ou leur rôle spécifique au sein de ces institutions.</p> <p>Pour les assistants de soins, les moyens de gérer de telles situations sexuelles sont particulièrement importants, et cela doit être pris en compte lors de la conception des cours de formation.</p> <p>Enfin, bien que certaines études (Tzeng, Lin, Lotus et Wen, 2009) aient souligné que la culture organisationnelle influe sur la tolérance et l'acceptation de l'expression sexuelle par les résidents de RACF, peu d'études ont porté sur la pertinence des relations culturelles et diversité religieuse parmi le personnel. Étant donné que cet aspect apparaît dans certaines des réponses analysées ici, il devrait également être pris en compte lors de la conception des cours de formation.</p> <p>Malgré les limites de l'étude, les résultats soulignent le besoin d'une formation spécifique liée à la sexualité parmi le personnel de RACF. En outre, les résultats indiquent les aspects à prendre en compte lors de la conception de la formation. Plus précisément, les résultats suggèrent que la formation devrait viser à réduire l'ignorance des besoins, à permettre l'expression normale des résidents de RACF et à aider les membres du personnel à développer les compétences nécessaires pour canaliser et traiter l'expression des besoins sexuels des résidents. La formation devrait également tenir compte de la diversité éducative, culturelle et religieuse du personnel. La présence dans les réponses de signes évidents de stigmatisation des besoins sexuels des personnes âgées suggère également que l'éducation gériatrique devrait s'étendre au-delà de la formation professionnelle, y compris celle des cycles élémentaires.</p> <p>Une formation sur les questions sexuelles pourrait augmenter la qualité des soins offerts par les RACF en rendant les réponses du personnel aux situations sexuelles plus cohérentes, ce qui pourrait conduire à une amélioration du bien-être des résidents. En outre, la formation pourrait aider à mettre en évidence l'aspect souvent négligé des droits et des besoins sexuels des résidents, qui semblerait essentiel si l'objectif est d'offrir des soins véritablement centrés sur la personne (Doll, 2012).</p>	
Commentaires		

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2017). Staff members' perceived training needs regarding sexuality in residential aged care facilities. <i>Gerontology & Geriatrics Education</i> , 38(4), 443-452. https://doi.org/10.1080/02701960.2015.1127811				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le contexte et la population sont bien définis dans le titre.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Oui le résumé décrit le problème, but de l'étude, méthode et résultats.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Oui la problématique est clairement formulée et introduite. Il précise également le contexte du phénomène.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Bonne recension des écrits avec un départ plus global puis affinage jusqu'à la problématique visée.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Pas de cadre théorique clairement défini mais ils abordent les soins centrés sur la personne dans la discussion. Ils parlent également de bien-être et du droit des patients.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'étude définit clairement ses deux objectifs principaux.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		Le devis n'est pas précisé mais j'en déduis par les réponses et la méthode de récolte que c'est une étude qualitative.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Le problème est complexe, multifactoriel et indépendant de chacun, il est donc important de laisser la population s'exprimer.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Nous savons la population ciblée et le choix des participants.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Nous avons les professions de l'échantillon mais il n'est pas décrit clairement et pas de tableau.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	On sait qu'ils ont eu des entretiens semi-structurés mais pas le lieu. Nous savons également la transcription des résultats mais pas comment ils ont été enregistrés.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Nous savons clairement la procédure et le traitement des données.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les approbations et mesures éthiques sont précisées.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Nous savons les analyses de données faites et les tests effectués.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Les données ont été soumises au logiciel NVivo 2.0 et les données ont été traitées afin d'obtenir un indice Kappa afin d'obtenir la fiabilité du système de catégorisation.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sont argumentés et démontrés par des verbatim.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les résultats représentent bien la problématique de base.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	Un juge indépendant a analysé les catégories des résultats de l'étude pour les valider. Mais aucun expert ou participants n'a évalué les résultats.

Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?		X		Non, il ne compare pas les écrits antérieurs à ses résultats.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Il n'aborde pas ce sujet.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			L'article recommande plusieurs critères pour des études futures ainsi que pour des formations.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article a une bonne structure avec introduction, méthode, résultats, discussion et conclusion. De plus chaque thème abordé est clairement défini.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

Annexe D

Grille de résumé et de lecture critique de Bauer et al. (2013a)

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article	Notes personnelles
Références complètes	Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2013). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. <i>Psychology and Sexuality</i> , 4(3), 296-309. https://doi.org/10.1080/19419899.2012.713869	
Introduction Problème de recherche	L'expression sexuelle et l'intimité sont les aspects fondamentaux du bien-être d'un individu (Hajjar et Kamel, 2003; OPS et OMS, 2000) et continuent de jouer un rôle important plus tard dans la vie (Bortz, Wallace, & Wiley, 1999; Gott & Hinchliff, 2003b) et pour les personnes en mauvaise santé (Lindau et al., 2007). Le mythe selon lequel les personnes âgées sont asexuées a été contredit de manière décisive par la littérature (Lindau et Gavrilova, 2010; Nay et Gorman, 1999; Taylor et Gosney, 2011) et de nombreuses personnes âgées vivant dans des établissements de soins pour personnes âgées (RACF) continuent d'avoir du désir pour le sexe et l'intimité, même en présence de démence ou d'autres troubles cognitifs (Ehrenfeld, Bronner, Tabak, Alpert et Bergman, 1999; Kuhn, 2002). Un certain nombre d'obstacles ont été identifiés, ceux-ci empêchent les personnes âgées qui vivent dans des RACF d'exprimer leur sexualité.	
Recension des écrits	<p>Dans ces obstacles les personnes âgées incluent les attitudes négatives du personnel (Hajjar et Kamel, 2003; Roach, 2004), le manque de formation du personnel (McAuliffe, Bauer et Nay, 2007), le manque de confidentialité (Bauer, 1999), le manque d'opportunité ou de partenaire (Parker, 2006; Rheaume et Mitty, 2008) et un manque d'assistance pour les problèmes médicaux ou physiologiques pouvant causer une dysfonction sexuelle (Hill, Bird et Thorpe, 2003; Mott, Kenrick, Dixon et Bird, 2005). En outre, l'expression sexuelle des personnes atteintes de démence vivant dans des RACF a souvent été catégorisée négativement comme un comportement « inapproprié » ou « provocant », un « problème » devant être traité pharmacologiquement ou au moyen d'autres mesures préventives, et cela se reflète dans la littérature (Alagiakrishnan et al., 2005; Bardell, Lau et Fedoroff, 2011; Harris et Wier, 1998; Renshaw, 2007; Rosen, Lachs et Pillemer, 2010; Tucker, 2010). Il a également été constaté que la famille peut interférer dans la vie sexuelle des résidents qui exige l'interdiction d'une relation particulière (Lindsay, 2010).</p> <p>Malgré l'accent croissant mis sur les soins centrés sur la personne et l'ensemble des recherches démontrant les avantages de l'expression sexuelle sur le bien-être des résidents (Miles & Parker, 1999; Silverstone et Wynter, 1975), les RACF ont encore tendance à ignorer la question de sexualité (Frankowski et Clark, 2009). Certaines</p>	<p>Lien avec aspects fondamentaux intéressants. De l'OMS ? pas vu.</p> <p>Démence associée à des comportements déplacés devant être traités par médication ou mesures préventives.</p>

	<p>recherches récentes suggèrent que l'attitude du personnel à l'égard de la sexualité des résidents s'est peut-être améliorée (Heron et Taylor, 2009; Mahieu, Van Elssen et Gastmans, 2011), mais beaucoup ont encore du mal à régler de manière pratique les problèmes sexuels ou à s'assurer de manière proactive que l'environnement est respecté et propice à l'expression sexuelle (Heron et Taylor, 2009; Saunamäki, Andersson et Engström, 2010; Shuttleworth, Russell, Weerakoon et Dune, 2010). En Australie, la Charte des droits et responsabilités des résidents du Commonwealth stipule que tous les résidents d'un RACF ont le droit d'être « traités avec dignité » et de « voir leurs préférences individuelles prises en compte et traitées avec respect ». Cependant, la tendance des RACF à nier ou à ignorer les besoins sexuels des résidents n'est pas compatible avec cette idéologie ni avec l'idée que « la sexualité et l'expression sexuelle sont un droit et un besoin humain » (Reingold & Burros, 2004, p. 180). Les normes d'accréditation RACF en vigueur en Australie n'exigent pas que les établissements élaborent des politiques en matière de sexualité (www.accreditation.org.au). Les recherches de Shuttleworth et al. (2010), qui ont interrogé des responsables de RACF dans trois États australiens, ont constaté qu'il n'existait pas de directives politiques ni de formations officielles leur permettant de répondre de manière adéquate aux besoins des résidents en matière de sexualité. La plupart des établissements traitent les problèmes liés à la sexualité au cas par cas, de manière ponctuelle (Shuttleworth et al., 2010). Ce manque de cadre officiel est également reflété dans une étude de Bauer, Nay et McAuliffe (2009) selon laquelle les RACF ne fournissent généralement pas d'informations suffisantes aux résidents et aux résidents potentiels (ou aux membres de leur famille) concernant la manière dont ils traitent l'intimité et besoins sexuels.</p> <p>On s'attend à ce que les générations futures de personnes âgées entrant dans les RACF aient davantage intérêt à maintenir leur droit d'exprimer leur sexualité, et à des attentes plus grandes quant à ce que les RACF devraient offrir à cet égard. Par exemple, Lemieux, Kasiser, Pereira et Meadows (2004) et Aizenberg, Weizman et Barak (2002) ont constaté que les personnes plus âgées croient que les professionnels de la santé devraient les interroger sur leurs besoins sexuels. Nous pouvons également nous attendre à ce que la prochaine génération de personnes âgées connaisse une plus grande proportion d'individus plus ouvertement homosexuels, lesbiennes, transgenres, bisexuels et intersexués (GLTBI). Cependant, nous en savons relativement peu sur la perception de la sexualité par les personnes âgées elles-mêmes (y compris les personnes atteintes de démence) vivant actuellement dans un environnement de soins pour personnes âgées. Ces connaissances sont essentielles pour aider les RACF à répondre aux besoins des résidents actuels et à ceux qui vivront dans cet environnement à l'avenir. Étant donné que plus de la moitié (52%) des personnes vivant dans des RACF en Australie ont un diagnostic de démence (Access Economics, 2010), l'opinion des résidents atteints de démence a également été sollicitée. Les entretiens avec des personnes atteintes de démence constituent un aspect unique du travail, car la recherche sur la sexualité les exclut généralement. L'étude est un aspect d'une étude plus vaste visant à mettre au point et à valider un outil d'évaluation sexuelle qui sera inclu dans une boîte à outils pour aider le personnel à répondre de manière appropriée aux besoins sexuels des résidents ; cela s'appuie sur des travaux antérieurs sur l'élaboration de politiques.</p>	<p>Bonne explication de l'ignorance de la sexualité en EMS.</p> <p>Charte des droits et responsabilités, existe aussi en Suisse ?</p> <p>Pas de politique en Australie, idem qu'en Suisse. Et formation pas non plus adéquate.</p> <p>Cadre officiel pas existant en Suisse non plus.</p>
--	---	---

	<p>De l'avis général, les personnes atteintes de démence ne peuvent fournir de récits significatifs de leurs expériences personnelles ou de leurs préférences en raison de leurs capacités réduites de communication, de leur capacité de raisonnement et de leur déficit de mémoire. Cependant, la compréhension des personnes atteintes de démence est en réalité beaucoup plus grande que ce qui avait été initialement compris (Wilkinson, 2002). On sait que les personnes atteintes de démence précoce à modérée conservent la capacité de porter des jugements et de prendre des décisions concernant l'avenir (Claire, Rowlands, Bruce, Surr, & Downs, 2008) et qu'elles sont généralement encore capables de verbaliser et de maintenir une durée d'attention efficace. Les problèmes cognitifs sont les plus apparents et présentent les mêmes difficultés pour la personne lors de longues conversations que lors d'interactions plus courtes, où la personne peut se présenter comme très compétente (Nygard, 2006).</p> <p>Pour comprendre la sexualité telle qu'elle était vécue par les personnes âgées, une méthodologie constructiviste a été utilisée. D'un point de vue constructionniste, le comportement humain est interactionnel, l'individu et l'environnement social sont connectés et développés à travers des interactions sociales et des structures sociétales. Dans ce paradigme, les croyances individuelles sur le vieillissement et la sexualité sont construites par le biais de processus sociaux et, en tant que telles, ne sont pas immuables et peuvent changer avec le temps et l'endroit. La manière dont nous nous connaissons en tant qu'êtres sexuels découle donc d'autres influences que des caractéristiques biologiques ou psychologiques essentielles telles que notre corps sexué. Effectuer la transition de la communauté à un RACF peut être difficile pour une personne âgée si, par exemple, elle arrive avec une construction personnelle dans laquelle elle s'identifie comme un être sexuel, mais doit désormais vivre dans une structure sociale qui peut ou non aligner avec leurs propres croyances autour de la sexualité.</p>	<p>Prévu de faire un outil d'évaluation, un boîte à outils pour les besoins sexuels.</p> <p>Capacités des personnes atteintes de démence abordées. Pour être intégré à notre recension au vu de la grande part de ces personnes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas clairement explicité mais on peut ressortir le bien-être, droit des patients et sexualité.	
Question de recherche/buts	<p>Cette étude qualitative a permis de connaître l'opinion des résidents sur les besoins et les obstacles à l'expression de la sexualité dans les établissements de soins de longue durée.</p> <p>L'étude de recherche visait à répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les besoins des résidents (sans contrainte) dans leur relation avec la sexualité ? - Quels sont les obstacles empêchant les résidents d'exprimer leur sexualité dans un établissement de soins pour personnes âgées ? 	
Méthodes Devis de recherche	Afin de mieux comprendre comment les résidents vivant dans des structures de soins pour personnes âgées construisent la sexualité, la conception de la recherche a été guidée par une enquête naturaliste (Lincoln & Guba, 1985), une méthodologie qualitative bien adaptée au but de comprendre comment la sexualité est perçue et vécue par les personnes âgées.	

Population, échantillon et contexte	<p>Un échantillonnage cherchant la variation maximale a été utilisé pour sélectionner des installations dans les régions métropolitaines et rurales de Victoria et du Queensland. Des établissements représentant tous les niveaux de soins, c'est-à-dire des centres de soins infirmiers et des centres de vie assistée des secteurs privés, sans but lucratif et public, y ont participé (tableau 1). Six établissements au total ont participé.</p> <p>À l'aide de techniques d'échantillonnage non probabiliste, 18 résidents ont été recrutés dans les six établissements ; 14 de Victoria et 6 du Queensland. Les responsables des installations ont distribué des informations sur le projet à tous les résidents sous forme de dépliant. Les membres de l'équipe de recherche ont également organisé des séances d'information dans les locaux lors de réunions de résidents. Les informations sur le projet ont été mises à la disposition des résidents sous forme de gros caractères et sous une forme simplifiée pour les résidents atteints de démence. Les entretiens avec les résidents atteints de démence se sont limités aux personnes au stade précoce de la maladie, car ces personnes peuvent mieux comprendre ce qu'on leur demande et exprimer leur point de vue sur le sujet. Les participants atteints de démence ont été initialement identifiés par les gestionnaires des établissements et invités à y participer.</p> <p>Neuf hommes et sept femmes, dont deux couples mariés vivant dans le même établissement (mais ne partageant pas de chambre à coucher), ont participé à une interview. Tous les résidents, à l'exception d'un seul, avaient entre 79 et 101 ans. Deux résidents de l'établissement de Victoria, qui avaient initialement accepté de participer à une entrevue, ont décidé de ne plus y participer lorsque le chercheur est arrivé à l'établissement. Cinq participants ont eu un diagnostic confirmé de démence. Aucun des participant ne s'est identifié comme gay, lesbien, bisexuel, transsexuel, intersexué ou queer (GLBTIQ).</p>	<p>Peu de participant.</p> <p>Bien pas de biais.</p>
Méthode de collecte des données	<p>Tous les entretiens ont été menés par des chercheurs ayant une formation et une expérience de la communication avec les personnes atteintes de démence dans les RACF. Afin de faciliter l'apport de données de recherche précieuses, qui étaient à la fois fiables, un certain nombre de stratégies proposées par Clarke et Keady (2002) ont été adoptées lors des entretiens avec des personnes atteintes de démence. Premièrement, les interrogatoires étaient généralement plus directs et l'exactitude et la stabilité des informations fournies étaient confirmées par les questions des entretiens ultérieurs, qui permettaient de les répéter et de confirmer les problèmes. Deuxièmement, on évitait la fatigue et l'anxiété des participants en répondant de manière appropriée aux réactions émotionnelles et au langage corporel au cours de l'entretien et en adaptant la durée et la cadence de l'entretien en conséquence. Les participants ont été recrutés sur une période de 12 mois et les données ont été collectées à l'aide d'entretiens semi-structurés.</p> <p>Les entretiens ont été enregistrés sur bande audio puis transcrits. La collecte de données a été interrompue lorsqu'aucun nouveau problème n'a émergé des entretiens.</p>	

