

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
ANNE-MARIE FONTAINE

ÉTUDE DESCRIPTIVE EXPLORATOIRE SUR LES PERCEPTIONS DES
INFIRMIÈRES EN CE QUI A TRAIT AUX BESOINS ENTOURANT
LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES RÉSIDANT
EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE

AVRIL 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Au cours des prochaines années, il sera possible d'observer une population de plus en plus âgée, ce qui va amener les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec à prodiguer des soins plus régulièrement auprès des personnes âgées. Ainsi, une augmentation du nombre de résidents requérant des soins de longue durée est envisageable. Les infirmières œuvrant en centre d'hébergement et de soins de longue durée ont donc le devoir de répondre aux différents besoins des personnes âgées qui y résident. Parmi ces besoins se trouvent ceux de partager des moments d'intimité et de sexualité. Nonobstant la reconnaissance de ce besoin fondamental, il n'est pas rare de voir ce besoin compromis, négligé, voire ignoré chez la personne âgée qui est hébergée en CHSLD. Pourtant, l'évaluation de ce besoin fait partie du rôle et du devoir de l'infirmière. Le projet de recherche a donc pour objectif d'explorer les perceptions ainsi que les opinions des infirmières travaillant dans un CHSLD de la région de la Mauricie en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui y résident. Les données ont notamment été recueillies lors d'entrevues auprès de huit infirmières. Les résultats de cette étude descriptive démontrent que les infirmières perçoivent plutôt négativement les besoins entourant la sexualité des aînés qui y sont hébergés. De plus, différents facteurs ont été soulevés par les participantes, facteurs qui semblent représenter une barrière à l'expression de la sexualité et de l'intimité des résidents et cela, en plus de teinter la perception des infirmières. Ces facteurs sont de nature environnementale, sociohistorique ainsi qu'en lien avec l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	x
Liste des abréviations.....	xi
Remerciements.....	xii
Introduction	1
Problématique	4
Exposé du sujet d'étude.....	5
Présentation de la situation	9
Facteurs influençant la problématique	9
Environnement de l'aîné	10
Culture de sensibilité	12
Assistance et satisfaction du besoin humain	15
Fondements empiriques	18
Solutions proposées	22
Question de recherche	22
Objectif de la recherche.....	22
Recension des écrits.....	23
Vieillesse de la population	24
Offres de services de soins et d'assistance de santé pour les personnes âgées.....	27
Perception des infirmières à l'égard des besoins entourant la sexualité des aînés	30
Facteurs susceptibles d'influencer la perception des infirmières	33

Facteurs éthique et politique	34
Facteur déontologique	36
Facteur environnemental	37
Formation des professionnels de la santé sur les besoins entourant la sexualité	39
Cadre de référence	42
Théorie du soin humain de Jean Watson	43
Objectif de la théorie du soin humain	44
Concepts fondamentaux de la théorie du soin humain	44
Méthode	50
Devis de recherche.....	51
Description du milieu de recherche	52
Population ciblée	53
Échantillon	54
Technique d'échantillonnage et recrutement	54
Critères d'inclusion et d'exclusion	55
Contrôle des variables	55
Définitions opérationnelles	56
Déroulement des activités de recherche	59
Instrument de collecte de données	60
Plan d'analyse des données collectées	62
Considérations éthiques	68

Résultats	71
Caractéristiques sociodémographiques des participantes	72
Perception des infirmières concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD	74
Facteurs environnementaux	75
Perception du milieu de vie	76
Aménagement du milieu de vie	77
Contexte organisationnel du travail du personnel	78
Politiques organisationnelles.....	79
Facteurs sociohistoriques	81
Représentation du vieillissement	82
Aspect tabou.....	83
Représentation sociale de la sexualité de l'aîné.....	85
Bienfaits de la sexualité.....	88
Droit à la sexualité.....	88
Personnel soignant en désaccord avec la sexualité des résidents.....	89
Assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité	90
Personnes impliquées dans l'assistance des besoins entourant la sexualité.....	92
Direction	93
Infirmières	94
Préposés aux bénéficiaires	94
Situations reliées à la sexualité.....	95
Restrictions à la sexualité en CHSLD	97

Solutions tentées.....	98
Rôles infirmiers concernant les activités reliées à la sexualité chez les résidents	100
Enjeux concernant la sexualité chez les résidents	103
Personnes âgées qui désirent maintenir une sexualité en CHSLD	105
Personnes âgées qui désirent maintenir une sexualité dans la société ..	106
Nouvelle génération d'ainés	106
Formation reçue.....	107
Stratégies pour améliorer l'assistance	107
Discussion	110
Discussion des résultats associés aux facteurs environnementaux.....	111
Discussion des résultats associés aux facteurs sociohistoriques	114
Discussion des résultats associés aux facteurs reliés à l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité	118
Limites de la recherche	122
Retombées attendues	124
Recommandation pour la pratique	125
Recommandation pour la recherche	126
Conclusion	127
Références	130
Appendice A -Formulaire de consentement à l'étude	142
Appendice B -Grille d'entrevue du projet	149
Appendice C -Certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ	154
Appendice D -Deuxième certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ	156
Appendice E - Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'UQTR	158