Déroulement de l'étude	Les entretiens ont eu lieu au RACF à un moment qui convient aux participants. Avant chaque entretien, il a fallu passer un peu de temps pour rappeler les objectifs du projet et établir une relation avec les participants. Les entretiens ont duré entre 15 et 60 minutes. L'entretien a débuté par une conversation qui a permis d'établir un rapport avant la question ouverte : «À quoi pensez-vous lorsque j'utilise le mot sexualité? » Des questions supplémentaires ont été posées pour approfondir le point de vue des résidents sur l'importance de divers éléments de la sexualité, notamment les relations, l'intimité, les rapports sexuels, la masculinité / la féminité et l'expression sexuelle. Pour les résidents atteints de démence, les entretiens duraient généralement moins longtemps et les questions étaient simplifiées pour ne pas imposer de demandes cognitives excessives.	
Considérations éthiques	Bien que les résidents atteints de démence puissent toujours exprimer des préférences spécifiques et prendre des décisions en matière de soins (Feinberg et Whitlach, 2001), l'approche traditionnelle du consentement basée sur les compétences peut ne pas être réalisable. Lorsque le responsable des soins a estimé qu'un résident n'était pas en mesure de donner son consentement éclairé, un membre de l'équipe de recherche n'a communiqué avec le résident qu'après que le représentant autorisé du résident avait été informé du projet par le responsable de l'établissement. La permission pour un chercheur d'approcher le résident de sa participation avait été donnée par cette personne. Une fois qu'un résident avait accepté d'être interrogé, son assentiment (ou sa dissidence) était continuellement évalué tout au long de l'interaction, à l'aide d'indices verbaux et non verbaux. Le processus habituel d'obtention du consentement éclairé a été suivi pour les autres participants. L'étude a été approuvée par les comités d'éthique sur la recherche humaine de l'université (approbation de l'éthique: 10-040) et par tous les établissements participants.	
Résultats Traitement/ Analyse des données	Une méthode d'analyse comparative constante des données, décrite par Lincoln et Guba (1985), a été utilisée pour élaborer des catégories. En utilisant cette approche, les données ont été codées et des catégories ont été développées en comparant les données afin de rechercher des similitudes et des différences dans les points de vue des participants. Les points de vue qui se sont dégagés lors de l'entretien avec un participant ont été examinés lors d'entretiens ultérieurs avec d'autres participants. Dans la mesure du possible, les participants atteints de démence ont également été invités à commenter les points de vue des participants précédents (non identifiés). Cette approche a généré par induction des catégories de données co-construites plus complexes et plus robustes. Des comparaisons ont été effectuées entre les catégories et entre les participants et les relations ont été examinées. Les chercheurs ont lu chaque transcription en détail et les données ont fait l'objet d'une réflexion critique constante de la part des chercheurs. Les propositions émergentes ont été continuellement remises en question par la postulation d'interprétations alternatives des données. Les catégories ont été testées au moyen d'un processus de « débriefing par les pairs » et de conclusions vérifiées par l'équipe de recherche.	Points de vue des personnes avec démence sur les anciennes réponses, mais pas identifiés ?

Présentation des résultats	<p>Il était évident que les résidents interrogés pensaient encore à la sexualité. Pour certains, le besoin d'intimité physique et de relations sexuelles continuait d'être un aspect important de leur vie dans l'établissement. Pour d'autres, l'expression de la sexualité était désormais marquée par la nostalgie et la perte. De l'avis partagé, l'expression de la sexualité dans un RACF était semée d'embûches. Quatre catégories décrivent les opinions des résidents sur la sexualité, leurs besoins et les obstacles à son expression dans les soins aux personnes âgées. Les citations sélectionnées qui illustrent chaque catégorie sont fournies.</p> <p>Ça compte encore</p> <p>Les participants ont souligné le fait que la sexualité continuait d'avoir de l'importance, qu'il s'agisse d'intimité physique, de camaraderie, de sexe ou de la façon dont elle était présentée socialement, indépendamment du fait qu'ils vivaient dans un établissement de soins pour personnes âgées ou non. Un grand nombre de participants, y compris ceux atteints de démence, souhaitaient être intimes avec une autre personne et auraient apprécié la possibilité d'être avec quelqu'un :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je pense que c'est très important (pour les personnes âgées d'exprimer leurs besoins en matière d'intimité). Parce que sinon ils deviennent... Je pense qu'ils deviennent vraiment déments... les gens doivent s'exprimer. Femme de 82 ans - Oh, j'aimerais un homme dans ma vie... Femme de 88 ans - Je cherche toujours un homme sous le lit. Femme de 91 ans - Oh oui, oui, oui, l'intimité me manque. . . la camaraderie et l'amour. Homme de 87 ans atteint de démence <p>De l'avis général, les personnes vivant dans des établissements de soins pour personnes âgées pensaient toujours au sexe et, en outre, il était reconnu que c'était parfaitement normal. Même lorsque les résidents n'étaient peut-être pas intéressés par des relations sexuelles, il était clair que d'autres expressions de la sexualité restaient néanmoins importantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se blottir ensemble est ravissant, vous savez... vous n'avez pas besoin d'avoir des relations sexuelles, mais vous pouvez avoir un câlin. Cela me manque. Homme marié de 80 ans - Je ne vois rien de mal avec ça (sexe). C'est arrivé depuis le début des temps. Ces personnes (le personnel) ne peuvent pas le modifier. Homme âgé de 80 ans atteint de démence - Je suis un homme! C'est tout. C'est là-haut. Homme âgé de 80 ans atteint de démence. <p>Certains participants ont trouvé difficile de penser à l'intimité et au sexe maintenant qu'ils vivaient dans un établissement de soins pour personnes âgées sans leurs anciens partenaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ...c'est fini (sexe et intimité), vous n'y réfléchissez pas, ou vous essayez de ne pas y penser. Femme de 89 ans atteinte de démence <p>Un participant s'inquiétait de ce que les autres pourraient penser si l'on découvrait des liaisons sexuelles avec d'autres résidents:</p>	
----------------------------	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Il y avait cette femme qui tenait beaucoup à moi... et elle a dit "Oh, je vais vous emmener dans ma chambre" et j'ai dit: "Je ne pense pas que je ferais mieux, je vais me faire prendre"... mais oh elle l'était... chaud! ...elle disait: "oh, je te veux"...Homme de 81 ans <p>Les participants ont évoqué l'apparence physique optimale et le toilettage personnel en tant qu'éléments importants de la sexualité et ont estimé que le personnel des soins de la santé devait en être conscient et aider les résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je pense que si une dame arrive, ou un monsieur va dans une institution... les gens peuvent voir comment il se présente et comment elle se présente. C'est comme ça qu'elle veut être connue et aidée à suivre (les apparences). Ils (le personnel) devraient vraiment les aider. Vous savez, ne leur retirez rien qui leur semble important pour eux. Ils devraient essayer de les aider à le garder. Femme de 82 ans <p>Réminiscence et démission</p> <p>Penser aux aspects de la sexualité a rappelé de nombreux souvenirs de relations antérieures à de nombreux résidents. Pour d'autres, les souvenirs n'étaient pas si précieux et certains venaient juste de décider qu'ils étaient dépassés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune femme n'a pu la dépasser (épouse décédée). Homme de 85 ans atteint de démence - Je n'ai besoin d'aucune aide dans ce domaine [d'intimité], car j'ai eu une vie merveilleuse avec mon mari et personne ne serait en mesure de le remplacer sous quelque forme que ce soit. Femme de 82 ans - Avant d'emménager dans un établissement pour personnes âgées, nous avions un motel, des boulangeries et une vie amoureuse. Homme de 81 ans <p>Tous les résidents n'avaient pas de souvenirs de relations amoureuses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ... c'était ... confortable. Ce n'était pas plein d'amour ou quoi que ce soit de ce genre. Mais c'était une compagnie, je suppose. Femme de 88 ans <p>Cependant, tous les résidents n'ont pas manifesté un intérêt constant pour l'expression de la sexualité; Certains se sont sentis dépassés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je ne tiens pas la main de qui que ce soit, seulement moi-même. Je ne suis certainement intéressé par personne. Pas même toi les jeunes filles. Je suis passé! Regardez et ne touchez plus! Homme de 81 ans - Je ne pouvais pas être dérangé maintenant... Homme de 87 ans atteint de démence <p>C'est personnel</p> <p>Indépendamment de l'importance que les résidents accordent à la sexualité et de la manière dont celle-ci est exprimée, certains estimaient que la sexualité était une affaire privée pour l'individu et son partenaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ...s'ils (deux résidents) veulent nouer des relations et se faire prendre le pantalon baissé (c'est leur affaire). Homme de 85 ans atteint de démence - Ce que nous ressentons l'un pour l'autre est notre affaire personnelle. Nous ne le faisons pas pour que les gens puissent nous voir faire quelque chose... C'est entre moi et cette dame. C'est privé, comme 	<p>Faire attention à l'apparence. Garder les habitudes et envies de beauté.</p>
--	---	---

	<p>vos pensées. (Le personnel devrait) Ne vous en mêlez pas. Ne vous en mêlez pas, c'est le meilleur moyen.</p> <p>Un certain nombre de participants ont clairement indiqué que si des discussions sur la sexualité devaient effectivement avoir lieu, la famille ne devrait pas être impliquée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce n'est pas leur affaire (celle des familles). Femme de 91 ans - S'ils sont capables de prendre des décisions comme moi. . . vous n'avez pas besoin de la famille pour prendre des décisions. Homme de 57 ans <p>C'est un environnement peu favorable</p> <p>Les participants n'ont pas décrit les RACF comme des lieux propices à l'expression de la sexualité. Les possibilités de développement de relations et d'intimité physique avec les autres résidents ont été jugées limitées et l'environnement n'a pas été considéré comme propice aux activités qui garantissaient la vie privée. Les participants ont estimé que de nombreux membres du personnel de soins ne comprenaient pas ou peu la sexualité chez les personnes âgées et qu'ils ne connaissaient pas non plus les besoins des résidents en matière d'expression sexuelle. Certains participants ont noté le manque d'intimité dans les établissements de soins pour personnes âgées alors qu'ils parlaient de membres du personnel qui n'ont pas frappé à la porte avant d'entrer dans la chambre des résidents ou qui ont simplement tapé la porte à la première entrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ... bien ils frappent mais en même temps ils sont déjà dedans. Homme de 79 ans <p>Comme l'a noté ce jeune résident, le manque d'intimité rendait les activités de nature sexuelle très difficiles. Dans son cas, la fréquence des intrusions de son personnel l'a contraint à restreindre considérablement ses activités:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je me masturbais une fois par mois, mais la situation était pire (plus dépendante)... (moins je me suis masturbé). Je ne me sens pas privé. Homme de 57 ans. <p>Par ailleurs, certains participants ont estimé que le personnel respectait la vie privée des résidents:</p> <ul style="list-style-type: none"> - J'ai une chambre très privée parce que c'est un peu en retrait et vous savez, personne ne m'a écrasé. Femme de 88 ans <p>Les participants ont également commenté les aménagements disponibles dans des installations qui, à leur avis, ne facilitaient pas l'intimité physique entre les couples. L'absence de lits doubles, notamment pour les résidents de couples de longue date, a été particulièrement soulignée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nous avons essayé de nous coucher sur un seul lit et il n'y a tout simplement pas de place. Femme mariée de 90 ans - Et bien, c'est un problème pour le personnel, non? Si ... vous vouliez qu'un gars passe la nuit, que se passe-t-il? Femme de 89 ans atteinte de démence <p>Même lorsque les installations avaient tenté de préserver l'intimité en offrant une chambre à un couple marié pour une utilisation occasionnelle, cela n'accordait pas une intimité totale. Tout le monde dans l'établissement saurait à quoi servait la pièce et ce qui se passait lorsque la porte était fermée :</p>	<p>Pas une affaire de famille.</p> <p>Manque d'intimité, intervention à respecter l'intimité.</p>
--	---	---

<p>- ... ils nous ont dit, vous savez, qu'ils avaient aménagé une salle spécialement pour nous si nous voulions l'utiliser. Mais qui veut y aller et s'amuser? Homme de 79 ans</p> <p>- ... tout le monde le saurait et ils seraient «yap yap yap». Homme de 85 ans atteint de démence</p> <p>Les participants ont estimé que pour faciliter l'expression de la sexualité, le personnel soignant devait comprendre les besoins des résidents et se sentir à l'aise pour réagir au problème dès qu'il se posait. Cependant, de nombreux membres du personnel de soins ne semblaient pas comprendre que la sexualité était toujours une préoccupation pertinente pour les personnes âgées vivant dans des centres de soins pour personnes âgées:</p> <p>- ... certains diraient «bonne chance à eux» et d'autres diraient «ça ne marche pas». Démence masculine de 85 ans</p> <p>Il était évident que les résidents s'attendaient à ce que le personnel comprenne le comportement de ceux qui avaient encore des besoins sexuels:</p> <p>- Eh bien, ils [le personnel] seraient vachement stupides s'ils [s'énervaient contre le comportement sexuel]! Homme de 80 ans atteint de démence</p> <p>Le fait de ne pas pouvoir parler de sexualité avec le personnel soignant était clairement un obstacle pour les participants qui auraient aimé se confier à quelqu'un au sujet de leurs besoins sexuels. Le personnel n'a généralement pas abordé la question avec les résidents et ceux-ci ont eu beaucoup de difficultés à aborder le sujet avec le personnel:</p> <p>- ...c'est quelque chose de personnel, non? Homme de 87 ans atteint de démence</p> <p>- ...ils sont tous (le personnel) étrangers à moi. Femme de 89 ans atteinte de démence</p> <p>- Bien... Je ne voudrais pas (parler de sexe avec le personnel)... vous avez une discrimination sexuelle, vous savez. Tu dois être prudent ...il y a peut-être quelqu'un qui pourrait dire: "Regarde ce qu'il m'a dit"...et vous auriez des ennuis. Homme de 79 ans</p> <p>Les participants ont estimé qu'il était tout aussi difficile pour les résidents de se connaître dans un établissement de soins pour personnes âgées, car ils leur étaient difficile de mieux se connaître et de nouer des relations plus intimes. Le manque d'attention accordée par le personnel à l'aspect personnel, à l'habillement et à la toilette des résidents dans les établissements de soins pour personnes âgées a été un problème soulevé par de nombreux participants:</p> <p>- Quand je suis allé emmener des jeunes filles au bal, j'avais la queue. Oh mon Dieu. Vous savez, cravate blanche, queues, le lot. J'appréciais ça. (Maintenant) Je n'ai rien pour m'habiller. Homme de 85 ans atteint de démence</p> <p>- Tout le monde aime s'habiller, beau costume ou quelque chose... Homme de 80 ans atteint de démence</p> <p>- Je n'ai pas porté de parfum depuis des années. Femme mariée âge inconnu</p> <p>Les occasions de conversation significative et de socialisation avec des membres du sexe opposé ont également été réduites dans un environnement où la plupart des résidents était des femmes et où beaucoup d'entre eux présentaient un degré de déficience cognitive:</p>	<p>Aménagement de lits double à mettre en place.</p> <p>Pièce d'intimité, pas une bonne alternative.</p> <p>Sujet tabou à améliorer</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Et bien, vous ne pouvez pas communiquer avec [des personnes atteintes de démence], vous savez? Ils ne sont pas argumentatifs ou quoi que ce soit mais juste. . . . Homme de 80 ans - À la table du dîner, il y a 10 personnes (femmes) et 1 homme... Avec une femme, vous savez, coudre et cuisiner, cela ne m'intéresse pas. 	
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les résultats corroborent en outre l'opinion selon laquelle de nombreuses personnes vivant dans les RACF, y compris celles sans partenaire et celles atteintes de démence précoce, se considèrent toujours comme des êtres sexuels et ont en outre la nécessité d'exprimer leur sexualité de différentes manières. Comme il a déjà été mentionné dans la littérature, l'expression de la sexualité des personnes âgées varie considérablement et dépend fortement de l'individu et de sa situation personnelle, ainsi que de la philosophie de l'organisation (McAuliffe et al., 2007; Nay & Gorman, 1999). Les expressions de la sexualité telles que la camaraderie, l'intimité, les émotions, les câlins, le flirt, le toilettage, la tenue vestimentaire, la possibilité de partager un lit avec une autre personne, la masturbation et les rapports sexuels revêtaient une importance variable pour les participants à cette étude. De plus, ces besoins étaient considérés comme faisant partie intégrante et normale de la vie dans un établissement, même par les résidents pour lesquels les rapports sexuels et autres formes d'expressions sexuelles n'étaient plus significatifs.</p> <p>Comme Frankowski et Clark (2009) l'ont également noté, le langage utilisé par les résidents pour parler de sexualité est souvent figuratif et métaphorique, ce qui souligne le caractère tabou de ce sujet. Bien que la sexualité soit une affaire strictement privée pour certains résidents, d'autres auraient souhaité avoir la possibilité de discuter de leurs besoins avec le personnel, bien que la honte, l'embarras et la peur rendent difficile le traitement de ce sujet par les personnes âgées (Gott & Hinchliff, 2003a). De plus, le personnel n'est pas toujours perçu comme une personne abordable, et un certain nombre de résidents savaient que certains membres du personnel étaient incapables de traiter avec la sexualité, manquaient de compréhension et portaient un jugement critique sur leurs besoins en matière de sexualité. Il a été noté que le personnel avait souvent négligé l'importance de la toilette personnelle et de l'aspect physique en tant que composante de la sexualité et que cette négligence pouvait avoir une incidence sur le sentiment de bien-être et l'estime de soi des résidents. Cette constatation est particulièrement importante compte tenu du rôle et de la responsabilité cruciale du personnel soignant qui aide (ou s'engage totalement dans certaines situations) à s'habiller et à se coiffer.</p> <p>L'observation que certains membres du personnel ne sont pas en mesure de faire face à la sexualité des résidents n'est pas surprenante dans la mesure où de nombreux professionnels de la santé, y compris le personnel des établissements de soins pour personnes âgées, manquent de compréhension et de connaissances concernant la sexualité des personnes âgées (McAuliffe et al., 2007). De nombreux membres du personnel soignant ne sont pas à l'aise face à la sexualité car ils ne sont pas formés pour traiter ce problème (Parker, 2006 ; Ward, Vass, Aggarwal, Garfield et Cybyk, 2005). Lorsque les résidents sont atteints de démence, le personnel trouve la sexualité encore plus difficile, le comportement sexualisé étant généralement considéré comme inapproprié et axé sur la démence</p>	<p>Toilettage, habillage important.</p> <p>Sujet inabordable.</p> <p>Besoins de formation des soignants.</p>

	<p>(Tsatali, Tsolaki, Christodoulou et Papaliagkas, 2011), ce qui doit être étroitement contrôlé et réduit. On sait que l'éducation sexuelle du personnel de RACF est inadéquate ou inexistante et peu de recherches ont été publiées pour orienter les pratiques et les politiques dans ce domaine (Bauer et al., 2009 ; National Aging Research Institute, 2002). Les documents de politique et les directives sur la sexualité à l'intention du personnel australien de RACF sont en outre connus pour leur effroi. En conséquence, le personnel sous-estime facilement la capacité des personnes atteintes de démence à nouer des relations significatives (Everett, 2007; McLean, 1994) et à adopter des comportements sexuels déterminés (Archibald, 2003), et les réponses aux expressions de la sexualité sont, en plus d'être ad hoc, souvent visant à réduire le comportement.</p> <p>Comme 70% des résidents australiens des établissements de soins pour personnes âgées sont des femmes (Institut australien de la santé et du bien-être, 2011) et que de nombreux résidents ont un diagnostic de démence, les possibilités pour les personnes non atteintes de développer des relations peuvent, comme le soulignent les participants, être limitées. L'intimité physique est en outre limitée par la rareté des lits pouvant accueillir plus d'une personne et l'absence d'espaces privés dans des institutions essentiellement publiques. Dans les années à venir, les installations devront « assumer une plus grande responsabilité pour faire en sorte que les droits des résidents soient respectés et soutenus, [et] que les changements environnementaux nécessaires soient apportés » (Reingold & Burros, 2004, p. 182), notamment par la fourniture de lits doubles.</p> <p>Le manque de vie privée reste un obstacle majeur à l'expression de la sexualité dans l'environnement de soins pour personnes âgées et il est évident que le personnel doit mieux comprendre les besoins de confidentialité des résidents et être plus conscient de la création d'espace et de temps pour les résidents, qu'ils peuvent appeler les leurs. Bien que les résidents disposent de leurs propres chambres, les intrusions de personnel dans leur chambre sont courantes et souvent non annoncées et inattendues. Même lorsque la vie privée est assurée par les installations, certains résidents reconnaissent qu'ils ne se livrent pas à des activités intimes, car le personnel est toujours conscient de la nature des activités qui se déroulent à huis clos. Cette crainte d'être « découvert » n'est pas sans fondement, puisqu'on sait que le personnel des services aux personnes âgées partage fréquemment des informations sur les résidents (Bauer, 1999) et n'est pas gêné pour autant par le faible niveau de vie privée qui leur est accordé. Les établissements de soins pour personnes âgées restent des environnements très structurés où le personnel a un accès illimité aux espaces personnels des résidents et où les résidents sont souvent étroitement surveillés (Bauer, 1999). Comme le signalent Frankowski et Clark (2009, p. 33), « presque tous les aspects de la vie d'un résident sont notés par quelqu'un et enregistrés, même si ce n'est que mentalement ».</p> <p>Frankowski et Clark (2009) soulignent également que les RACF informent régulièrement les membres de la famille des relations et / ou des comportements sexuels des résidents et s'en tiennent à leurs souhaits, car ils veulent que la famille soit heureuse, mais plusieurs participants à cette étude n'ont pas toléré ou même soutenu l'implication de la famille. Cela suggérerait que l'implication de la famille devrait être envisagée sur une base individuelle, le résident prenant cette décision le cas échéant, plutôt qu'une pratique généralisée appliquée indifféremment dans tous les cas.</p>	<p>Favoriser l'environnement avec lits doubles entre autres.</p> <p>Laisser plus de temps et d'espace.</p> <p>Manque d'intimité et limiter intrusions.</p> <p>Garder secret médical avec la famille.</p>
--	---	--

Forces et limites	Cette étude a plusieurs limites. Premièrement, on ne peut présumer que le nombre relativement restreint de résidents qui se sont eux-mêmes choisis pour participer soit représentatif du secteur des RACF dans son ensemble. Deuxièmement, on sait que les attitudes à l'égard de la sexualité sont liées aux mœurs sociales de l'époque et il serait difficile d'extrapoler les expériences et les points de vue de la cohorte actuelle de résidents à la génération des « baby-boomers » qui pourrait avoir besoin de soins de longue durée dans un avenir prévisible. Enfin, on sait peu de choses sur les expériences vécues par les personnes âgées GLBTIQ et sur leurs besoins dans les RACF (Harrison, 2006; Lo, 2006). Les points de vue présentés dans cette étude étaient relativement hétéro-normatifs dans la mesure où aucun des participants ne s'est identifié comme GLBTIQ. Les points de vue décrits ne reflètent donc pas les expériences d'autres sexualités.	
Conséquences et recommandations	Cette recherche fournit un éclairage supplémentaire sur les expériences et les perceptions des personnes vivant dans les RACF sur le thème de la sexualité et il s'agit de l'une des rares études à inclure et à rendre compte du point de vue des personnes atteintes de démence. Les résultats confirment la littérature générale selon laquelle les personnes âgées des RACF sont perçues par le personnel comme des personnes asexuées et que la sexualité, en tant qu'aspect essentiel des soins dispensés aux résidents et de leur qualité de vie, est encore largement ignorée. Les établissements doivent continuer à prendre en compte le fait que les personnes âgées dont ils s'occupent, quels que soient leur statut et leur démence, ont des besoins en matière de sexualité. Il incombe aux RACF de défendre et de faciliter le droit de tous les résidents d'exprimer leur sexualité en reconnaissant consciemment et en s'attaquant à ce problème en tant qu'élément légitime des soins fournis aux résidents. Pour soutenir le droit des résidents à exprimer leur sexualité, tous les RACF ont besoin d'environnements, de structures, de politiques et de cadres décisionnels favorables, qui garantissent la confidentialité, des comportements et des attitudes sans jugement et des directives claires pour toutes les parties prenantes.	
Commentaires		

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E. (2013). 'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia. Psychology and Sexuality, 4(3), 296-309. https://doi.org/10.1080/19419899.2012.713869				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Titre très précis avec population, contexte et concept centrale.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il résume bien chaque partie. Même les résultats y sont présentés dans les grandes lignes.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?			X	La sexualité des personnes âgées est très bien introduite. Cependant l'introduction n'est pas séparée de la recension des écrits.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Longue et complète recension des écrits
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Pas de cadre théorique définit
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			2 questions clairement définies et but également.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Oui clairement explicité.

	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Totalement en adéquation et justifié.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, personnes âgées en home avec ou sans démence. Vivant en Australie.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Nous savons le nombre de participants, s'ils sont atteints de démence ainsi que leur lieu de résidence. Pas de tableau récapitulatif de l'échantillon.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	Entretien avec questions ouvertes. Enregistrement audio, mais on ne sait pas comment ils l'ont traité.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Processus définit clairement, mais est-il suffisant pour assurer la significativité ?
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Droits demandés et obtenus, constement obtenus et réévaluation constante.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Ils expliquent la procédure qu'ils ont utilisé pour analyser les résultats.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	Ils se réfèrent à une méthode d'analyse comparative constante d'un autre.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Tous les résultats sont illustrés par des verbatim.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les catégories démontrent bien les différentes catégories de réponses.

	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Non aucun experts n'a examiné les données.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les résultats sont comparés à la littérature antérieure.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?			X	Oui ils appuyent l'importance de leurs articles dans le domaine des soins. Mais il n'y a pas de recommandation pour la pratique ou pour une future étude.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?		X		
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui l'article est très bien présenté. Il explique clairement les différents points de vue des résidents.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

Annexe E

Grille de résumé et de lecture critique de Shuttleworth, Russell, Weerakon &
Dune (2010)

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article	Avis
Références complètes	Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in Residential Aged Care: A Survey of Perceptions and Policies in Australian Nursing Homes. <i>Sexuality and Disability</i> , 28(3), 187-194. https://doi.org/10.1007/s11195-010-9164-6	
Introduction Problème de recherche	La sexualité est une motivation fondamentale et l'expression naturelle d'un besoin humain qui fait partie intégrante d'un bien-être et d'une qualité de vie [1]. Le désir d'intimité sexuelle reste souvent bien important dans la vieillesse [1, 2], malgré, la présence d'un handicap fonctionnel, y compris une démence [3–5]. Une enquête récente sur [3000 personnes âgées résidant dans la communauté (57–85 ans) aux États-Unis, rapporte que 73% des répondants âgés de 57 à 64 ans, 53% des répondants âgés de 65 à 74 ans et 26% des répondants âgés de 75 à 85 ans s'engagent dans des rapports vaginaux, le sexe oral et la masturbation [6]. Limites d'activité inclus le manque de partenaire et la mauvaise santé. Une enquête plus restreinte en Australie, a également confirmé que de nombreuses personnes âgées restent intéressées par l'activité sexuelle [7]. Dans les établissements de soins pour personnes âgées (RACF), un large éventail d'expressions sexuelles a été constaté chez les personnes âgées atteintes ou non de démence, notamment les bienveillantes, « câliner », « toucher intime » et « érotisme agressif » [3, 8, 9]. Tandis que certaines la recherche rapporte des attitudes modérément positives et permissives envers la sexualité plus tard dans la vie des personnes âgées (10), d'autres recherches suggèrent que de nombreux employés de RACF manquent de tolérance ou ont des attitudes négatives ou condescendantes à l'égard de l'expression sexuelle des résidents [11], et qu'un comportement sexuel « inapproprié », en particulier chez les personnes atteintes de démence, est souvent un problème. Une source de difficultés[12, 13]. Les comportements sexuels perturbateurs seront plus nombreux lorsque le personnel n'a pas de conseils ou une formation pour faire face aux problèmes. Les réponses trop négatives du personnel ont des implications pour les soins généraux de la personne concernée et la qualité générale des soins fournis par l'établissement.	Je trouve intéressant qu'il fasse un lien avec les problèmes de comportements, le manque de formation et de conseils du personnel. Ce qui a un impact dans les soins donnés.
Recension des écrits	Il y a peu d'informations sur l'éventail des directives en matière d'éducation, de formation et de loi politique concernant l'expression sexuelle développée dans le secteur des soins aux personnes âgées. L'information qui est disponible suggère que les lois politiques et la formation du personnel varient considérablement dans les RACF. Les pratiques du personnel varient d'un établissement à l'autre. Dans une étude réalisée auprès du personnel de soins aux personnes	On le voit dans ce paragraphe qu'au niveau national rien n'est mis en place concernant la sexualité des personnes âgées

	<p>âgées au Royaume-Uni, les chercheurs ont constaté que la nature signalée des interventions du personnel et les situations dans lesquels les travailleurs sociaux interviendraient variaient considérablement, suggérant l'existence d'une sous-culture spécifique à chaque institution, qui inclut un consensus sur ce qui constitue la conduite appropriée [14]. Bouman et al. Rapporte sur les politiques de santé au Royaume-Uni, commente que le cadre de services national pour les personnes âgées et le système national de santé sexuelle. La stratégie ne fait aucune référence au sexe ou à la santé sexuelle plus tard dans la vie [5, 10]. L'hypothèse semble être qu'il n'est pas nécessaire d'élaborer une politique dans ce domaine car il est probablement sans importance, ou certainement sans importance, pour la vie des personnes âgées. En Australie, les lois politiques relatives à la sexualité ont également été peu développées notamment, dans les établissements pour personnes âgées [15, 16].</p>	
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'est pas mentionné clairement dans le texte mais on peut voir que ça parle clairement du droit du patient	
Question de recherche/buts	<p>Actuellement, les foyers de soins australiens n'ont pas besoin d'élaborer des lois politiques ou former le personnel à ce problème. Normes d'accréditation pour les maisons de retraite pour personnes âgées ne nécessitent pas la mise en place de telles politiques [17]. Des éducations et des formations restent spécifiques et varient d'une institution à l'autre.[16]. Une étude réalisée à Victoria a révélé que les résidents potentiels des RACF et leurs familles ne reçoivent généralement aucun matériel promotionnel ou écrit sur la manière dont l'établissement en particulier répond aux besoins d'intimité et de sexualité [16]. McAuliffe, Bauer &Nay ont identifié le besoin de développer davantage la base de preuves pour soutenir l'inclusion des principes de santé sexuelle et du vieillissement et des directives politiques dans les domaines de l'éducation et de la formation du personnel des maisons de retraite [18].</p> <p>Le but de cette étude était d'identifier, du point de vue des cadres supérieurs, les gammes de situations sexuelles pouvant se développer pour les résidents des établissements de soins pour personnes âgées, ainsi que les réponses des personnes âgées aux expressions sexuelles, la mesure dans laquelle la formation et les protocoles pertinentes sont actuellement mis en place, et enfin les facteurs qui influencent la façon dont ils répondent actuellement.</p>	Intéressant en Australie il n'y a pas de lois qui oblige la formation sur les besoins sexuels aux personnels. Et en suisse que disent-ils ?
Méthodes Devis de recherche	Les participants potentiels ont été localisés grâce à une recherche sur le site internet du répertoire australien de la santé dans les soins aux personnes âgées et non résidentielles [19]. La recherche a été limitée aux installations	

	NSW, Victoria et Queensland qui fournissaient des soins en établissement. Un total de 2 122 installations (868 à NSW, 814 à Victoria et 440 au Queensland) ont été identifiées.	
Population, échantillon et contexte	Un échantillon de 250 établissements choisis au hasard (100 en Nouvelle-Galles du Sud, 100 à Victoria et 50 au Queensland) ont été contactés, informés de l'étude et invités à désigner un administrateur principal (directeur, directeur adjoint des soins infirmiers ou gestionnaire des soins) à participer à un entretien téléphonique.	
Méthode de collecte des données	<p>Sur les 250 installations contactées, 198 entrevues ont été réalisées. Les entretiens, qui ont duré entre 5 et 36 minutes, ont été manuellement enregistrés en tant que notes et reconstruit aussi complètement que possible immédiatement après. Ils étaient semi-structurés autour d'un guide thématique comprenant des informations démographiques de base sur l'établissement (nombre de résidents et de personnel infirmier et proportion de résidents ayant une démence sévère) en cinq questions ouvertes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'expression sexuelle parmi les résidents est-elle un problème dans votre établissement? 2. Cela crée-t-il des problèmes ou des préoccupations pour le personnel? Pour les membres de la famille? Pour la facilité dans le fonctionnement? Pouvez-vous donner des exemples? 3. Connaissez-vous des possibilités de formation du personnel ou des ressources liées à la sexualité? Parmi les résidents? Votre personnel reçoit-il une formation sur la sexualité? 4. Votre établissement a-t-il une politique écrite sur ce problème? 5. Y a-t-il autre chose que vous voudriez ajouter en termes de soins aux personnes âgées et de sexualité ou l'âgés et leur sexualité? <p>Ces cinq domaines ont fourni une catégorie de priorités pour l'analyse initiale du contenu des données non numériques.</p>	
Déroulement de l'étude	Les caractéristiques des RACF participants sont présentées dans le tableau 1. NSW participants ont rapporté le nombre moyen le plus élevé de lits (76) et de personnel infirmier (IA et AIN) (58,6) et Queensland le plus bas (57 et 40,8 respectivement). Proportions de résidents déments modérés à sévère étaient similaires dans les trois états (* 49%)	
Considérations éthiques	Il ne sont pas mentionnés dans l'article	
Résultats Traitement/ Analyse des données	Dans l'analyse des résultats ils ont pris les 5 questions précédentes et on mit en évidence les résultats qui ressortaient le plus souvent.	