Appendice F - 'Deuxième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'UQTR	160
Appendice G -Entente relative à la réalisation de la recherche entre l'UQTR et le CIUSS MCQ	162
Appendice H -Troisième certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ	169
Appendice I - Quatrième certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ	171
Appendice J - Formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation du projet de recherche.....	173
Appendice K -Troisième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'UQTR	176
Appendice L - Quatrième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'UQTR	178
Appendice M- Cinquième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'UQTR	180
Appendice N -Sixième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'UQTR	182
Appendice O -Septième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'UQTR	184

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques des participantes	72
2	Années d'expérience dans la profession et en CHSLD	73

Liste des figures

Figure

1	Arbre thématique des facteurs ayant un impact sur la perception des infirmières concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD	75
2	Arbre thématique des facteurs environnementaux ayant un impact sur la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD.....	76
3	Arbre thématique des facteurs sociohistoriques ayant un impact sur la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD.....	82
4	Arbre thématique des facteurs reliés à l'assistance du personnel ayant un impact sur la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD	92

Liste des abréviations

Abréviation

CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CNEV	Comité national d'éthique sur le vieillissement
CSSSTR	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
MRC	Municipalités régionales de comté
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu être possible sans la contribution, la collaboration et le soutien de plusieurs personnes qui m'ont entourée tout au long de ce travail qui fut de longue haleine.

Je tiens tout d'abord à remercier madame France Cloutier, Ph. D., professeure au département des sciences infirmières et directrice de ce mémoire. Ce fut un privilège de pouvoir bénéficier de ses précieux conseils ainsi que de son soutien tout au long de cette grande aventure qu'est la maîtrise et la rédaction d'un travail de cette ampleur. Son expertise, ses connaissances, son encadrement et sa rigueur ont été une ressource inestimable à l'accomplissement de ce mémoire.

J'aimerais remercier le personnel du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec de m'avoir si bien accueillie dans le milieu pour effectuer ma recherche. Dans le même ordre d'idées, j'aimerais exprimer toute ma gratitude aux infirmières qui ont généreusement offert de leur temps précieux afin de prendre part aux entrevues. Je tiens donc à remercier personnellement chacune d'elles car sans leur participation, le projet de recherche n'aurait pu être accompli.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers mes parents Pierre Fontaine et France Croteau d'avoir toujours cru en l'importance des études, d'avoir

toujours cru en moi ainsi qu'en mes capacités de réussir un tel projet. Merci non seulement pour leur soutien et leurs encouragements mais également pour m'avoir transmis des valeurs telles que le dépassement de soi, la persévérance ainsi que la ténacité. Ces valeurs m'ont permis de mener à terme cette recherche et de réaliser mon souhait d'accomplir des études de deuxième cycle.

J'aimerais également adresser un merci spécial à mon conjoint Marc-Antoine Bergeron qui a su être présent dans les bons moments et les moments plus difficiles que représente ce merveilleux, mais au combien exigeant parcours académique. Merci pour le soutien apporté et la patience montrée dans ces moments de réflexion et de questionnement. Finalement, merci pour la présence et la compréhension envers ma conciliation études, travail et famille.

Enfin, j'aimerais remercier toutes les personnes qui ont pu contribuer à ce présent ouvrage ainsi que toutes celles qui prendront le temps de lire ce mémoire.

Introduction

Au cours des dernières années, il fut possible d'observer un accroissement du vieillissement de la population québécoise, soit un vieillissement qui s'intensifiera inéluctablement au cours des prochaines années (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Choinière, 2010; Azeredo & Payeur, 2015). En raison de ce vieillissement important de la population québécoise, il s'avère possible d'envisager que le nombre de personnes requérant des soins de longue durée augmentera également. Les infirmières¹ œuvrant en soins de longue durée, telles que celles travaillant en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), ont non seulement le devoir mais aussi l'obligation de répondre aux différents besoins des résidents. Parmi ces besoins, figure celui de la sexualité. D'ailleurs, la sexualité demeure un élément important pour plusieurs personnes et cela, indépendamment de l'âge (Bauer et al., 2014; Doussot, 2008). Toutefois, malgré la reconnaissance de ce besoin fondamental, il demeure fréquent que ce dernier se trouve compromis (Bauer et al., 2013; Vermette & Vonarx, 2021), négligé, voire ignoré, chez la personne âgée demeurant en CHSLD (Everett et al., 2010; Hajjar & Kamel, 2003; Vermette & Vonarx, 2021).

Les professionnels de la santé constituent un facteur majeur pouvant exercer une influence sur la satisfaction du besoin entourant la sexualité de l'aîné. Les attitudes, les connaissances et les perceptions des infirmières à ce sujet font d'ailleurs l'objet de

¹ Le présent ouvrage est rédigé au féminin pour désigner les infirmières et les participantes, afin d'alléger le texte, et ce, sans préjudice pour la gent masculine.

quelques études comme celles réalisées par Bauer et al. (2013), Bonds-Raacke & Raacke, (2011), Bouman et al. (2007), Di Napoli et al., (2013), Ehrenfeld et al., (1999) ainsi que par Gilmer et al., (2010). Cependant, ces études proviennent principalement de pays étrangers tels que l'Australie (Bauer et al., 2013), les États-Unis (Bonds-Raacke & Raacke, 2011; Di Napoli et al., 2013), le Royaume-Uni (Bouman et al., 2007), Israël (Ehrenfeld et al., 1999) et la Nouvelle-Zélande (Gilmer et al., 2010). C'est pour cette raison qu'il devient pertinent, dans le cadre de la présente étude descriptive, d'explorer et de décrire la perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des aînés résidant en CHSLD au Québec, soit plus précisément dans la région de la Mauricie.