	<p>Les réponses à la question, "La sexualité est-elle un problème dans votre établissement?", ont révélé des situations que les participants ont perçues comme des «problèmes». Ceux-ci sont décrits en descendant par ordre de fréquence de mention. Relations consensuelles intimes entre résidents (154 mentions) principalement mais non exclusivement, visées à des relations hétérosexuelles (y compris maritales)</p> <p>Le comportement sexuel désinhibé à la suite d'une démence (135) a souvent été mentionné par le personnel comme un problème. Des situations telles que la masturbation en public ou le "clignotement" ont été principalement citées ici, mais même des expressions d'intimité anodines pourraient parfois être considérées comme un «problème» dans les cas de démence. La non-divulgaration d'un comportement sexuel antérieur lors de l'admission (94) et harcèlement et les agressions entre résidents (94) étaient d'autre part un facteur préoccupant commun, généralement dans les cas de démence.</p> <p>Enfin, les expressions de sexualité envers le personnel (79) telles que les attouchements inappropriés ou des gestes suggestifs ont également été mentionnés dans ce contexte.</p> <p>Quels sont les moyens par lesquels les soignants âgés réagissent à l'expression sexuelle des résidents?</p> <p>Les participants ont identifié des réponses positives et négatives à ces problèmes dans leurs installations. En ce qui concerne le premier, plus de neuf participants sur dix ont exprimé leur opinion selon laquelle ils ont reconnu les besoins en identité sexuelle de leurs résidents et 141 ont donné des exemples de pratiques de soutien en milieu de travail: S'ils se masturbent et que la porte est ouverte, nous la fermerons doucement car ils ont besoin de leur intimité. C'est leur maison. Le sexe est un besoin normal et fondamental. La seule fois que c'est inapproprié, c'est quand une personne malade l'exprime par le sexe, quand il est question de problème de consentement (DoN # 54, NSW) Nous avons eu un homme de 55 ans qui avait eu un accident vasculaire cérébral, il était divorcé et il appelait des call-girls sur son téléphone portable. L'installation facilitait ses besoins en assurant son intimité et en plaçant une pancarte «Ne pas déranger» sur sa porte on savait qu'il avait des «invités»... Nous devons simplement faciliter et fournir une formation supplémentaire aux personnels, car les résidents ont parfaitement le droit de vivre leur sexualité et il faut la respecter. En même temps, d'autres ont cité des exemples d'attitudes et de réactions incertaines ou résolument négatives parmi le personnel et les autres collègues: Certains membres du personnel ne savent pas comment traiter l'expression de la sexualité. Ils sont incertains comment faire face aux réactions des autres résidents.. À la réunion du conseil d'administration de l'un des DoN un autre établissement a</p>	
--	---	--

	<p>déclaré que la sexualité ne devrait pas être négligée. Acceptée que la formation ne doit pas être dispensée. J'étais choqué! (DDoN # 48, Vic)</p> <p>Quelles sont les directives politiques pertinentes et la formation du personnel en place? Tous les participants ont indiqué que le personnel de leur établissement avait accès à une possibilité de sorte de formation ou des ressources liées à la sexualité parmi les résidents, mais la forme que ceux-ci ont prise varie largement. Plus de la moitié (121) ont déclaré que leur personnel régulier en service et / ou externe les possibilités de formation comprenant du matériel pertinent pour le sujet. Le plus souvent mentionné ici, on s'entraînait autour de la vie privée, de la dignité, et de la démence. Une mention particulière a été faite de l'information par le biais du canal pour personnes âgées [20], (70 participants) et formation entreprise dans le cadre du certificat III en soins de longue durée [21] (20 participants). Les trois quarts des établissements ont affirmé avoir une politique écrite concernant la sexualité. La grande majorité (163) d'entre elles étaient cependant des positions politiques générales sur le respect et la dignité dans le contexte des droits et des résidents ne mentionne pas spécifiquement la sexualité. Certains justifient cette absence sur la base de l'absence de nécessité («Ce n'est pas un problème et il n'en est donc pas question mental 'DoN # 77, NSW). Un petit nombre (19) ont déclaré que la sexualité était spécifiquement abordée dans leur Charte formelle des droits des résidents: Oui. Il affirme que c'est un comportement normal et que les résidents ont besoin de confidentialité et de respect. (Don # 61, Vic) Neuf établissements seulement ont signalé des politiques qui tentaient de répondre aux expressions de la sexualité au-delà de la notion de droits des résidents,</p> <p>Quels facteurs influencent la façon dont les travailleurs de soins âgés réagissent actuellement? A l'occasion, via une dernière question ouverte, de développer le sujet, 153 des répondants l'ont fait. Leurs commentaires peuvent être classés en trois thèmes, qui reflètent ce que les responsables de soins aux personnes âgées estimaient être les principaux facteurs affectant les établissements comprennent et répondent à la sexualité des résidents âgés. Ce sont: sociétal croyances et attitudes (mentionnées par 95% de ces répondants); problèmes spécifiques à la démence (50%); et directives et ressources inadéquates (46%). Les attitudes sociales mal informées et négatives ont été identifiées comme un obstacle majeur à leur fournir un environnement sexuellement sain aux personnes âgées: La société a besoin de voir qu'il y a une activité sexuelle chez les personnes âgées et que c'est normal. (DoN # 39, Queensland) Je pense en réalité que les gens doivent comprendre qu'à l'âge de 70 ans, tout ne</p>	
--	--	--

	<p>s'arrête pas. Les difficultés particulièrement liées au soutien de la santé sexuelle des personnes atteintes de démence, notamment en matière de consentement et de protection des droits des autres, était un autre facteur dominant le thème: S'il y a des personnes atteintes de démence qui veulent se livrer à des activités sexuelles ou une avec démence et une autre sans, nous avons mis en place des stratégies qui pourraient nécessiter une intervention, y compris alerter le plus proche parent. Comme il s'agit d'une situation très délicate, nous voulons être sûrs que rien n'arriverait à quelqu'un s'il ne le voulait pas. (DoN # 18, Qld) La sexualité suscite des inquiétudes quant à la démence et au consentement. Lorsqu'il y a un comportement sexuellement désinhibé en public, nous intervenons. (DDoN # 58, Vic) Pour beaucoup, la complexité des problèmes auxquels ils étaient confrontés ne se reflétait pas dans les directives de pratique et accords de financement existants:</p> <p>[La sexualité] est un domaine négligé. Il y a tellement d'autres problèmes et cela n'est pas une priorité attirée. Il y a tellement peu de ressources. Si cela attirait des fonds, il ne serait pas être sous la table. Les choses se limitent aux extrêmes, au comportement, aux médicaments. Le sexe n'est sous aucune de ces choses. (DDoN # 17, Qld) La question est de savoir comment pouvons-nous soutenir cela en ce qui concerne les autres résidents et leur vie privée? Il n'y a rien qui nous dirige de cette façon. Si un homme sentait qu'il avait besoin de visiter un substitut sexuel, je devrais être discret mais je le conduirais là. Je ne peux pas faire venir une travailleuse du sexe mais je ne veux pas que la résidente se sente gênée. (Don # 39, NSW) Il y a des résidents qui sont mariés avec l'un des conjoints toujours à la maison et nous avons besoin des directives sur la manière dont cela est supposé fonctionner. (DoN # 43, Vic).</p>	
Présentation des résultats	<p>Le but de cette étude était de donner un aperçu de la manière dont la haute direction perçoit la sexualité comme un problème pour les RACF et de l'état de la politique actuelle. Un paysage de formation. Les participants ont identifié un large éventail de situations comme des «problèmes» dans leur lieu de travail. Contrairement à la littérature récente sur le sujet, la plupart de nos répondants expriment des points de vue positifs sur, par exemple, la «normalité» de la sexualité chez les personnes âgées et les droits des résidents, y compris ceux atteints de démence, à l'expression sexuelle</p>	
Discussion Interprétation des résultats	<p>Toutefois les politiques officielles sur les questions liées à la sexualité n'existent que pour quelques-uns des établissements interrogés. La plupart des établissements ne disposaient pas de politiques reconnaissant explicitement la sexualité comme faisant partie de la vie des résidents, mais ne réglant ce type de problèmes que de manière formelle et informelle. De manière ponctuelle. La nature de la formation dispensée au personnel était similaire. Les sources d'éducation les plus fréquemment citées ne fournissent en réalité que des informations limitées.</p>	

	<p>Les programmes de certificats de soins mentionnés par certains participants, par exemple, ne répertorient aucun apprentissage qui suggèrent que la sexualité est incluse dans le programme, le plus proche "Soutenez la personne âgée pour qu'elle réponde à ses besoins émotionnels et psychosociaux". En ce qui concerne la formation professionnelle continue, la chaîne de soins aux personnes âgées offre une session sur «La sexualité et les personnes âgées» comprenant des entretiens avec des résidents, des partenaires sociaux et des experts qui pourraient fournir un cadre de discussion, mais elle n'inclut pas des directives sur la manière dont une telle discussion devrait être facilitée ou évaluée.</p> <p>La mesure dans laquelle les cadres supérieurs caractérisent l'expression sexuelle de leurs aînés, les résidents à travers un discours basé sur les droits était une découverte intéressante. Les deux dernières décennies ont assisté à la montée du mouvement des droits sexuels, qui ont joué un rôle central dans la défense des intérêts de divers groupes sexuellement marginalisés, y compris les personnes âgées [22]. Les réactions des cadres supérieurs semblent toutefois suggérer que cette attitude n'est pas partagée par tous. Le personnel soignant, ne se reflète pas dans la pratique quotidienne au sein de leurs installations. Plus de recherche doivent se dérouler dans des RACF australiennes avec du personnel infirmier débutant participant aux soins quotidiens du résident afin de documenter l'ensemble des attitudes et réactions du personnel infirmier à des comportements sexuels des résidents dans ces établissements</p>	
Forces et limites	Limite : l'étude se déroule en Australie, l'article est en anglais	
Conséquences et recommandations	<p>La préoccupation exprimée par bon nombre de nos participants au sujet de l'absence de directives et de lois politiques, la formation dans ce domaine est conforme à la littérature. Clairement, les problèmes d'expression sexuelle au sein des RACF sont perçus et traités de manière incohérente, une situation qui ne peut que nuire à la santé sexuelle des résidents et au bon fonctionnement et à l'efficacité de l'établissement de soins. La discordance entre les cadres supérieurs utilisant la notion de droits sexuels pour les résidents et le manque de lois politiques réelles et de formation sur cette question est large, notre point de vue, soutenant fermement un argument en faveur de l'élaboration de lois politiques au niveau national.</p>	Intéressant le manque de lois sur la sexualité et le manque de formation ressortent très souvent dans nos articles
Commentaires		

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T. (2010). Sexuality in Residential Aged Care: A Survey of Perceptions and Policies in Australian Nursing Homes. Sexuality and Disability, 28(3), 187-194. https://doi.org/10.1007/s11195-010-9164-6				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Il les précise clairement dès l'introduction
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé décrit le problème, le but de l'étude, la méthode et les résultats.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			La problématique est clairement formulée et introduite. Ils précisent également le contexte du phénomène.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Ils mettent en avant le manque de procédure nationale et ce qu'il y a déjà d'existant
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Il n'est pas mentionné clairement dans le texte mais on peut voir que le droit du patient est clairement expliqué.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'étude définit clairement son but
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il s'agit d'une étude qualitative, vu les questions ouvertes qui ont été posées.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Les participants peuvent exprimer leur avis

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Nous connaissons la populations ciblées ainsi que le nombre de participants.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Ce sont des directeurs de soins
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Ils le mentionnent dans la méthode
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Ils démontrent les questions qui ont été posées aux participants
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?		X		Ils ne le mentionnent pas dans l'article
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Ils indiquent ce qui est le plus souvent ressorti dans chaque question
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		Ils ne le mentionnent pas clairement dans l'article
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Ils donnent les exemples qui sont ressortis lors des entretiens avec les participants
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les résultats représentent bien la problématique de base.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Il n'est pas mentionné dans l'article

Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?		X		Il n'y a pas d'étude antérieure en comparaison avec celle-ci
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Il n'aborde pas la question
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Ils désient qu'une loi, au niveau national, soit élaborée
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré avec une introduction, une méthode, des résultats, une discussion et une conclusion. De plus chaque thème abordé est clairement défini.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

Annexe F

Grille de résumé et de lecture critique de Syme, Lichtenberg & Moye (2016)

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article	Notre Avis
Références complètes	Syme, M. L., Lichtenberg, P., & Moye, J. (2016). Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 72(10), 2457-2467. https://doi.org/10.1111/jan.13005	
Introduction Problème de recherche	Dans les établissements de soins de longue durée (SLD), où environ 40% des résidents sont atteints de démence (Harris-Kojetin et al.2013), il est difficile de fournir des soins de qualité, pour les personnes démentes, qui protègent la personne, améliorent les capacités restantes et soutiennent la capacité réduite (Murray & Boyd 2009). Le mouvement des soins centrés sur la personne dans les soins de longue durée souligne les faiblesses des soins traditionnels pour la démence : besoins non satisfaits, perte d'autonomie, choix extrêmement limités, tout en explorant les défis liés au soutien de la qualité des soins, de la qualité de vie et de la démence, choix pour tous les résidents (Zimmerman et al.2014). Bien que les interactions sociales fassent partie intégrante des soins de la démence de qualité, une limitation potentielle reste le manque d'attention accordée aux contacts sexuels en tant que besoin et de droit du résident. L'expression sexuelle chez les résidents âgés de SLD est une question complexe, en particulier en cas de consentement; cependant, le sexe reste important et bénéfique pour beaucoup tout au long de la vie (Syme et al.2015). Équilibrer les défis du soutien sexuel et de l'expression intime avec les droits et l'autonomie des résidents est une lutte permanente pour les maisons. Le but de cette étude est d'explorer à la fois les défis auxquels font face les établissements de soins de longue durée pour faire face aux expressions sexuelles et le consentement et leurs recommandations ultérieures pour améliorer les soins via un processus qualitatif.	Dans cet article on peut voir que la théorie centrée sur la personne a des lacunes notamment lors des besoins sexuels. Il relève le consentement des patients. Est-ce qu'on en parle dans notre écrit ?
Recension des écrits	L'intimité et l'expression sexuelle à un âge avancé sont un sujet tabou dans la société occidentale. Mythes âgistes (par exemple : personnes âgées sont asexuées) ont souvent exclu les personnes âgées du "cercle enchanté" de la sexualité et amené les individus, les prestataires de soins de santé et les personnes âgées à croire que l'activité sexuelle n'est pas pour les personnes âgées (Bouman et al. 2006, Hinchliff & Gott 2011, Hillman2012). Contrairement à ces stéréotypes omniprésents, le besoin de proximité physique, d'intimité et le contact sexuel ne diminuent pas avec l'âge, ni la perte de la capacité cognitive (DeLamater2012, Doll 2013) et continue de fournir des avantages psychologiques et physiques tout au long de la vie (Nay 1992, Syme et al.2015). L'expression sexuelle représente un spectre d'activités tout au long de la vie, mettant souvent l'accent sur des	Je trouve intéressant le fait qu'il commence à parler des représentations sociales. Dans notre écrit nous avons également suivi cet exemple afin d'introduire le contexte. Il parle de la manière d'avoir des relations sexuelle évoluent avec

	<p>activités intimes (par exemple, tenir la main, câliner) un âge plus avancé pour s'adapter aux préférences et aux limitations physiques (Doll 2013). Cependant, pour les plus âgés, ils continuent à pratiquer toute une gamme d'activités sexuelles tout au long de la vie, notamment les rapports anaux et vaginaux, masturbation et activités liées aux préliminaires (DeLamater2012). Les adultes plus âgés dans les établissements de soins de longue durée se livrent également à des activités sexuelles / intimes, bien que la fréquence et le type d'activités peuvent changer (Spector et Fremeth 1996, Archibald 1998, Roelofts et al.2015). Par exemple, une étude sur les établissements de soins de longue durée au Kansas (États-Unis) a révélé que la majorité des administrateurs ont signalé que les résidents avaient recours à une forme d'expression sexuelle (par exemple, actes sexuels, discussions sexuelles, activités romantiques) (Doll 2013). Pourtant, il y a plusieurs obstacles individuels à l'expression sexuelle pour les résidents de SLD, y compris l'absence de volonté / capacité du partenaire, problèmes de santé physique et mentale ainsi que les effets secondaires des médicaments (Hajjar & Kamel 2003, Villar et al.2014). Le sexe devient un tabou à double et à triple degrés pour les adultes plus âgés vivants en SLD avec démence et, malheureusement, les droits sexuels des résidents âgés de SLD ne sont souvent pas reconnus (Roach 2004, Frankowski & Clark 2009). Ceci est partiellement dû aux difficultés signalées dans la gestion de l'expression sexuelle chez les résidents de SLD (Elias et Ryan, 2011, Lester et al.2015). Les problèmes liés à la gestion de l'expression sexuelle dans les établissements de soins de longue durée incluent le manque d'intimité, les attitudes négatives du personnel et de la famille, le manque d'éducation / formation en expression sexuelle, ainsi que de trouver un équilibre entre l'autonomie et la protection contre les dommages (Hajjar et Kamel 2003, Roelofts et al.2015). Un autre défi de taille pour les établissements est la gestion de l'expression sexuelle à l'aide de méthodes cognitives. Pour les résidents handicapés, ce qui peut compromettre la capacité des personnes âgées à consentir à des activités sexuelles (Lichtenberg & Strzepek 1990, Wilkins 2015). Capacité de consentement sexuel - capacité à décider de s'engager volontairement dans des activités sexuelles - a été largement ignorée dans le vieillissement. La recherche est une question clinique et éthique non résolue dans les établissements de soins de longue durée (Tarzia et al.2012). Il existe un manque notable de loi politique, de procédures et de compréhension de la sexualité des résidents. L'expression et le consentement dans les établissements de soins de longue durée aux États-Unis (Lester et al.2015). Une étude récente sur un échantillon de commodité d'établissements de soins de longue durée (N = 175) aux États-Unis a montré que peu d'établissements ont des lois politiques relatives à l'expression sexuelle (~ 23%) et au consentement (~ 8 · 5%) (American Medical Directors Association [AMDA] 2013). Ceci est également démontré au niveau international, faute de loi politique et de ne pas avoir abordé la question de la sexualité avec le personnel des SLD (Shuttleworth et al.2010, Villar et al.2014). Ainsi, les établissements et leurs personnels doivent</p>	<p>l'âge je trouve très intéressant qu'ils en parlent car on peut faire un lien avec le changement physique et psychologique du résident ainsi que son partenaire . Est-ce qu'on inclut les problèmes liés au partenaires ? Ainsi que les effets secondaires des médicaments ?</p>
--	---	--