Dans le présent mémoire, la problématique a pour objectif de détailler l'argumentaire. Cette section présente notamment l'exposé du sujet d'étude, la situation, les fondements empiriques, les solutions proposées, la question de recherche ainsi que l'objectif de recherche. Par la suite, la recension des écrits fait état des concepts importants de l'étude. Le cadre de référence choisi, soit la théorie du soin humain de Jean Waton, est mis en évidence et la méthode employée au cours de la présente étude est décrite. Les résultats obtenus sont présentés de même qu'une discussion sur les résultats de la recherche. Pour terminer, la conclusion énonce un résumé des différents constats et enjeux proposés au cours du présent ouvrage ainsi que diverses recommandations en lien avec la profession infirmière.

Problématique

La section qui suit a pour objectif d'exposer la problématique que constitue la minimisation, voire l'ignorance, du besoin et du droit des résidents demeurant en CHSLD de préserver des moments empreints de sexualité. Cette section est notamment divisée en cinq parties, soit l'exposé du sujet d'étude, la présentation de la situation, les fondements empiriques, les solutions proposées puis, en dernier lieu, la question de recherche ainsi que l'objectif de la recherche.

Exposé du sujet d'étude

Les résidents des CHSLD continuent d'avoir un intérêt pour la sexualité. En effet, chez l'être humain, la sexualité est un besoin qui persiste normalement tout au long de la vie (Kazer, 2013; Bardell et al., 2011; Bauer et al., 2014; Gilmer et al., 2010; Vermette & Vonarx, 2021) et pour lequel aucun âge limite existe (Archibald, 1998). Il est alors erroné de penser que le désir sexuel de l'ainé diminue tout comme sa santé lors de l'apparition d'une pathologie, autant physique que psychologique (Alagiakrishnan et al., 2005). Dans une même optique, il s'avère également faux de croire que, lors de leur admission en CHSLD, les personnes âgées délaissent soudainement leurs besoins de sexualité (Bauer et al., 2014; Di Napoli et al., 2013) renonçant ainsi à leurs sentiments, à leurs désirs et à leurs pensées les plus intimes. Pourtant la sexualité demeure bien souvent un élément ignoré du bien-être de l'ainé (Mahieu et al., 2013; Elias & Ryan, 2011; Vermette & Vonarx, 2021).

Il est important de mieux comprendre la réalité de la vie sexuelle des personnes âgées résidant en CHSLD pour de nombreuses raisons. La première raison, tandis que le vieillissement de la population semble être un phénomène récent dans les pays en voie de développement (Azeredo & Payeur, 2015), la situation est différente dans les pays développés, tels qu'au Canada, où le phénomène est présent depuis les dernières décennies (Statistique Canada, 2015a). Le Québec connaît également un vieillissement important de sa population. Plus précisément, au cours de l'an 2006 à l'an 2056, la proportion d'aînés de 65 ans et plus, au sein de la population totale, doublera, passant ainsi d'un taux de 14 % à 28 % (Michaud & Francoeur, 2012). Cela représentera une augmentation d'un million d'aînés âgés de 75 ans et plus, en 2056, comparativement au contexte démographique observé en 2006 (Michaud & Francoeur, 2012).

Dans ce même ordre d'idées, il importe de mentionner que l'espérance de vie actuelle de la population québécoise compte parmi les plus élevées en Amérique du Nord (Institut national de la santé publique du Québec, 2024). Actuellement, au Québec, l'espérance de vie à la naissance est de 81,1 ans chez l'homme et de 84,9 ans chez la femme (Institut de la statistique du Québec, 2022). De plus, il est prévu qu'au cours des prochaines années, l'espérance de vie continuera d'augmenter au Québec. En fait, elle devrait être de 87,8 ans chez l'homme et à 90,1 ans chez la femme en 2060-2061 (Institut de la statistique du Québec, 2014).

Une autre raison de l'importance de mieux comprendre la réalité de la vie sexuelle des personnes âgées hébergées en CHSLD s'explique par le fait que le nombre de demandes d'admission en CHSLD est susceptible d'augmenter. De ce fait, afin de s'adapter aux transformations sociétales québécoises, telles que celles liées au vieillissement de la population, des politiques gouvernementales sont adoptées. C'est notamment le cas de la politique adoptée en mai 2012, s'intitulant *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec* (Gouvernement du Québec, 2012). Entre autres, cette politique a pour objectif de permettre aux personnes âgées qui le désirent de demeurer à leur domicile le plus longtemps possible tout en assurant leur sécurité (Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012). Toutefois, approximativement 34 122 personnes âgées résident actuellement en CHSLD, ce qui représente 2,7 % de l'ensemble des aînés québécois âgés de 65 ans ou plus (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2014). De plus, dû au vieillissement de la population, il est possible de constater que le nombre de demandes en soins de longue durée augmente depuis les dernières années (Protecteur du citoyen, 2021). De cette façon, le nombre de personnes âgées résidant en CHSLD qui seront touchées par la problématique de la minimisation de leurs besoins entourant leur sexualité sera possiblement amené à augmenter également dans un futur proche.

La troisième raison de l'importance de mieux comprendre la réalité de la vie sexuelle des aînés résidant en CHSLD s'explique par le fait que le portrait type des aînés

qui y résident tend à changer. Afin de pouvoir considérer le portrait global de la situation, il est important de connaître le portrait des résidents actuels ainsi que les futurs résidents des CHSLD. En fait, la génération des baby-boomers fait présentement leur entrée dans les CHSLD (Choinière, 2010; Bauer et al., 2013), c'est-à-dire les personnes nées après la seconde guerre mondiale, soit au cours des années 1946 à 1965 (Statistique Canada, 2011a). Ces baby-boomers ont notamment connu la révolution sexuelle survenue au milieu des années 1960 (Ewen & Brown, 2012), soit au moment où la première vague de ces baby-boomers était âgée de 20 ans (Weinberg, 2002). Plus précisément, c'est au cours du milieu des années soixante et de celles qui ont suivi qu'il fut possible de remarquer le port de vêtements beaucoup plus courts, d'apercevoir de la nudité au cinéma, d'observer une hausse des divorces ainsi que des unions libres et cela, en plus de constater l'apparition de pratiques sexuelles libres et beaucoup plus diversifiées (Weinberg, 2002). De plus, plusieurs auteurs affirment que la génération des baby-boomers éprouve davantage de confiance dans la communication de leurs besoins entourant la sexualité (Bauer et al., 2013; Vermette & Vonarx, 2021), ce qui est également susceptible de se refléter une fois en CHSLD. Nonobstant cette génération qui a commencé son entrée dans les CHSLD au cours des dernières années, la notion de sexualité dans ces centres d'hébergement représente un sujet d'actualité, car la recherche a déterminé que plusieurs aînés aimeraient avoir l'occasion de discuter de leurs préoccupations sexuelles avec un professionnel de la santé (Gott et al., 2004; Trudel, 2018). De plus, il est important de se rappeler que beaucoup d'aînés appartenant à la génération précédant celle des baby-boomers ont vécu à une époque où les connaissances en matière de sexualité étaient restreintes, non

disponibles et mitigées (Archibald, 2003). L'infirmière peut alors avoir un rôle majeur à jouer au niveau de l'enseignement et de la sensibilisation en matière de sexualité auprès de cette clientèle.

Bref, étant donné le vieillissement de la population québécoise, de la possible augmentation de la demande en soins de longue durée ainsi que l'expression plus fréquente de la nécessité de satisfaire le besoin entourant la sexualité chez les futurs résidents, il apparaît essentiel de mieux connaître les facteurs pouvant conduire et expliquer la problématique de la minimisation, voire de l'ignorance, des besoins et des droits des personnes âgées résidant en CHSLD de préserver des moments de sexualité.

Présentation de la situation

Facteurs influençant la problématique

Plusieurs facteurs peuvent avoir un impact considérable sur la satisfaction du besoin entourant la sexualité de la personne âgée résidant en CHSLD favorisant ainsi, parfois, l'insatisfaction de ce besoin. Toutefois, il existe un manque de recherches sur les facteurs qui influencent l'expression de la sexualité des aînés dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (Elias & Ryan, 2011). Nonobstant ce fait, la recension des écrits réalisée dans la présente étude a tout de même permis de répertorier

divers facteurs ayant un impact sur la satisfaction du besoin entourant la sexualité de la personne âgée résidant en CHSLD. Ces facteurs sont regroupés selon trois catégories, lesquelles sont : l'environnement de l'ainé, la culture de sensibilité ainsi que les facteurs en lien avec l'assistance et la satisfaction du besoin humain. Les trois catégories de facteurs sont notamment décrites dans les sections suivantes.

Environnement de l'ainé

La première catégorie de facteurs est celle de l'environnement de l'ainé. Bien que le vieillissement entraîne de nombreuses modifications susceptibles d'influencer l'expression de la sexualité de l'ainé, cette dernière demeure tout de même possible, sauf si l'environnement intervient comme un obstacle (Friedeman, 1979). D'ailleurs, les écrits scientifiques montrent que l'environnement du CHSLD peut engendrer son lot de contraintes qui peut nuire considérablement à la satisfaction du besoin entourant la sexualité de la personne âgée qui y réside. L'architecture des établissements pour personnes âgées ne laisse pas toujours la place à l'intimité qui est nécessaire pour satisfaire le besoin de sexualité de ces dernières (Pueblas, 2011; Vermette & Vonarx, 2021). Il est possible de penser à ce qui se fait ici au Québec où le partage des chambres entre deux ou trois résidents représente une façon de faire qui peut être fréquemment observée en CHSLD (Association québécoise des retraités des secteurs public et parapublic, 2014; Gouvernement du Québec, 2020). Le fait de voir séparer sa section de chambre de celle de son voisin par un simple rideau est susceptible d'être dissuasif pour un résident qui

désire satisfaire son besoin entourant la sexualité. De surcroît, les centres d'hébergement qui fournissent des lits doubles semblent être quasi inexistantes (Bouman et al., 2007; Pueblas, 2011). En fait, certaines personnes âgées peuvent rencontrer quelques changements physiologiques en vieillissant, comme de la douleur chronique ou de l'arthrite, qui peuvent nuire considérablement à leur capacité à apprécier les moments de sexualité (National Institute on Aging, 2013). Le fait de n'offrir que des lits simples peut donc s'avérer contraignant pour la personne âgée qui éprouve de la difficulté à se mouvoir aisément.