	<p>souvent réglementer seul les relations sexuelles. L'expression et le consentement peuvent ou non respecter les normes juridiques et éthiques en matière de consentement sexuel (Lyden 2007, Everett 2008). Soutenir l'expression sexuelle dans les soins de longue durée est une tâche décourageante pour les maisons de retraite. Il y en a peu, abordant l'expression sexuelle de manière globale et proactive (par exemple, Hebrew Home at Riverdale; River Spring Health 2011) mais cela n'a pas été largement reconnu, ni adopté dans les établissements de soins de longue durée aux États-Unis (Lester et al.2015) et limité dans d'autres pays (Shuttleworth et al.2010, Benbow & Beeston 2012). Peu de conseils sont disponibles pour les administrateurs des établissements de soins de longue durée ayant besoin d'aide pour gérer des situations sexuelles complexes (Elias et Ryan 2011, Bauer et al.2014). Les quelques loi politiques qui existent localement aux États-Unis sont souvent appliquées universellement et peuvent manquer de nuance lors de situations sexuelles (Lester et al.2015). Le besoin de loi politiques en matière d'expression sexuelle dans les soins de longue durée a été identifié (Benbow & Beeston).2012, Lester et al.2015); cependant, il y a moins de recherches empiriques sur ce que ces loi politiques devraient intégrer, en particulier du point de vue de multiples parties prenantes. Le personnel de la maison de retraite est le point de vue fondamental, car la compréhension de leurs besoins et des recommandations aident à garantir que les stratégies résultantes soient pratiques et utilisables dans les établissements de soins de longue durée.</p>	
Cadre théorique ou conceptuel	Il le cite pas clairement dans le texte mais on peut voir les concepts de bien-être, qualité de vie et droit du patient.	Intéressant car il a déjà été mentionné dans d'autre article analysé
Question de recherche/buts	<p>Les problèmes liés à la gestion de l'expression sexuelle dans les établissements de soins de longue durée incluent le manque d'intimité, les attitudes négatives du personnel et de la famille, le manque d'éducation / formation en expression sexuelle, et de trouver un équilibre entre l'autonomie et la protection contre les dommages (Hajjar et Kamel 2003, Roelofts et al.2015).</p> <p>Le but de cette étude était d'explorer les défis et les recommandations des DON liés à la gestion de l'expression sexuelle et du consentement avec les résidents plus âgés, résidents de SLD</p>	
Méthodes Devis de recherche	<p>Les objectifs de cette étude étaient cohérents avec une étude qualitative interprétative de base (Merriam 2002). L'objectif était d'identifier des modèles par des applications spécifiques et pratiques dans les maisons de retraite. Comme se soucier. Ainsi, des méthodes d'analyse thématique ont été utilisées (Braun & Clarke 2006), ce qui a permis d'obtenir des informations détaillées sur les défis et les besoins non satisfaits des résidents sur l'expression sexuelle dans les établissements de soins de longue durée.</p> <p>Vingt entretiens ont été retranscrits par la chercheuse principale et plusieurs ont été formés comme assistants de recherche (hommes et femmes). L'analyse thématique a été utilisée pour découvrir les tendances émergentes parmi les données (Boyatzis, 1998), facilitées par l'utilisation de Dedoose</p>	

	logiciel (2014). Les codes ont été initialement identifiés et raffinés par la chercheuse principale qui lit et compare les données pendant et entre les entretiens. Les relations entre les codes étaient continuellement évaluées, produisant des catégories parmi les codes, qui étaient discutés avec l'équipe de recherche. Les catégories ont été identifiées par induction, bien que le processus ait été guidé par des recherches antérieures sur l'expression sexuelle en SLD. Ainsi, l'étude exploratrice et les processus théoriques ont été combinés dans un paradigme interprétatif.	
Population, échantillon et contexte	Les directeurs des soins infirmiers (DON) ont été sélectionnés pour cette étude en raison de leur rôle de supervision, des soins directs aux résidents et leur capacité à commenter les lois politiques et procédures en matière de soins de longue durée, les installations. Un échantillon de convenance de DONS (N = 20) a été recruté via un courrier électronique envoyé au printemps et été 2013, ce qui a été facilité par l'association nationale des associations de directeurs des soins infirmiers dans les soins de longue durée (NADONA-LTC). Ainsi, tous les participants étaient soit un DON actif ou un ancien DON dans un établissement de soins de longue durée aux États-Unis. L'email fourni une brève description de l'étude, tâches de participation, caractère volontaire de l'étude contact avec l'équipe de recherche, et information. Trente entretiens ont été initialement prévus, sur la base des tailles d'échantillons suggéré pour l'étude qualitative (Mason 2010). Cependant, la saturation des données était continuellement évaluée tout au long des entretiens et il a été déterminé que celle-ci était atteinte après 20 participants, car aucun thème nouveau n'a été abordé et très peu de codes supplémentaires ont été générés dans les deux derniers entretiens. La majorité des participants étaient d'âge moyen (moyenne = 55 · 84 ans SD 6 · 35 ans), Blanc (n = 18) femmes (n = 19) avec une moyenne de 8,31 (SD 6,27) années d'expérience en tant que DON et 20,21 (9 · 82) années de travail dans les soins de longue durée. La formation scolaire était également partagée entre les associés (n = 7, 35%), bacheliers (n = 6, 30%) et maîtrises en sciences infirmières (n = 7, 35%). Les participants représentaient des établissements de plusieurs régions des États-Unis (est et ouest) Côtes, Midwest, Nord-Est, Sud-Est).	
Méthode de collecte des données	Les données ont été obtenues par le biais d'entretiens approfondis semi-structurés. Les entretiens ont été conçus pour évaluer quatre domaines de l'expression sexuelle et du consentement en SLD: connaissances, actions, attitudes, et défis / recommandations. Les questions ont été élaborées à partir de la littérature de recherche et consultation avec des experts en SLD et capacité de consentement (noms de co-auteurs en aveugle), et les invités ont été identifiés pour être utilisés au besoin (voir l'Annexe 1). Cela a été examiné par deux experts consultants (noms de co-auteurs masqués), révisés et mis à l'essai pour plus de clarté. Cette étude a porté exclusivement sur les questions d'entrevue liées aux a) défis / obstacles perçus pour la gestion de l'expression sexuelle centrée sur le patient et b) aux recommandations concernant les ressources, les lois politiques et procédures d'aide à la gestion de l'expression sexuelle (n ° 7 et n ° 8).	

	Le chercheur principal expérimenté dans les méthodes qualitatives a mené toutes les interviews pour la fiabilité et continuité. Les entretiens téléphoniques ont été enregistrés avec le participant. Pour développer une relation avec les participants, l'intervieweur a fourni des informations supplémentaires. Informations sur l'étude et posé des questions initiales sur leur installation avant de commencer les questions sur l'expression sexuelle. À la fin de l'entretien, les participants ont été invités à poser des questions. Les entretiens duraient généralement entre 45 minutes et 1 heure. Ils ont également été invités à fournir des informations générales supplémentaires (par exemple, sexe, âge, formation, années d'expérience) dans un bref sondage en ligne. Pour assurer la confidentialité des réponses, les participants ont eu un identifiant unique et numérique correspondant aux données de l'entrevue et de l'enquête. Ils ont reçu 50 \$ carte-cadeau pour leur participation	
Déroulement de l'étude	Au cours du processus de collecte et d'analyse des données, les catégories initiales ont été présentées aux DON. Ils ont participé à l'étude pour la procédure de vérification des membres pour assurer la crédibilité (Lincoln & Guba 1985). Ceci a été réalisé individuellement à la fin de chaque entretien, en présentant un bref résumé des thèmes abordés dans l'interview et des principales catégories émergentes / thèmes des entretiens précédents. En outre, les citations ont été sélectionnées parmi plusieurs participants pour assurer la représentation de l'échantillon (Granheim & Lundman 2004). Un assistant de recherche qualifié a examiné des transcriptions sélectionnées au hasard pour adresser une fiabilité, établir un accord sur les codes et les catégories étant ressorti au cours de la discussion (Burla et al.2008).	
Considérations éthiques	Les procédures de l'étude ont été approuvées par l'Institutional Review Board de l'État de San Diego Université. Les informations d'identification ont été désidentifiées lors de la transcription pour protéger la vie privée des interviewés.	
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les recommandations étaient réparties dans huit catégories, correspondant à plusieurs défis rencontrés par les DON dans la gestion de l'expression et du consentement sexuels. <ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} catégorie comprend la résolution du problème Ou ils expliquent que les personnes âgées sont des personnes sexuée et qu'il faudrait avoir des organisations nationales qui parlent de la sexualité des personnes âgées ainsi que leur consentement <ul style="list-style-type: none"> • 2^{ème} catégorie veut apporter des changements environnementaux Ils mettent en évidence le manque de temps et de vie privée des résidents. Notamment en apportant des idées tel que Des panneaux «ne pas déranger», des lits plus larges ou des lits rapprochés, et des plans bien définis.	Ces recommandations on pourrait les regroupées en <ul style="list-style-type: none"> - Individu et famille - Formation soignant - Environnement - Droit du patient Comme dans un article lu précédemment

	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} catégorie permet d'identifier le personnel compétent <p>Plusieurs DON ont également mentionné les avantages potentiels d'avoir un expert comportemental dans le personnel de santé, en plus du travail social qui peut être facilement disponible, en particulier lors de problème de consentement.</p> <p>Plusieurs DON démontrent l'importance d'avoir une personne experte sur le terrain en cas de situation complexe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4^{ème} est la catégorie formation et éducation : <p>Ils mettent en évidence le besoin de formation afin de mieux répondre aux besoins des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5^{ème} catégorie évalue la sexualité initialement et de manière récurrente <p>Plusieurs DON ont recommandé de formaliser les processus d'évaluation sexuelle dans les soins de longue durée, à la fois lors de l'admission et régulièrement pour surveiller les besoins et les comportements des résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catégorie 6 établit des politiques / procédures pour la gestion de l'expression sexuelle <p>Beaucoup de DON ont mentionné le manque de lois ou de politiques au niveau de la sexualité. Ce qui aggrave des situations complexes notamment lorsqu'il s'agit de consentement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7^{ème} catégorie développe des outils d'évaluation de l'expression et du consentement sexuels <p>Plusieurs DON ont fortement recommandé aux établissements d'adopter une forme d'outil structuré ou de directives pour évaluer le consentement sexuel. C'était directement lié au fait qu'il n'y avait que peu ou pas de directives ou d'outils sur leur site pour gérer les situations complexes de consentement sexuel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8^{ème} catégorie clarifie les questions juridiques <p>Le plus souvent, les questions juridiques étaient citées comme un défi majeur pour gérer l'expression sexuelle et les questions de consentement étaient souvent liées aux installations qui pouvaient restreindre l'expression sexuelle, le «brouillage» lorsque des problèmes d'expression sexuelle sont présentés à la suite des souhaits de la famille pour réguler l'expression sexuelle (plutôt que de défendre les droits des patients)</p>	
Présentation des résultats	<p>Les résultats confirment les conclusions antérieures selon lesquelles la gestion de l'expression et du consentement sexuels dans les établissements de soins de longue durée ainsi que les installations sont complexes et difficiles pour le personnel des SLD (Spector & Fremeth 1996, Villar et al.2014, Wilkins 2015). Alors que les DON envisageaient ce dont ils auraient besoin pour réussir en gérant l'expression sexuelle et le consentement, ils ont cité de multiples défis. Étendre des recherches précédentes (Hajjar et Kamel 2003, Villar et al.2014), les défis identifiés inclus: (a) l'environnement bâti dans les SLD (confidentialité, qualité institutionnelle, par exemple); b) de protection /attitudes prohibitives de la famille et du personnel; (c) manque de connaissances et de ressources de</p>	

	<p>formation pour la sexualité; (d) la gestion de situations sexuelles complexes (par exemple, cognitivement intacte et altérée paires de résidents); e) déterminer le consentement et son incidence sur l'expression sexuelle et intime;</p> <p>f) la stigmatisation liée au traitement de la sexualité; (g) préoccupations juridiques; et (h) une approche ad hoc ou proactive à la gestion de l'expression sexuelle. Ces défis ont souvent été exacerbés par le manque de structure et / ou des directives autour de l'expression sexuelle rapportées précédemment (Lester et al.2015, Roelofts et al.2015), et que le DON a reconnu demeurer une clé.</p> <p>Problème En dépit des nombreuses difficultés identifiées, tous les DON interrogés dans cette étude étaient favorables à l'expression sexuelle, et ils ont formulé de nombreuses suggestions pour réussir à relever ces défis, à la fois localement et à l'échelle du système. D'abord et avant tout, il est nécessaire de lutter contre l'expression sexuelle en ayant un consentement ouvert dans les soins de longue durée, ce qui a été largement ignoré en raison de problèmes tels que la stigmatisation et les soucis juridiques. Cela peut être facilité par les dirigeants d'organisations nationales - telles que NADONA / LTC, AMDA et CMS aux États-Unis - l'inscrire à leur ordre du jour. Bien que certaines organisations aient commencé à s'occuper de l'expression sexuelle en SLD (par exemple, AMDA), beaucoup sont derrière la courbe et n'ont pas de force centralisatrice. Reconnaisant le répandu en réunissant un groupe de travail national ou un groupe de travail composé d'experts et de parties prenantes pour discuter des questions clés est une première étape dans la lutte contre la sexualité, en prenant en compte les recommandations.</p>	
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Notamment, une approche cohérente de la gestion de l'expression sexuelle a été élaborée. Tentées par des maisons individuelles (par exemple, Hebrew Home at Riverdale) aux États-Unis, et il existe divers modèles internationaux de politiques et procédures en matière d'expression sexuelle pouvant être également consulté (Vancouver Coastal Health Authority [VCHA] 2009, International Centre de longévité - Royaume-Uni 2011, Bauer et al.2014). En apprenant et en adaptant les systèmes existants un processus couronnés de succès, un groupe de travail pourrait créer des pratiques optimales dans ce domaine. Et fournir aux établissements de soins de longue durée aux États-Unis l'élaboration des politiques et des outils de gestion pour guider la gestion de l'expression sexuelle. En termes d'outils, les DON ont formulé des recommandations spécifiques en matière d'utilité. Premièrement, l'importance était de fournir des ressources éducatives aux installations. Cela a souvent été suggéré compilé par des experts et intégré à la programmation requise par l'organisation gouvernantes (par exemple, la CMS). Les ressources pourraient inclure des suggestions environnementales sur les changements (par exemple, des panneaux «ne pas déranger», des lits plus larges / extensibles), qui ont été recommandés par DON pour que les maisons soient plus propices à l'intimité. Pour les politiques, les DON souvent recommandés que la politique ou les directives en matière de gestion de l'expression sexuelle soient</p>	

	<p>adaptables aux situations individualisées qu'ils rencontrent. Cependant, ils ont également demandé des précisions, telles que manières de discuter de la sexualité avec des outils d'évaluation familiale et fonctionnelle permettant de guider le processus de l'équipe. Un message clair concernant un outil d'évaluation était son utilité pour l'ensemble de l'équipe et sa capacité à fournir des conseils étape par étape, en particulier lorsqu'on envisage le consentement de la sexualité. Cela peut inclure plusieurs niveaux d'évaluation, à commencer par le personnel débutant qui est susceptible de rencontrer la situation sexuelle en premier, le superviseur, le DON, le social travailleur, et le directeur médical. Ceci s'oppose aux outils existants (par exemple, les filtres cognitifs, l'évaluation psychologiques telles que Lichthenberg et Strzepek (1990) qui nécessitent plus de personnel «expert» à utiliser. Un arbre de décision ou un algorithme a été le plus souvent cité comme utile, afin qu'il soit adaptable et qu'il puisse guider la collecte de preuves et constituer un outil pour unifier une équipe de discussion. Facilité l'utilisation, y compris la possibilité de documenter et d'intégrer un plan de soins, était perçu comme important pour le processus. Un autre message fort était que les lignes directrices soient valides ou largement reconnues pour s'assurer qu'elles respectent les normes et / ou les meilleures pratiques et fournir la preuve que si elles devraient être poursuivies. Celles-ci pourraient toutes être rassemblées dans une "boîte à outils" de ressources éducatives, de renforcement des compétences, des exercices et des directives en matière de politique et d'évaluation pouvant être largement diffusées. Il y a des méthodes bien établies pour développer ce type de ressources, qui ont été déployées par les internationaux (par exemple, VCHA, 2009) et également aux États-Unis pour répondre à d'autres besoins médicaux (par exemple, AMDA, n.d.). Certes, il est essentiel de baser tous les outils développés sur les meilleures preuves disponibles, en collaboration avec des experts consultants et des parties prenantes pouvant avoir des connaissances et des ressources pour faciliter le processus. Un groupe de travail pourrait alors piloter et diffuser leurs résultats, ce qui est une initiative potentiellement finançable.</p>	
Forces et limites	<p>Cette étude qualitative permettait une description, mais sa capacité à établir un lien de causalité ou conclusions prédictives. De plus, il existe un biais de sélection car il s'agissait d'un échantillon de commodité. Les donneurs et les participants peuvent surreprésenter certains groupes ou caractéristiques (par exemple plus d'engagés avec des problèmes d'expression sexuelle). L'échantillon était principalement composé de femmes blanches, bien que la profession infirmière est à prédominance blanche (83%) et féminine (93%) (Budden et al. 2013). La taille de l'échantillon constituait également une limite potentielle, puisque seulement 20 personnes y ont participé; toutefois, 30 entrevues avaient été prévues à l'origine et leur réduction a été basée pour cesser après avoir atteint la saturation. Les recommandations identifiées peuvent ne pas représenter les besoins uniques des établissements de soins de longue durée aux États-Unis, tels que les foyers qui fournissent des soins à une population plus jeune, à une population en</p>	

	réadaptation ou à d'autres soins spécialisés. Cependant, les établissements de soins de longue durée représentés dans cet échantillon étaient divers par leur zone géographique, leur taille et les populations desservies (par exemple, les personnes atteintes de démence, les personnes vivant avec le VIH, les résidents à long terme)	
Conséquences et recommandations	L'expression sexuelle et le consentement des résidents des foyers de SLD ne peuvent plus être ignorés. Non seulement dû à l'augmentation attendue du nombre de résidents des générations futures, qui citent systématiquement le bien-être en tant que partie intégrante de la qualité de vie (Association américaine des personnes retraitées, 2010), mais également parce qu'elle a récemment fait l'objet d'une attention accrue, tant sur le plan professionnel que public (par exemple, Belluck, 2015). Pour illustrer cela, aux États-Unis, l'AMDA a répondu à l'attention des médias sur les établissements de soins de longue durée en effectuant l'étude susmentionnée sur les politiques et procédures en vigueur. TLC et ont continué à mettre en avant la recherche dans ce domaine (AMDA, 2013; Lester et al. 2015). Cette poussée d'attention peut servir de catalyseur au changement. Au lieu d'éteindre les incendies. Une approche proactive et standardisée visant à soutenir les établissements et les résidents en matière d'expression sexuelle peut être mise en œuvre. Les outils existants qui adoptent une approche fluide de l'expression sexuelle ont été utilisés avec succès au niveau local (River Spring Health 2011) et peuvent servir de base pour des initiatives plus larges. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour développer, tester et adopter des stratégies similaires. Des directives et des formations hautement visibles et accessibles à tous les établissements de soins de longue durée. Enfin, le résident ne doit pas être oublié. Inviter les adultes plus âgés et les résidents de SLD qui sont-ils est impératif de vouloir et de pouvoir jouer le rôle de parties prenantes dans ce processus. Du développement à la mise en œuvre, elle devrait être menée en gardant à l'esprit les soins centrés sur la personne, choix et autonomie des résidents tout en minimisant les dommages potentiels	Veillissement de la population ? l'espérance de vie augmente de plus en plus.
Commentaires		