D'autres éléments de l'environnement des CHSLD peuvent représenter un obstacle à la sexualité de l'ainé qui y est hébergé. Notons, par exemple, l'absence de lignes directrices et de politiques en ce qui a trait à la sexualité dans les centres d'hébergement (Parkin, 1989). De cette façon, autant les professionnels de la santé que les résidents peuvent ne pas se sentir soutenus par la direction des centres. Ils peuvent également ne pas savoir ce qui est autorisé ou encore, ce qui peut être dissuasif pour les résidents. Il est vrai que le fait de ne pas adopter de politiques claires en matière de sexualité peut nuire à la satisfaction de ce besoin mais parfois, la mise en vigueur de certaines politiques peut s'avérer tout aussi contraignante. Ainsi, de nombreux établissements maintiennent des règles et des mesures sévères afin d'interdire toute activité sexuelle (Bouman et al., 2007).

Culture de sensibilité

La deuxième catégorie de facteurs susceptible d'influencer la satisfaction du besoin entourant la sexualité de l'ainé résidant en CHSLD s'avère être la culture de sensibilité. Notons, par exemple, les mythes ainsi que les stéréotypes circulant dans la société ou encore les idées préconisées par cette dernière (Vermette & Vonarx, 2021). Parmi les éléments préconisés par la société, figure celui de la valorisation de la jeunesse et de la beauté (Giami, 2024). Par conséquent, la sexualité et la personne âgée sont perçues comme deux notions contradictoires qui ne peuvent pas aller de pair (Bauer & Geront, 1999). Bref, pour certaines personnes, la sexualité serait réservée strictement aux jeunes personnes (Lyder, 1994). Dans le même ordre d'idées, la sexualité fut longtemps associée à la possibilité de procréation (Doussot, 2008; Plaza, 2014). De ce fait, la personne âgée était donc exclue de toute la dimension de la sexualité. Toutefois, même si l'association entre la sexualité et le rôle de la fécondation peut sembler désuète, elle demeure néanmoins présente pour de nombreuses personnes qui maintiennent des valeurs religieuses (Djellal & Plaza, 2013). Bien qu'avec l'évolution de la société, il est possible de remarquer une certaine laïcisation, il demeure toutefois démontré que plus une personne pratique une religion, plus elle risque d'être restrictive envers la sexualité de l'ainé (Bonds-Raacke & Raacke, 2011). Cela n'est pas sans impact car, pour de nombreuses personnes âgées, la principale source de conseils s'avère régulièrement être une personne avec un statut religieux, tel que celui de curé (Bonds-Raacke & Raacke, 2011).

Un autre facteur appartenant à la culture de sensibilité pouvant expliquer la minimisation et l'ignorance du besoin entourant la sexualité de l'aîné vivant en CHSLD est susceptible d'être en lien avec le fait que la sexualité de l'aîné demeure un sujet tabou dans la société (Bouman et al., 2007; Plaza, 2014) et cela d'autant plus lorsque l'aîné demeure en institution (Djellal & Plaza, 2013). D'ailleurs, le philosophe Jean-Phillipe Druet (1994) émet une explication sur ce sujet en mentionnant que:

Notre société connaît deux grands tabous: l'un porte sur le sexe et l'amour, l'autre sur la mort. Tous deux ont légèrement reculé depuis 30 ans, mais sont loin de disparaître. Or, la sexualité « des vieux » fait converger les deux tabous, qui, dès lors, ne se contentent plus de s'additionner, mais se multiplient l'un par l'autre. (p. 69)

En fait, l'évocation du sujet de la sexualité semble occasionner un certain malaise pour plusieurs personnes en plus de générer son lot d'idées erronées (Friedeman, 1979). D'ailleurs, les écrits scientifiques montrent que les croyances erronées sont nombreuses dans la collectivité. On note, parmi ces dernières, le fait de croire que le besoin entourant la sexualité disparaît chez la personne âgée (Bauer & Geront, 1999) ou encore que la personne âgée ne porte plus d'intérêt, voire d'importance, à la sexualité (Bauer & Geront, 1999; Bauer et al., 2013). Une autre croyance bien répandue dans la société est celle de croire que l'aîné n'a plus la capacité de maintenir une vie sexuelle active (Djellal & Plaza, 2013; Meuris, 2007). Par exemple, plusieurs personnes croient que la personne âgée est physiquement fragile et que le fait de maintenir une sexualité risquerait d'engendrer de l'inconfort pour cette dernière et même de la douleur (Meuris, 2007).

Dans la culture actuelle, de nombreuses perceptions négatives à l'égard de la personne âgée et de la sexualité sont répandues. Ainsi, pour de nombreuses personnes, la seule pensée d'un aîné sexuellement actif s'avère désagréable (Bauer & Geront, 1999; Lyder, 1994) laissant ainsi présager que le désir sexuel à partir d'un certain âge serait non convenable (Daydé, 2009). D'autres personnes pensent que la sexualité n'a pas lieu d'être au sein des centres pour aînés (Bauer & Geront, 1999). Il est important de mentionner que les perceptions négatives ainsi que les mythes et les stéréotypes qui circulent dans la société peuvent également toucher les familles des personnes âgées dont celles vivant en CHSLD. Cela peut avoir un impact considérable sachant que la famille peut parfois être source de conseils pour les aînés et parfois même être mandatée pour prendre les décisions en ce qui les concerne. Ainsi, pour de nombreuses familles, la sexualité de leurs proches représente également un sujet tabou et cela d'autant plus lorsque leurs êtres chers sont hébergés (Ollagnier et al., 2011). En fait, selon Meuris (2007), il deviendrait difficile dès la sortie de l'enfance de percevoir ses parents comme des êtres sexués. Cette difficulté à s'imaginer ses parents comme sexuellement actifs semble se poursuivre ou même s'intensifier à mesure que les parents accroissent en âge. En effet, diverses familles expriment ressentir un véritable malaise envers la sexualité de leurs proches en institution (Ehrenfeld et al., 1999).

Assistance et satisfaction du besoin humain

La troisième catégorie de facteurs susceptibles d'influencer la satisfaction du besoin entourant la sexualité de l'ainé résidant en CHSLD s'avère être l'assistance et la satisfaction du besoin humain. En fait, ce dernier facteur pourrait expliquer par le fait même la minimisation et l'ignorance de ce besoin chez les résidents. Par exemple, la santé sexuelle est régulièrement considérée comme un synonyme de santé physique, c'est-à-dire qu'il est souvent confondu santé sexuelle et bon fonctionnement sexuel (Bauer et al., 2013). Vermette et Vonarx (2021) mentionnent d'ailleurs que les soins sont généralement centrés sur les problèmes et leurs conséquences et cela au détriment de la promotion de la santé sexuelle. D'ailleurs, dans les écrits scientifiques, cela ne semble point différer car il est également fréquent d'associer les thèmes bien-être sexuel, santé sexuelle et fonction sexuelle comme s'ils étaient antonymes au thème dysfonction sexuelle (Boucher, 2014).

De plus, la dominance de la recherche porte sur le dysfonctionnement sexuel et tend à créer une conception qui favorise le stéréotype de l'ainé qui n'est pas intéressé par la sexualité (DeLamater, 2012). Il est vrai que certains problèmes aigus de santé physique ou certains problèmes chroniques pouvant survenir normalement avec l'âge peuvent compromettre la santé sexuelle des personnes âgées (Kazer, 2013; Vermette & Vonarx, 2021; Wallace, 2004). Parmi les maladies pouvant augmenter la probabilité d'un dysfonctionnement sexuel ou encore pouvant modifier l'expression sexuelle, se trouvent les maladies cardio-vasculaires, les troubles respiratoires, les cancers (Steinke, 2013), les

démences (Robinson & Davis, 2013), l'arthrite (Wallace, 2004), la douleur, le diabète, l'incontinence, les accidents vasculaires cérébraux et les dépressions (National Institute on Aging, 2013). De plus, les systèmes nerveux, sanguin et endocrinien rencontrent également des changements qui influencent la santé sexuelle (Vermette & Vonarx, 2021). De plus, divers médicaments pris pour contrôler, traiter ou guérir ces différentes pathologies peuvent également avoir un impact sur la santé et le fonctionnement sexuel (Kazer, 2013; Roney & Kazer, 2015). Toutefois, même s'il ne faut pas nier les changements somatiques et psychologiques qui se produisent avec le vieillissement, il faut savoir qu'ils n'engendrent en aucun cas un obstacle important à l'activité sexuelle (Meuris, 2007).

D'ailleurs, le rôle de l'infirmière œuvrant en soins de longue durée comme en CHSLD est essentiel afin d'aider les résidents âgés à maintenir une santé sexuelle ainsi qu'un bien-être sexuel (Kazer, 2013). Elle peut, notamment, aider la personne âgée en lui fournissant de précieux conseils (Friedeman, 1979). Toutefois, pour être en mesure d'aider les personnes âgées à exprimer leur sexualité tout en répondant à leurs questions et en les conseillant, les infirmières doivent être bien outillées et bien formées sur ce sujet. Toutefois, tel n'est pas le cas, les infirmières semblent avoir un manque de connaissances en ce qui a trait à la sexualité chez la personne âgée (Lyder, 1994) et cela, en plus d'être très peu formées sur l'éducation à la sexualité chez cette clientèle spécifique (Bauer et al., 2013; Vermette & Vonarx, 2021).

De plus, le nombre d'études portant sur l'aspect médical de la sexualité se réalise au détriment des aspects sociaux, psychologiques et relationnels entourant la sexualité (Tiefer, 2007), ce qui risque de teinter l'opinion des professionnels de la santé dont, par le fait même, celle des infirmières. D'autres facteurs, tels que les stéréotypes et les croyances entourant la sexualité de l'aîné qui circulent dans la société, peuvent altérer les perceptions des infirmières. Par exemple, la croyance que la sexualité de la personne âgée est inconcevable et inacceptable semble être largement transmise aux intervenants des institutions gériatriques (Lyder, 1994). Par la suite, ces croyances sont propagées par le personnel moins instruit, ce qui a pour conséquence de contribuer à asexuer l'environnement de soins de longue durée (Lyder, 1994; Vermette & Vonarx, 2021). D'ailleurs, pour certains auteurs, il semblerait évident que la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement dépendrait en grande partie des croyances et des attitudes du personnel (Lyder, 1994), dont celles des infirmières. Toutefois, dû à l'aspect tabou qu'est la sexualité de l'aîné, la perception de l'infirmière à ce sujet est peu explorée, car elle semble s'en trouver également taboue. Cela est problématique en soi puisque les infirmières jouent un rôle majeur dans les soins et dans la vie des aînés résidant en CHSLD.