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Syme, M. L., Lichtenberg, P., & Moye, J. (2016). Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 72(10), 2457-2467. https://doi.org/10.1111/jan.13005				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le titre met bien en avant la population (les résidents des maisons de retraite). Les concepts sont les recommandations pour l'expression sexuelle . Le devis est précisé (étude qualitative)
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il contient les parties Introduction, Méthode, Résultats et Conclusion, synthétise l'essentiel de l'article.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème est évoqué au début du paragraphe « Introduction ». La problématique de l'expression sexuelle chez les résidents âgés de SLD est évoquée dans le contexte des maisons de retraite à long terme au Etats Unis
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Il s'appuie sur des études existantes et met en avant les tabous de la société en ce qui concerne la sexualité des personnes âgées
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Il n'est pas mentionné clairement mais on peut comprendre qu'il y a la qualité de vie, le droit du patient ainsi que le bien-être

Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les problèmes liés à la gestion de l'expression sexuelle dans les établissements de soins de longue durée incluent le manque d'intimité, les attitudes négatives du personnel et de la famille, le manque d'éducation / formation en expression sexuelle, et à trouvé l'équilibre entre l'autonomie et la protection contre les dommages
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Une étude qualitative
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Comme mentionné dans l'article la sexualité chez les personnes âgées reste un sujet tabou dans notre société
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il s'agit des résidents en EMS de longue durée aux Etats-unis
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Un échantillon de convenance de DONS (N = 20) a été recruté via un courrier électronique envoyé au printemps et en été 2013, facilité par l'association nationale des associations de directeurs des soins infirmiers dans les soins de longue durée (NADONA-LTC)
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Les données ont été obtenues par le biais d'entretiens approfondis semi-structurés. Les entretiens ont été conçus pour évaluer quatre domaines de l'expression sexuelle et du consentement en SLD: connaissances, actions, attitudes, et défis / recommandations. Les questions ont été élaborées à partir de la littérature de recherche et consultation avec des experts en SLD et capacité de consentement (noms de coauteurs en aveugle), et les invités ont été identifiés pour être utilisés au besoin.

					Cela a été examiné par deux experts consultants (noms de co-auteurs masqués), révisés et mis à l'essai pour plus de clarté. Les entretiens duraient généralement entre 45 minutes et 1 heure.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Le déroulement de l'étude est mis en avant dans l'article scientifique de manière chronologique
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les procédures de l'étude ont été approuvées par l'Institutional Review Board de l'État de San Diego Université. Les informations d'identification ont été désidentifiées lors de la transcription pour protéger la vie privée des interviewés.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Les recommandations ont été classé en huit catégories
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Les chercheurs avaient un équipe de Co-expert qui analysait toute la littérature.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Il compare les différentes procédures qu'il existe déjà, ainsi que les outils
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les titres mentionnés sont clairs et compréhensibles
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			L'auteur avait une équipe de co-expert

Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			L'auteur compare les différentes procédures déjà existantes dans les maisons de retraite et soulève les différentes problématiques ressorties dans les entretiens.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Pas mentionné
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Ils continuent à mettre en avant la recherche dans ce domaine car c'est un sujet qui ne peut plus être ignoré dû au vieillissement de la population. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour développer, tester et adopter des stratégies similaires
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			On retrouve suffisamment d'aspects à analyser. Les chapitres sont clairs
Commentaires :					

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Annexe G

Grille de résumé et de lecture critique de Bauer, Fetherstonhaugh, Tarzian, Nay
& Beattie (2014)

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article	Notre avis
Références complètes	Bauer, M., Fetherstonhaugh, 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 Geriatrics, 14(1). https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82	
Introduction Problème de recherche	<p>La sexualité est une vaste construction multidimensionnelle qui englobe les relations, la romance, l'intimité (allant du simple toucher et embrasser, au contact sexuellement explicite), le sexe, le toilettage, l'habillement et le style. Être capable d'exprimer notre sexualité est connu pour améliorer la santé, le bien-être, la qualité de vie [1-3] et, en outre, un droit humain [4]. Le désir ou le besoin d'exprimer sa sexualité n'expire pas avec l'âge et pour de nombreuses personnes âgées, y compris celles vivant dans des EMS, la sexualité peut être importante.</p> <p>Beaucoup ne sont pas conscients de l'importance des multiples facettes de l'environnement de soins qui impact sur la capacité du résident à exprimer sa sexualité et ne savent pas quel type de soutien peut faire parti. Les défis et difficultés rencontrés par les personnes âgées sont :</p> <p>le respect de l'expression de leur sexualité dans les soins ainsi que l'environnement ont été maintes fois identifiés dans la littérature. Ils incluent des attitudes négatives et subjectives du personnel [17,18]; des connaissances et des formations insuffisantes [19,20], notamment en ce qui concerne les besoins des personnes qui s'identifient comme homosexuelles, lesbiennes, bisexuelles, transgenres ou intersexuées (GLBTI) [21,22]; une vision problématique de la sexualité pour les personnes atteintes de démence [23-27]; la priorité accordée aux autres aspects du bien-être du résident par rapport à la sexualité [28] et le manque de vie privée.[8] Il est clair que les établissements de soins pour personnes âgées peuvent élever leur niveau de conscience et de compréhension du besoin des personnes âgées en matière de sexualité et comment mettre en évidence son expression [6].</p>	<p>Leur définition de la sexualité correspond à celle que l'on a inscrit dans notre Tb. L'auteur met en évidence les aspects du bien-être, de la qualité de vie, ce qui peut faire un lien avec notre théorie centré sur la personne</p> <p>Les obstacles identifiés dans cet article correspond à ceux qu'on a mis en évidence , par contre c'est vrai que l'on ne parle pas des patients qui s'identifient comme bisexuelle, transgenre ou intersexué et cela pourrait être intéressant de l'inclure</p>
Recension des écrits	<p>Une étude récente de Bauer et al. [5] trouve que pour de nombreux résidents d'EMS avec ou sans démence, la sexualité «compte toujours».</p> <p>L'émergence de la littérature récente sur le juridique, les défis éthiques et politiques en ce qui concerne l'expression de la sexualité des personnes âgées dans les maisons de retraite (y compris ceux atteints de démence) [6-9] souligne en outre l'importance d'expression de la sexualité en tant que</p>	<p>Dans la recension des écrits le côté éthique et juridique est mis en avant . Il faut en parler de ses aspects dans notre Tb car claa nous</p>

	<p>besoin intégral et légitime pour les personnes vivant dans des environnements de soins résidentiels. Cependant, bien que l'on insiste de plus en plus sur l'application d'approches de prestation de soins centrés sur la personne [6,10-12], de nombreux prestataires de services de soins pour personnes âgées en établissement négligent toujours de reconnaître et de traiter la sexualité en tant que composant du bien-être.</p>	<p>permettra de faire des liens avec les interventions qui peuvent être mises en place.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Ils parlent du bien-être, de la qualité de vie ainsi qu'au droit des patients</p>	
Question de recherche/buts	<p>Un obstacle majeur à la pratique du changement dans ce domaine identifie quelles ressources ou autres initiatives peuvent être nécessaires au sein d'une organisation pour qu'il puisse devenir plus favorable à l'expression de leur sexualité. Identifier les lacunes reste difficile, car il n'existe aucun outil permettant d'évaluer le milieu d'un établissement en ce qui concerne la satisfaction des besoins sexuels des résidents.</p> <p>Ce document décrit le processus de développement d'un outil d'auto-évaluation pour les EMS. L'outil d'évaluation de la sexualité (SexAT) permet aux personnes âgées d'évaluer dans quelle mesure l'organisation, dans son ensemble répond aux besoins de tous les résidents en matière de sexualité avec démence. L'outil vise à aider les installations à soutenir.</p> <p>L'expression de la sexualité des résidents: (1) en identifiant les domaines où des améliorations de l'environnement, des politiques, des procédures et pratiques, fourniture d'informations et éducation / formation peuvent être nécessaires et (2); permettant la surveillance de ces zones au fil du temps</p>	
Méthodes Devis de recherche	<p>Le SexAT a été développé en utilisant une conception multi-phase [29]. Un pool initial d'articles a été construit à partir de la littérature. Les articles ont été confirmés par un centre d'interview aux membres du personnel, résidents et membres de la famille des résidents par des installations et un processus Delphi. Ce processus raffiné a réduit le pool initial d'éléments et a confirmé la validité du contenu de l'outil. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique humain de l'Université La Trobe (UHEC) Non: 10-040).</p> <p>Les avantages du processus Delphi, citons: la possibilité d'inclure des personnes de divers endroits géographiques et régions compétence; la possibilité pour tous les panélistes de contribuer également au processus sans qu'un individu domine la discussion; l'anonymat pour les participants; et la capacité d'acquérir des informations précieuses en cas de manque de données empiriques existantes sur le sujet [31,32].</p>	

Population, échantillon et contexte	<p>Six établissements de soins pour personnes âgées représentant les secteurs publics, privé et à but non lucratif dans deux États australiens (Victoria et Queensland) ont participé à cette étape du développement de cet outil. Un échantillon hétérogène de participants a été recruté pour le programme Delphi afin qu'un large éventail de perspectives et de compétences dans le domaine soient représentés. Une des critiques de la sélection d'experts pour un Delphi est que cette approche repose sur l'expertise d'individus, qui peuvent ne pas toujours posséder une connaissance suffisamment approfondie du domaine en question [31]. Parce que le SexAT devrait pouvoir être opérationnalisé dans un environnement résidentiel pour personnes âgées, les experts pour le Delphi qui avait également une connaissance approfondie de cet environnement ont été délibérément invités à participer</p> <p>Un panel de treize membres de national et international experts de divers domaines de la discipline, y compris le droit, l'éthique, la médecine, les soins infirmiers, la santé sexuelle et éducation, les soins de la démence, la gestion des installations et la gouvernance des soins aux personnes âgées ont examiné le projet d'outil</p>	
Méthode de collecte des données	<p>Des entretiens individuels ou en groupes de discussion ont été explorés avec le personnel d'établissements de soins pour personnes âgées (tous niveaux de soins, alliés, loisirs / activités / modes de vie, questionnaires) (n = 46), résidents avec et sans démence (n= 5 et 11 respectivement) et membres de la famille des résidents (n = 7) ont été menés pour explorer les opinions et attitudes des participants à l'égard de la sexualité dans les centres de soins pour personnes âgées et les besoins perçus. Ainsi que les obstacles à leur expression.</p> <p>L'équipe de recherche a conceptualisé le pool initial d'éléments pour SexAT sur la base d'un examen de la littérature (y compris la littérature grise) sur les questions et obstacles à l'expression de la sexualité dans les EMS. À identifier tout autre obstacle et facilitateur non signalé qui étaient uniques aux maisons de retraite australiennes, une étude qualitative exploratoire a été réalisée en dehors</p> <p>Les données des entretiens sont rapportées ailleurs [5,30]. Raffinement d'éléments d'outils à l'aide d'un processus Delphi.</p> <p>Les membres de Delphi ont été invités à revoir et à classer l'importance des outils sur une échelle de Likert à 5 points[«Pas du tout important» (1) à «Absolument essentiel» (5)]. En outre, des critiques et des commentaires ont été donnés sur l'utilité, la pertinence et la clarté, la construction et la lisibilité des articles, et s'ils étaient exhaustifs dans leur couverture de question. Les membres Delphi ont également été invités à fournir, recadrer et éditer autrement, des éléments pour améliorer l'outil.</p> <p>L'outil prend la forme d'un livret de douze pages. La première partie de l'outil fournit un arrière-plan au développement et son objectif ainsi qu'une liste de définitions, à améliorer la compréhension des termes utilisés tout au long «sexualité», «agression sexuelle», «comportement sexuel», «personnel», etc.</p>	

	<p>Les définitions ont été incluses car cela était évident pour l'équipe de recherche lors des entretiens et des groupes de discussion. Les gens peuvent avoir une compréhension très différente de ce que l'on pourrait considérer comme des termes couramment compris. La deuxième partie de l'outil explique comment celui-ci doit être utilisé. Ceci est suivi de sept sections comprenant les éléments d'outil (voir la liste récapitulative des outils finaux).</p> <p>Certaines en-têtes de section ont été reformulés afin de représenter avec précision le groupe d'articles final (tableau 1). La dernière partie de l'outil fournit aux utilisateurs des informations sur la notation, avec chaque catégorie de score, y compris les suggestions d'amélioration, ainsi que la reconnaissance positive de ce que l'établissement pourrait bien faire. Une liste utile avec des ressources disponibles sur Internet est également fournie pour aider les établissements à améliorer la qualité dans ce domaine</p>	
Déroulement de l'étude	<p>Le SexAT est conçu pour être auto-administré par un directeur d'établissement de soins aux personnes âgées, ou d'autres membres du personnel qui connaissent bien les installations et qui sont familiers avec les politiques, les procédures et les stratégies actuellement mis en place. Pour la simplicité d'utilisation le format actuel mis en place est « Oui/Non » ou « parfois » il a été adopté avec des réponses pointées à la fin de chaque section; donnant une note pour chaque section, ainsi qu'une note globale. Cela permet aux établissements d'évaluer leur conformité dans les différents domaines et dans l'ensemble.</p>	
Considérations éthiques	<p>Le consentement éclairé écrit de participer a été obtenu de tous les participants . Lorsque les participants avaient un consentement relatif à la démence une demande de consentement écrit a été obtenu par leur tuteur.</p>	
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Au total il y a 69 articles qui ont été étudiés . Plusieurs autres modifications ont été apportées. Effectué à la formulation de certains articles pour plus de clarté. Compte tenu du niveau élevé de consensus parmi les experts, un troisième tour de Delphes n'a pas été jugé nécessaire. Les recommandation mis en place peuvent être classées sous plusieurs catégories.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individu et famille (besoin, soutien) - Les droits des résidents - L'environnement - Formation des soignants 	<p>Ces catégorisations peuvent être utilisées dans notre écrit afin de classer nos différentes informations</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats de l'entretien qualitatif ont confirmé que les articles dérivés de la littérature et d'autres documents, ont soulevé un certain nombre de questions supplémentaires tels que l'accès des résidents aux services de prostitution; le besoin de soutien pour les membres du personnel qui étaient mal à</p>	

	l'aise avec l'expression d'un résident sur sa sexualité;le manque de disponibilité de lits doubles dans les établissements de soins pour personnes âgées.	
Discussion Interprétation des résultats	<p>Il y a un rôle reconnu pour les outils d'évaluation pour améliorer les soins pour les personnes âgées vivant dans des EMS. Rheume et Mitty [35] ont noté que le personnel travaillant dans les établissements de soins «avoir besoin...outils afin de répondre résidents'[expression sexuelle] et les nombreux obstacles à l'intimité»(p.342).</p> <p>Le développement du SexAT est une étape vers la normalisation de la sexualité pour les personnes âgées (y compris ceux souffrant de démence) qui vivent dans des établissements résidentiels de soins aux personnes âgées car il identifie une série de facteurs qui ont un impact sur son expression, et permet aux établissements de cibler des zones d'amélioration. Il met en place l'espoir que les installations devraient reconnaître la sexualité comme un élément significatif et légitime des soins. La littérature met en évidence sans cesse les aspects de l'environnement des installations qui sont des obstacles à l'expression de la sexualité des personnes âgées avec et sans démence. Le SexAT incite les établissements à examiner de façon critique leurs espaces physiques, ainsi que les politiques.</p> <p>Bien qu'en Australie, la Charte des droits des résidents et responsabilités [36] stipule le droit des résidents à la vie privée et le contrôle de leurs relations, il n'y a pas de lignes directrices définitives pour les établissements de soins aux personnes âgées par rapport à la façon dont une installation peut être plus propice à l'expression de la sexualité. L'utilisation de l'outil permettra d'identifier les installations et les questions d'approche de manière structurée et individualisée par la mise en place « norme » que les installations peuvent satisfaire les besoins des résidents. On pourrait faire valoir le traitement de la sexualité comme une question distincte perpétue son statut tabou, et qu'une approche centré sur les soins donné à la personne devrait englober la sexualité. Nous croyons que l'expression de la sexualité à la santé, le bien-être et la qualité de vie, ainsi que son histoire soient négligés en tant que composant des besoins des personnes âgées. Ce qui justifie l'utilisation d'un outil dédié comme celui-ci. Comme Wallace [37] a noté, il est rare qu'il existe des plans de soins pour répondre aux besoins de la sexualité des résidents, en dépit des avantages potentiels pour les soins centrés sur la personne.</p>	
Forces et limites	<p>Force : L'auteur donne beaucoup de recommandations pour les interventions qui touchent le droit, l'individu et la famille, la structure</p> <p>Limite : l'étude est faite en Australie ,ont-ils les mêmes représentations sociales qu'en Suisse.</p>	
Conséquences et recommandations	A l'heure actuelle aucun outil n'existe dans la littérature pour évaluer les installations résidentielles de soins aux personnes âgées le soutien de leurs résident. Le SexAT est un outil facile à utiliser qui comble une lacune dans la prestation de services de soins aux personnes âgées. Il fournit un cadre pour les organisations de soins aux personnes âgées et détermine dans quelle mesure leur	

	environnement et les pratiques reconnaissent et soutiennent les droits des personnes âgées à exprimer leur sexualité, y compris pour les personnes atteintes de démence. Par rapport aux meilleures pratiques d'audit, les services de soins aux personnes âgées peuvent déterminer les domaines dans lesquels ils ont besoin de s'améliorer et de développer des stratégies pour le faire. Les travaux futurs se concentreront sur l'application des connaissances et l'utilité de l'outil dans la pratique	
Commentaires		