L'ensemble des facteurs en lien avec l'environnement de l'aîné, la culture de sensibilité ainsi qu'avec l'assistance et la satisfaction du besoin humain peuvent contribuer à divers degrés à la problématique de la minimisation et de l'ignorance du besoin entourant la sexualité de la personne âgée résidant en CHSLD. Par ailleurs, il s'avère important de

s'intéresser à cette problématique en raison du fait que l'insatisfaction de ce besoin est reliée, selon plusieurs auteurs, à la présence de symptômes dépressifs (Nicolosi et al., 2004; Tower & Krasner, 2006). Il est donc possible que la qualité de vie ainsi que la santé de ces personnes soient compromises. De plus, l'insatisfaction du besoin entourant la sexualité représente un problème en soi car cela prive la personne touchée de tous les bénéfices et bienfaits qu'engendre l'assouvissement de ce besoin. Bienfaits et bénéfices qui seront d'ailleurs présentés dans la prochaine section de ce mémoire, soit la section portant sur les fondements empiriques.

Fondements empiriques

Il s'avère essentiel de s'intéresser à la problématique de la minimisation et de l'ignorance du besoin entourant la sexualité de la personne âgée résidant en CHSLD car cela est susceptible de priver l'aîné de la satisfaction d'un besoin fondamental (Lindau et al., 2007). En fait, selon la théorie dynamique holistique de Maslow (1954), soit la théorie de la motivation humaine ou plus communément connue sous l'appellation de la théorie des besoins de Maslow, la sexualité constitue un besoin fondamental chez l'être humain. Sommairement, cette théorie propose différents besoins hiérarchisés en cinq catégories distinctes. La hiérarchisation des besoins est régulièrement représentée par une pyramide, et ce, malgré le fait que Maslow n'ait jamais proposé un tel schéma pour illustrer sa théorie (Perrault Sullivan, 2015). En définitive, ces besoins vont des besoins physiologiques aux

besoins de sécurité, d'appartenance et d'amour, d'estime de soi et finalement, aux besoins d'accomplissement de soi (Maslow, 1954).

En fait, toujours selon la théorie de Maslow (1954), la sexualité représente un besoin fondamental au même titre que tous les autres besoins physiologiques, tels que le besoin de boire, de manger, de se vêtir, de dormir et de se loger. De plus, selon cette théorie, les besoins physiologiques, dont le besoin de sexualité, représentent un besoin de première importance, et ce, peu importe le contexte dans lequel ce besoin est vécu (Maslow, 1968), tel que dans un contexte de vieillesse ou de maladie. Cette théorie stipule également que si l'organisme est dominé par un besoin qui n'est pas satisfait, l'avenir de l'individu en sera assurément modifié. Ainsi, tout besoin de niveau hiérarchique supérieur sera alors perçu comme futile, voire secondaire (Maslow, 1954). En d'autres termes, si un besoin fondamental physiologique tel que celui de la sexualité n'est pas satisfait, il y aura nécessairement des impacts sur les besoins des niveaux supérieurs, notamment les besoins de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi et d'accomplissement car ils ne pourront jamais être totalement comblés. C'est donc la satisfaction d'un besoin qui permet d'accéder à un niveau supérieur de la pyramide des besoins de Maslow, ce qui rend possible l'évolution de l'homme (Maslow, 1954).

Il s'avère important de s'intéresser au problème de la minimisation du besoin entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD car la sexualité constitue,

tel que mentionné précédemment, un besoin fondamental (Lindau et al., 2007). La sexualité est aussi directement liée à la santé (Waite & Das, 2010), à la qualité de vie (Bauer et al., 2013), au bien-être psychologique (Wylie, 2004) en plus d'être associée au plaisir, à la réduction de la tension, à la communication, à l'affirmation de son corps ainsi qu'aux sentiments d'identité et de sécurité (Nay, 1992). La sexualité engendre également plusieurs bénéfices tant au niveau cardio-respiratoire, esthétique que psychologique (Souchon, 2009).

Il est également important de s'attarder au problème retenu dans la présente étude car le besoin entourant la sexualité ne disparaît pas avec l'âge (Djellal & Plaza, 2013) et demeure important pour plus de la moitié des aînés en hébergement (Hubbard et al., 2003). Par ailleurs, les travaux de Laumann et Waite (2008) montrent que la sexualité continue d'être importante pour 79 % des hommes et 65 % des femmes âgés de 60 à 69 ans. Les besoins d'ordre sexuel et l'intérêt de maintenir une sexualité active demeurent également malgré la présence d'une maladie physique ou de plusieurs pathologies physiques (Moreira et al., 2005).

Malgré la reconnaissance des bénéfices de la sexualité chez l'aîné, la sexualité se trouve rarement abordée dans les écrits comme dans la pratique (Syme, 2014). Par exemple, des intervenants de certains centres d'hébergement négligent souvent de percevoir la sexualité comme un besoin fondamental, ce qui compromet la satisfaction de ce besoin (Bauer et al., 2014). Cela peut notamment expliquer le fait que le personnel