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Bauer, M., Fetherstonhaugh, 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 Geriatrics, 14(1). https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-82				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le titre met bien en avant la population (les résidents des maisons de retraite). Les concepts sont les obstacles de l'expression de la sexualité en EMS. Le devis est précisé (étude qualitative exploratrice)
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il contient les parties Introduction, Méthode, Résultats et Conclusion, synthétise l'essentiel de l'article.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème est évoqué au début du paragraphe « Introduction ». La problématique des obstacles sur l'expression de la sexualité sont évoquées dans le contexte des maisons de retraite en Australie.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Ils se sont appuyés sur des études déjà existantes pour démontrer leur connaissance . En tenant compte de la politique, l'éthique et l'état juridique
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Pas de cadre de référence
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'outil d'évaluation de la sexualité (SexAT) permet aux personnes âgées d'évaluer dans quelle mesure l'établissement, dans son ensemble, répond aux besoins de tous les résidents en matière de sexualité avec ou sans démence. L'outil vise à aider les installations, à soutenir l'expression de la sexualité des résidents

Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il s'agit d'une étude qualitative exploratrice
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			C'est un thème à l'actualité qui a récemment brisé les tabous. Il y a donc peu d'études sur le sujet
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il le précise déjà dans le titre, qu'il s'agit de résidents en EMS
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		Les scientifiques ont interrogé 64 personnes, on sait aussi que 6 établissements ont participé à l'enquête. Par contre, il a pris plusieurs groupes de personnes différentes (personnels soignants, résidents, membres de la famille)
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Les chercheurs utilisent la méthode Delphi afin de trier la littérature. On sait que la collecte de données se déroule dans 6 établissements dans deux États australiens (Victoria et Queensland). Des entretiens individuels ou en groupes de discussion ont été exploré avec le personnel des établissements de soins pour personnes âgées, résidents avec et sans démence ainsi que des membres de la famille des résidents ont été interrogés pour explorer les opinions et attitudes des participants à l'égard de la sexualité dans les centres de soins pour personnes âgées et les besoins perçus.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Le déroulement de l'étude est mis en avant dans l'article scientifique de manière chronologique
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le consentement, par écrit, de participer à l'étude, a été obtenu par tous les participants. Lorsque les participants avaient un consentement relatif à la démence une demande de consentement écrit a été obtenue par leur tuteur.

Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Les articles étaient regroupés en sept sections, reflétant les principales caractéristiques organisationnelles ayant une incidence sur le droit et la capacité à exprimer leur sexualité: 1) politiques et procédures (19 éléments) 2) évaluation et documentation (18 éléments) 3) formation, connaissances et attitudes du personnel (24 items) 4) éducation et soutien des résidents (16 articles) 5) éducation et soutien familiaux (8 éléments); 6) l'environnement physique (6 items) 7) la sécurité et les risques (8 éléments).
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Les scientifiques ont utilisés un outil delphi afin de s'assurer de la crédibilité des résultat.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les scientifiques comparent les données obtenues entre les différentes littératures existantes sur la sexualité en EMS
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les titres mentionnés sont clairs. Ils décrivent clairement les interventions par la suite.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			Le pool d'éléments initial a été envoyé à deux établissements de soins pour personnes âgées pour examen, critiques et commentaires.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les résultats de l'entretien qualitatif ont confirmé que les articles dérivés de la littérature et d'autres documents, ont soulevés un certain nombre de questions supplémentaires tels que l'accès des résidents aux services de prostitution; le besoin de soutien pour les membres du personnel qui étaient mal à l'aise avec l'expression d'un résident sur sa sexualité; et le manque de disponibilité de lits doubles dans les établissements de soins pour personnes âgées.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Pas mentionné

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Les chercheurs mettent en avant que le questionnaire SexAT est un outil facile à utiliser qui comble une lacune dans la prestation de services de soins aux personnes âgées. Les travaux futurs se concentreront sur l'application des connaissances et l'utilité de l'outil dans la pratique
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			On retrouve suffisamment d'aspects à analyser. Les chapitres sont clairs
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

Annexe H

Tableaux de présentation des résultats

Titre, auteurs, dates et devis	Population / échantillon	Buts de l'étude / objectifs	Méthode de collecte de données / instruments de mesure / déroulement de l'étude	Résultats généraux	Intérêt pour cette étude
<p>Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff</p> <p>Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C.</p> <p>2013</p> <p>Quantitatif</p>	<p>112 participants, infirmières diplômées ainsi que des aides infirmières travaillant dans deux institutions médicalisées de la région de Victoria en Australie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 93% de femmes - 54% âgées >51ans - 94% anglophones - 75% >6ans d'expérience - 74% infirmières et 26% d'aides 	<p>Cette étude visait à évaluer une intervention éducative conçue pour le personnel infirmier de soins aux personnes âgées afin d'accroître les connaissances et d'améliorer les attitudes à l'égard de l'expression sexuelle des personnes âgées vivant dans des établissements de soins pour personnes âgées.</p>	<p>Les connaissances et les attitudes du personnel infirmier en matière de sexualité ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire pré-post test.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echelle composée de l'échelle ASKAS, partie comportementale, pour évaluer l'attitude des soignants et l'échelle composées aussi de l'échelle SAID pour démence - 34 items au total, avec une échelle de Likert en cinq points de réponses possibles pour chaque item (de fortement en désaccord à fortement d'accord) <p>Une intervention éducative sous la forme d'un atelier de trois heures a été réalisée entre le pré-test et le post-test :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} heure : Qu'est-ce que la sexualité et pourquoi est-elle importante ? Attitudes communes à l'égard de la sexualité chez les personnes âgées ; stéréotypes sexuels par rapport à la réalité ; 	<p>Le tableau 2 démontre les réponses pour lesquels un changement significatif a été observé : ASKAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées (PA) ont peu d'intérêt pour la sexualité (âgées de 14 à 65 ans). [84->94 en désaccord] * - Les institutions telles que les maisons de retraite ne doivent en aucun cas encourager ou soutenir une activité sexuelle chez ses résidents. [75->82 en désaccord] * - En vieillissant (par exemple après 65 ans), l'intérêt pour la sexualité disparaît inévitablement. [88->96 en désaccord] * - Si un de mes parents, vivant dans une maison de retraite, avait une relation sexuelle avec un autre résident, je me plaindrais auprès de la direction. [58->74 en désaccord] * - J'aimerais en savoir plus sur les modifications du fonctionnement sexuel chez les PA. [89->71 d'accord] * - Je sens que je sais tout ce que j'ai besoin de savoir sur la sexualité chez les PA. [79->58 en désaccord] * - Je serais en faveur de cours d'éducation sexuelle pour les résidents âgés des maisons de soins. [58->85 d'accord] ** - La masturbation est une activité sexuelle acceptable pour les hommes plus âgés. [72->92 en accord] ** - La masturbation est une activité sexuelle acceptable pour les femmes plus âgées. [67->90 en accord] ** 	<p>Cet article est intéressant pour notre revue car il évalue l'efficacité d'une formation sur les perceptions et attitudes des soignants. Celui-ci nous permettra de dire si une formation est une intervention efficace pour favoriser l'expression sexuelle des personnes âgées.</p>

			<p>sexualité et vieillissement normal ; sexualité, maladies et traitements ; et expression</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2^{ème} : thèmes suivants : la sexualité et les personnes atteintes de démence ; sexualité, démence, évaluation et consentement ; la sexualité et le rôle du personnel des maisons de retraite ; les droits des résidents et les responsabilités du personnel. - 3^{ème} heure, consacrée aux questions juridiques, notamment la capacité et le consentement des résidents atteints de démence, a été livrée sous la forme d'un DVD de 50 minutes présenté par un avocat spécialisé dans le domaine des soins aux personnes âgées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les résidents de maisons de retraite ne doivent pas se livrer à une activité sexuelle toute sorte. [84->93 en désaccord] * - La masturbation est nuisible et doit être évitée. [91->98 en désaccord] * - Les institutions telles que les maisons de retraite devraient garantir l'intimité de manière à ce que les résidents se livre à un comportement sexuel sans crainte d'intrusion ou d'observation [74->94 en accord] ** <p>SAID</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les résidents atteints de démence ne sont pas capables de prendre de décisions concernant la participation à des relations sexuelles. [19->33 en désaccord] * - Deux résidents, l'un atteint de la maladie d'Alzheimer et l'autre qui est cognitivement intact, ont le droit d'être sexuellement intimes tant qu'ils sont tous les deux célibataires et leur relation semble consensuelle. [31->53 en accord] ** - Deux résidents du même sexe ont le droit d'être sexuellement intimes les uns avec les autres aussi longtemps que leur relation apparaît consensuel. [58->84 en accord] ** - Le personnel doit prévoir une place privée pour permettre aux hommes et aux femmes résidents de se livrer à une activité sexuelle, même si les deux sont légèrement altérés en raison de la démence. [43->60 en accord] * - Un résident affichant un comportement hypersexuel doit être transféré hors de l'environnement. [58->77 en désaccord] * <p>(*p<.05, **p<.001)</p> <p>Chi carré ne démontre pas de différence significative en fonction des données démographiques (âge, sexe, expérience, langue, lieu).</p> <p>Catégories non significatives :</p>	
--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Attitudes du personnel, seul 4 sur 10 significatifs - Point de vue du personnel sur l'éducation, seuls 3/10 significatifs - Le personnel considérant son propre parent pris en charge, seul 1/4 plus permissif. - Parmi les inchangés, 7 étaient déjà élevés au pré-test, ce qui a révélé un effet de plafond. 	
<p>Staff members' perceived training needs regarding sexuality in residential aged care facilities.</p> <p>Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R.</p> <p>2017</p> <p>Qualitatif</p>	<p>53 membres du personnel travaillant actuellement dans un des 5 EMS sélectionnés à Barcelone (Espagne)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 hommes - Âgés de 22 à 63 ans - 73,6% mariés - différentes zone socio-économiques - 23 assistants en soins - 30 professionnels (cinq gestionnaires, six éducateurs, cinq infirmières, cinq physiothérapeutes, cinq psychologues et quatre travailleurs sociaux) - Expérience de travail entre 1 et 25 ans 	<p>1. Déterminer si les membres du personnel de RACF percevaient les besoins de formation en matière de sexualité des résidents et quels pourraient être les avantages attendus de cette formation.</p> <p>2. Examiner si les besoins de formation perçus et les avantages attendus diffèrent selon les groupes professionnels (professionnels / cadres / assistants de soins).</p> <p>Les résultats fourniront des informations utiles pour le développement de programmes de formation du personnel</p>	<p>Des entretiens semi-structurés ont été menés entre mars et octobre 2013.</p> <p>Les premières questions ouvertes étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous reçu une formation ou un programme éducatif pour vous aider à résoudre les problèmes de sexualité sur votre lieu de travail ? Si oui, quel type de formation ? • Pensez-vous qu'il serait / était utile de recevoir une telle formation ? Pourquoi ? <p>Les intervieweurs ont posé des questions supplémentaires si les réponses n'étaient pas suffisamment claires ou n'étaient pas liées au thème en question. Ils ont également demandé plus de détails si les répondants soulevaient dans leurs réponses d'autres problèmes liés à la formation. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits intégralement à l'aide du</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 41/53 participants déclarent n'avoir pas reçu de formation - L'associe à des stéréotypes négatifs - Et ne favorise pas la prise en compte. - 7/53 déclarent avoir reçu une formation quelconque assez brève sur la sexualité et le vieillissement au cours de leur formation professionnelle. - Presque toutes trouveraient utile une formation - Avec 2 avantages : connaissances/ attitude (en savoir plus sur la question, évolution des stéréotypes et attitudes négatives) et procédurales (disposer de ressources pour faire face aux situations liées au sexe) <p>Connaissances et attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avantages plus mentionnés par les professionnels que par les assistants, mais pas statistiquement significatifs. - Améliore idées relatives aux préjugés, sujet caché, attitudes péjoratives, ignorance et comportements discriminatoires - Donc permet traitement comme besoin humain naturel, une excuse pour commencer à réfléchir, changer les mentalités pourrait aider à éviter le rejet ou la désapprobation des intérêts sexuels des résidents - 2 disent les PA sont infantilisées - 2 suggèrent formation continue car société évolue et bientôt nouvelles attitudes et attentes des résidents <p>Protocoles</p>	<p>Cet article nous permet d'analyser les besoins des soignants dans les établissements de soins. Ceci nous permettra de relever des obstacles à l'expression sexuelle et à sa prise en charge.</p>

		concernant la sexualité au sein de RACF.	logiciel Audacity (Audacity 2016). Un code a été attribué à chaque entretien, indiquant le sexe, l'âge et le statut du personnel du répondant.	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de la formation dans la formulation de directives et d'outils pratiques pour faire face aux situations impliquant les besoins et les comportements sexuels - Assistants de soins étaient plus susceptibles de mentionner cet avantage que les professionnels / cadres ($p < 0,05$) - Manque de protocoles et d'outils - Engendre pas savoir comment gérer les situations sexuelles - Réponses des assistantes de soins aux situations sexuelles sont diverses, cause de la diversité culturelle des assistants de soins - Manière de gérer influencée par différents facteurs, dont le statut professionnel, et indication que les assistants ont plus besoin de formation au vu du contact. - Permet fournir un ensemble de lignes directrices, moyen de les aider à surmonter ces insécurités 	
<p>'I always look under the bed for a man'. Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: the views of residents with and without dementia</p> <p>Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D., & Beattie, E.</p> <p>2013</p> <p>Qualitatif</p>	<p>16 résidents de 6 EMS de Victoria et du Queensland</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 de Victoria et 6 du Queensland - 9 hommes et 7 femmes - 2 couples mariés (ne partageant pas leur chambre) - Tous sauf 1, âgés entre 79 et 101 ans - 5 diagnostics de démence - Pas de LGBTI 	<p>Cette étude qualitative a permis de connaître l'opinion des résidents sur les besoins et les obstacles à l'expression de la sexualité dans les établissements de soins de longue durée.</p> <p>L'étude de recherche visait à répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les besoins des résidents (sans contrainte) 	<p>Des entretiens semi-structurés d'une durée entre 15 et 60 minutes ont été menés par des chercheurs ayant une formation et une expérience dans la communication avec la démence, se sont déroulés sur 12 mois. Les entretiens ont été enregistrés sur bande audio puis transcrits.</p> <p>Afin de faciliter l'apport de données de recherches précieuses, des stratégies ont été adoptées lors des entretiens avec des personnes démentes :</p> <p>1. Les interrogatoires étaient généralement plus directs et l'exactitude et la stabilité des informations</p>	<p>Il était évident que les résidents interrogés pensaient encore à la sexualité. Pour certains, le besoin d'intimité physique et de relations sexuelles continuaient d'être un aspect important de leur vie dans l'établissement. Pour d'autres, l'expression de la sexualité était désormais marquée par la nostalgie et la perte. L'expression semé d'embûches de la vision de tous.</p> <p>4 catégories :</p> <p>Ça compte encore</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résidents soulignent l'importance de la sexualité, quelle que soit la forme. - Les PA pensent toujours au sexe, même si ce n'est que l'expression pour certains. - Difficile pour ceux qui ont perdu leur partenaire. - Inquiétude d'être découvert - Le toilettage partie importante de la sexualité <p>Réminiscence et démission</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvenirs des relations antérieurs. 	<p>Cet article aborde les perceptions des personnes âgées en EMS sur leur sexualité, il développe leurs besoins et leur barrière à l'expression. Celui-ci nous permettra alors de savoir ce qu'attendent les personnes âgées en home, et les barrières qui entravent cette expression.</p>

		<p>dans leur relation avec la sexualité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les obstacles empêchant les résidents d'exprimer leur sexualité dans un établissement de soins pour personnes âgées ? 	<p>fournies étaient confirmées par les questions des entretiens ultérieurs, qui permettaient de les répéter et de confirmer les problèmes.</p> <p>2. On évitait la fatigue et l'anxiété des participants en répondant de manière appropriée aux réactions émotionnelles et au langage corporel au cours de l'entretien et en adaptant la durée et la cadence de l'entretien en conséquence.</p> <p>Avant chaque entretien, il a fallu passer un peu de temps pour rappeler les objectifs du projet et établir une relation avec les participants.</p> <p>1^{ère} question : À quoi pensez-vous lorsque j'utilise le mot sexualité ?</p> <p>Des questions supplémentaires ont été posées pour approfondir le point de vue des résidents sur l'importance de divers éléments de la sexualité, notamment les relations, l'intimité, les rapports sexuels, la masculinité / la féminité et l'expression sexuelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pour d'autres pas si précieux et disent être dépassés. - D'autre ne se souviennent plus de leurs relations amoureuses. - Certains n'ont pas manifesté d'expressions sexuelles, car se sent dépassés. <p>C'est personnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est une affaire privée pour le couple. - Certains indiquent que ça ne regarde pas la famille. <p>Environnement peu favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lieu pas propice à l'expression - Ne garantit pas l'intimité - Soignants ne frappent pas avant intrusion - Fréquentes intrusions - Certains au contraire trouvent avoir de l'intimité. - Pas d'aménagement pour les couples, lits double. - Chambre intime, pas une bonne idée car tout le monde sait. - Les soignants ne connaissent pas les besoins des PA en expression sexuelle. - Les résidents souhaitent se confier au soignants, mais malaise et tabou. - Manque de temps pour la toilette et soins 	
--	--	--	---	--	--

<p>Sexuality in Residential Aged Care: A Survey of Perceptions and Policies in Australian Nursing Homes</p> <p>Shuttleworth, R., Russell, C., Weerakoon, P., & Dune, T.</p> <p>2010</p> <p>Qualitative</p>	<p>Un échantillon de 250 établissements choisis au hasard</p> <p>Au final : 198</p> <p>Population : directeur, directeur adjoint des soins infirmiers ou gestionnaire de soins</p>	<p>Le but de cette étude était d'identifier, du point de vue des cadres supérieurs, les gammes de situations sexuelles pouvant se développer pour les résidents des établissements de soins pour personnes âgées, ainsi que les réponses des personnes âgées aux expressions sexuelles, la mesure dans laquelle la formation et les protocoles pertinentes sont actuellement mis en place, et enfin les facteurs qui influencent la façon dont ils répondent actuellement.</p>	<p>Sur les 250 installations contactées, 198 entrevues ont été réalisées. Les entretiens, qui ont duré entre 5 et 36 minutes, ont été manuellement enregistrés en tant que notes et reconstruits aussi complètement que possible immédiatement après. Ils étaient semi-structurés autour d'un guide thématique comprenant des informations démographiques de base sur l'établissement (nombre de résidents et de personnel infirmier et proportion de résidents ayant une démence sévère) et cinq questions ouvertes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'expression sexuelle parmi les résidents est-elle un problème dans votre établissement ? 2. Cela crée-t-il des problèmes ou des préoccupations pour le personnel ? Pour les membres de la famille ? Pour le fonctionnement de la facilité ? Pouvez-vous donner des exemples ? 3. Connaissez-vous des possibilités de formation du personnel ou des ressources liées à la sexualité ? Parmi les résidents ? Votre personnel reçoit-il une formation sur la sexualité ? 4. Votre établissement a-t-il une politique écrite sur ce problème ? 	<p>Les résultats ont été classés selon les cinq questions précédentes et en mis en évidence les résultats qui ressortaient le plus souvent</p> <p>Pour la question « La sexualité est-elle un problème dans votre établissement ? » ce qui est ressorti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils mentionnent la problématique du consentement (154 mentions) entre les résidents - Le comportement sexuel désinhibé à la suite d'une démence (135 mentions) - La non-divulgaration d'un comportement sexuel antérieur lors de l'admission (94 mentions) et l'harcèlement et les agressions entre résidents (94 mentions) - les expressions de sexualité envers le personnel (79 mentions) <p>Pour la 2^{ème} question «Quels sont les moyens par lesquels les soignants réagissent à l'expression sexuelle des résidents ?» ce qui est ressorti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'ils se masturbent et que la porte est ouverte, nous la fermerons doucement - en plaçant une pancarte «Ne pas déranger» - le personnel est invité à frapper à la porte et à obtenir la permission d'entrer - Certains membres du personnel ne savent pas comment traiter l'expression de la sexualité <p>Pour la question «Quelles sont les directives politiques pertinentes et la formation du personnel en place ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus de la moitié (N=121) ont déclaré que leur personnel a la possibilité de formation qui comprend du matériel pertinent pour le sujet - Cependant, 56 participants ont indiqué que la formation sur la sexualité ou le «conseil» était 	<p>Cet article aborde les problématiques et obstacles qui surviennent dans les établissements de soins. La finalité de cette étude nous donne des interventions diverses à mettre en place dans les institutions.</p>
---	--	--	--	--	---

			<p>5. Y a-t-il autre chose que vous voudriez ajouter en termes de soins aux personnes âgées et de sexualité ou l'âgés et leur sexualité ?</p> <p>Ces cinq domaines ont fourni une catégorie de priorités pour l'analyse initiale du contenu des données non numériques.</p>	<p>largement "au besoin" en réponse à des incidents spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un petit nombre (N=19) ont déclaré que la sexualité était spécifiquement abordée dans leur Charte formelle des droits des résidents <p>Pour la question «Quels facteurs influencent la façon dont les travailleurs de soins âgés réagissent actuellement?»</p> <p>153 des répondants ont laissé leurs commentaires qui peuvent être classés en trois thèmes, qui reflètent ce que les responsables de soins aux personnes âgées estimaient être les principaux facteurs affectant les établissements comprennent et répondent à la sexualité des résidents âgés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - sociétal croyances et attitudes (mentionnées par 95% de ces répondants) - problèmes spécifiques à la démence (50%) - directives et ressources inadéquates (46%). 	
<p>Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment.</p> <p>Syme, M. L., Lichtenberg, P., & Moye, J.</p> <p>2016</p> <p>Qualitative</p>	20 directeurs de soins infirmiers (DON)	<p>Le but de cette étude était d'explorer les défis et les recommandations des DON liés à la gestion de l'expression sexuelle et du consentement avec les résidents plus âgés, résidents de soin en longue durée</p>	<p>Les données ont été obtenues par le biais d'entretiens approfondis semi-structurés. Les entretiens ont été conçus pour évaluer quatre domaines de l'expression sexuelle et du consentement en soins de longue durée, connaissances, actions, attitudes, et défis / recommandations. Le chercheur principal expérimenté dans les méthodes qualitatives a mené toutes les interviews pour la fiabilité et continuité. Les entrevues téléphoniques ont été enregistrées avec le participant. Pour développer une relation avec les</p>	<p>Les recommandations étaient réparties dans huit catégories, correspondant à plusieurs défis rencontrés par les DON dans la gestion de l'expression et du consentement sexuels.</p> <p>1ère catégorie comprend la résolution du problème</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les DON évoquent le besoin de protocole au niveau institutionnel et national. Cela est lié au défi de la stigmatisation et leur perception que le sexe est ignoré dans les soins. - Les DON recommandent souvent de traiter la sexualité en l'associant avec le besoin de changement d'attitude à l'égard de la sexualité des résidents <p>2ème catégorie veut apporter des changements environnementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs défis liés aux environnements de soins de longue durée ont été identifiés (par exemple, le temps, la vie privée), ce qui a 	<p>Cet article aborde les différents obstacles et facteurs qui entravent l'expression sexuelle. Il nous informe sur des pratiques à mettre en place pour pallier à ces freins sexuels.</p>

			<p>participants, l'intervieweur a fourni des informations supplémentaires. Informations sur l'étude et posé des questions initiales sur leur installation avant de commencer les questions sur l'expression sexuelle. À la fin de l'entretien, les participants ont été invités à poser des questions. Les entretiens duraient généralement entre 45 minutes et 1 heure. Ils ont également été invités à fournir des informations générales supplémentaires (par exemple, sexe, âge, formation, années d'expérience) dans un bref sondage en ligne. Pour assurer la confidentialité des réponses, les participants ont eu un identifiant unique et numérique correspondant aux données de l'entrevue et de l'enquête. Ils ont reçu 50 \$ carte-cadeau pour leur participation</p>	<p>amené les DON à recommander des modifications telles qu'un protocole, des panneaux «ne pas déranger», des lits plus larges ou un lit rapproché</p> <p>3ème catégorie permet d'identifié le personnel compétent</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des médiateurs ont été mentionnés comme une ressource recommandée pour plaider auprès des patients dans des situations complexes (par exemple, implication de la famille) - Plusieurs DON ont également mentionné les avantages potentiels d'avoir un expert sur le terrain - Cependant, d'autres DON ont indiqué qu'un psychologue et / ou psychiatre ne sont pas nécessaire si le soutien à l'expression sexuelle et la gestion des consentements étaient disponibles pour le personnel existant. <p>4ème catégorie formation et éducation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cette catégorie était dominante parmi les recommandations. Tous les DON ont renforcé l'importance d'avoir une formation sur le sujet - Une priorité éducative pour les DON était de sensibiliser davantage le personnel à ses propres attitudes. - Beaucoup de DON ont indiqué être à l'aise de discuter des attitudes vis-à-vis du vieillissement et de la sexualité avec son personnel. <p>5ème catégorie évaluer la sexualité initialement et de manière récurrente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs DON ont recommandé de formaliser les processus d'évaluation sexuelle dans les soins de longue durée, à la fois lors de l'admission et régulièrement pour surveiller les besoins et les comportements des résidents. 	
--	--	--	---	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Certains ont également mentionné l'importance de faire participer la famille à l'évaluation lors de l'admission - Un DON a mentionné avoir un formulaire de «consentement» pour la famille concernant la sexualité des résidents à l'admission <p>6ème catégorie Établir des lois/ procédures pour la gestion de l'expression</p> <ul style="list-style-type: none"> - La majorité des DON ont signalé l'absence de procédure ou de politiques officielles en matière de sexualité. - Beaucoup ont recommandé une politique centralisée et / ou un ensemble de procédures pour guider la gestion de l'expression sexuelle et les questions de consentement <p>7ème catégorie Développer des outils d'évaluation de l'expression et du consentement sexuels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs DON ont fortement recommandé aux établissements d'adopter une forme d'outil structuré ou des directives pour évaluer le consentement sexuel. - De nombreux DON ont également signalé que les décisions en matière de l'expression nécessiteraient une discussion en équipe <p>8ème catégorie Clarifier les questions juridiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les questions juridiques ont été soulignées tout au long des entretiens, chaque DON faisant référence à leur importance. - Le plus souvent, les questions juridiques étaient citées comme un défi majeur pour gérer l'expression sexuelle et les questions de consentement - Ils soulignent également la nécessité de soutenir les améliorations des lois 	
Supporting residents' expression of sexuality: the	46 questionnaires de soins	Le but de cette étude est de décrire le	Le SexAT a été développé en utilisant une conception multi-phase. Un pool initial	Les résultats de l'entretien qualitatif ont confirmé que les articles dérivés de la littérature et	Cette étude analyse l'efficacité d'une

<p>initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities.</p> <p>Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., & Beattie, E.</p> <p>2014</p> <p>Qualitative</p>	<p>5 résidents avec démence</p> <p>11 résidents</p> <p>7 membres de la famille</p>	<p>processus de développement d'un outil d'auto-évaluation pour les EMS.</p>	<p>d'articles a été construit à partir de la littérature. Les articles ont été confirmés par un centre d'interview aux membres du personnel, résidents et membres de la famille des résidents par des installations et un processus Delphi. Les membres de Delphi ont été invités à revoir et à classer l'importance des outils sur une échelle de Likert à 5 points[«Pas du tout important» (1) à «Absolument essentiel» (5)]. En outre, des critiques et des commentaires ont été demandés sur l'utilité, la pertinence et la clarté, la construction et la lisibilité des articles, et s'ils étaient exhaustifs dans leur couverture des questions. Les membres Delphi ont également été invités à fournir, recadrer et éditer autrement des éléments pour améliorer l'outil.</p>	<p>d'autres documents, ont soulevé un certain nombre de questions supplémentaires telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accès des résidents aux services de prostitution - le besoin de soutien pour les membres du personnel qui étaient mal à l'aise avec l'expression d'un résident sur sa sexualité - le manque de disponibilité de lits doubles dans les établissements de soins pour personnes âgées <p>lors du deuxième tour :</p> <p>Le pool d'éléments initial a été envoyé à deux établissements de soins pour personnes âgées pour examen critique et commentaires. Les commentaires des établissements ont identifié un certains nombres de sujets supplémentaires autour de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la tenue des dossiers et la confidentialité des informations - les effets des médicaments - le besoin d'une formation et d'une orientation supplémentaires du personnel - l'existence de contraintes environnementales ayant un impact sur la vie privée - des difficultés à collaborer avec les membres de la famille <p>Sur la base de ces commentaires, des éléments supplémentaires ont été construits et un certain nombre d'éléments ont été reformulés, résultant en un pool initial de 99 articles. Les articles étaient regroupés en sept sections :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) caractéristiques organisationnelles ayant une incidence sur le droit et la capacité à exprimer leur sexualité: politiques et procédures (19 éléments) 2) évaluation et documentation (18 éléments) 	<p>échelle d'évaluation des besoins des personnes âgées. Cet article nous permettra de savoir l'utilité et la nécessité d'outil d'évaluation comme intervention efficace.</p>
--	--	--	--	---	---

			<p>3) formation, connaissances et attitudes du personnel (24 éléments)</p> <p>4) éducation et soutien des résidents (16 éléments)</p> <p>5) éducation et soutien familiaux (8 éléments)</p> <p>6) l'environnement physique (6 éléments)</p> <p>7) la sécurité et les risques (8 éléments).</p> <p>Les 99 éléments regroupés selon les sections ci-dessus ont été évalués. Un taux de 92% (n = 12) de réponses et tous sauf sept éléments ont obtenu une note moyenne de 4 ou plus, représentant un Consensus de 80% sur la pertinence de 92 éléments pour la première intégration de l'outil. Cinq des sept éléments évalués ont été retirés de l'outil. Les deux autres éléments liés à la formation d'une éducation sexuelle aux résidents et à l'obtention d'informations écrites sur les maladies sexuellement transmissibles et la santé sexuelle. Pour le deuxième tour de Delphes, ils ont été jugés trop importants pour être rejetés compte tenu des littératures récente soulignant que chez les personnes âgées l'utilisation du préservatif est faible [33] et l'augmentation des infections transmises [34]. Onze autres articles ont été rejetés, car ils étaient réputés à faire double emploi (n = 6), ou parce qu'ils étaient considérés comme trop personnel /sensible et / ou inapproprié (n = 5). L'Exclusion d'éléments et la fusion a ramené le groupe d'articles à 83 articles. Avant le prochain tour de Delphi, les non-participants Membre Delphi ont été remplacés. Les 83 articles ont à nouveau été envoyés au panneau Delphi à qui on a demandé d'évaluer la pertinence de chaque élément par rapport à la même échelle de Likert en 5 points, en fournissant des données qualitatives. Le taux de réponse était de 100% (n = 13). Trois articles ont obtenu une note moyenne inférieure à 4 sur 5 pour la pertinence et deux de ces éléments ont été supprimés; le fait de fournir</p>	
--	--	--	---	--

				<p>une éducation sexuelle (retenue du tour 1), et de fournir des informations écrites sur les expressions sexuelles en gros caractères aux résidents malvoyants. Le troisième élément classé moins de 4 a été reformulé comme</p> <p>«fournir une assistante sexuelle aux résidents qui demandent et du matériel explicite à utiliser dans l'intimité de leur chambre »aux «résidents qui souhaitent avoir de l'aide pour répondre à leurs besoins sexuels soutenus pour le faire dans l'intimité de leur propre pièce". La note attribuée au poste relatif à fournir des informations écrites sur les maladies sexuellement transmissibles et la santé sexuelle (retenue du tour 1) est passée de 3,8 à 4.et ainsi a été retenue ; cependant, un changement de formulation a été apporté</p> <p>«Maladies» à «infections». Comme lors du premier tour, les commentaires qualitatifs ont identifié 12 autres éléments qui ont été retirés de l'outil. Parce qu'ils étaient répétitifs (n = 10) ou jugés inappropriés pour les personnes atteintes de démence (n = 2), laissant un total final de 69 articles. un troisième tour de Delphes n'a pas été jugé nécessaire.</p>	
--	--	--	--	---	--