soignant ignore fréquemment ce besoin (Bauer et al., 2013) et particulièrement en centre d'hébergement pour aînés (Hajjar & Kamel, 2003). D'ailleurs, il semble difficile pour le personnel infirmier de percevoir la personne âgée comme un être présentant des besoins sexuels. L'expression de la sexualité est donc régulièrement perçue comme un problème de comportement plutôt qu'un besoin (Gastmans, 2014) et où les éléments négatifs en lien avec une hypersexualité priment (Lefebvre des Noettes & Gauillard, 2015). En fait, les infirmières mentionnent qu'elles se sentent confuses, embarrassées, en colère ou encore dans le déni lorsqu'elles sont confrontées à l'expression du besoin entourant la sexualité de la personne âgée (Gastmans, 2014). Cela représente une véritable problématique ou même une double problématique car les valeurs représentent le fondement des opinions et des comportements des individus (Potvin, 2015) en plus d'orienter leurs actions (Pronovost & Royer, 2004). Ainsi, les attitudes négatives des professionnels soignants sont susceptibles d'influencer directement l'expression de la sexualité des personnes âgées et, par le fait même, la qualité des soins qui leur sont offerts (Tabak & Shemesh-Kigli, 2006). Il apparaît alors important de s'intéresser à la perception des infirmières travaillant en CHSLD en ce qui a trait au besoin entourant la sexualité des personnes âgées qui y résident. La prochaine section de ce présent travail a pour objectif de présenter la solution proposée.

Solutions proposées

Le présent projet de recherche s'avère pertinent et justifié puisqu'il permet d'offrir une meilleure connaissance des perceptions des infirmières travaillant en CHSLD en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées qui y résident. Par conséquent, sachant que les infirmières jouent un rôle majeur dans les soins et dans la vie des aînés et que les écrits sont peu nombreux sur le sujet, il apparaît pertinent de conduire une étude exploratoire afin de mieux documenter la perception des infirmières travaillant dans un CHSLD de la Mauricie à l'égard des besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui y résident.

Question de recherche

La question de recherche retenue pour mener la présente étude est la suivante :
Quelles sont les perceptions des infirmières travaillant dans un établissement de la région de la Mauricie en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD?

Objectif de la recherche

L'objectif de la présente recherche est d'explorer les perceptions ainsi que les opinions des infirmières travaillant dans un CHSLD de la région de la Mauricie à l'égard des besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui y résident.

Recension des écrits

La recension des écrits scientifiques a permis de collecter des informations sur les besoins entourant la sexualité des personnes âgées ainsi que sur les infirmières qui travaillent auprès d'elles. Il en ressort que les données à ce sujet ne sont pas nombreuses dans un contexte de milieu de vie, soit en résidence pour personnes âgées, comme c'est le cas en CHSLD. La présente recension des écrits vise à : 1. montrer l'importance du vieillissement de la population dans la région de la Mauricie, c'est-à-dire dans la région administrative où a eu lieu la présente recherche; 2. déterminer les différentes possibilités d'offres de services de soins et d'assistance qui se présentent aux personnes âgées en perte d'autonomie; 3. d'explorer les perceptions des infirmières quant aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui résident en CHSLD ou dans des établissements semblables et finalement, 4. d'identifier les différents facteurs qui sont susceptibles d'influencer la perception des infirmières en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des aînés.

Vieillissement de la population

L'ampleur de la problématique de la minimisation, voire de l'ignorance, du besoin et du droit des résidents demeurant en CHSLD de préserver des moments empreints de sexualité est susceptible de s'accroître au cours des prochaines années, et cela, en raison du vieillissement de la population. Tel qu'il a été mentionné précédemment, la population mondiale connaîtra un vieillissement rapide et majeur au cours des années futures. Plus précisément, du point de vue mondial, le nombre d'individus de 60 ans et plus va

pratiquement doubler entre les années 2015 à 2050, ce qui représente une augmentation d'un milliard de personnes en 2020 à plus de deux milliards en 2050 (Organisation mondiale de la Santé, 2022).

Pour sa part, le Canada connaît également actuellement un vieillissement important de sa population. Les projections démographiques pour ce pays ressemblent d'ailleurs sensiblement aux prévisions mondiales. En fait, les statistiques montrent que la population du Canada vieillira au même rythme que celle de l'ensemble des pays scandinaves (Côté et al., 2017). Plus précisément, il est prévu qu'en 2036, le nombre d'individus âgés de 65 ans et plus serait le double de celui qu'il a été possible de constater en 2009 (Statistique Canada, 2015b). Ainsi, alors que le groupe d'individus âgés de 65 ans et plus représentait 14 % de la population canadienne en 2009, les projections montrent que ce groupe d'individus augmentera entre 23 % et 25 % en 2036 puis entre 24 % et 28 % en 2061 (Statistique Canada, 2015b).

La province de Québec présente également un vieillissement important de sa population qui verra elle aussi la proportion d'aînés de 65 ans et plus doubler dans les prochaines années (Michaud & Francoeur, 2012). Le Québec se démarque toutefois des autres provinces et territoires du Canada en raison du vieillissement de la population qui

se trouve alors plus accéléré et plus amplifié qu'ailleurs dans le Canada (Côté et al., 2017). Il est également possible de remarquer que certaines régions administratives du Québec présentent un vieillissement plus marqué. En effet, la région de la Mauricie qui est constituée de six municipalités régionales de comté (MRC), soit les municipalités de Mékinac, Shawinigan, Trois-Rivières, Les Chenaux, Maskinongé et La Tuque (Gouvernement du Québec, 2018a), dessert, pour sa part, une population clairement plus âgée que l'ensemble du Québec (Institut de la statistique du Québec, 2017). En fait, la Mauricie représente la deuxième région du Québec où la moyenne d'âge est la plus élevée, soit de 45,7 ans d'âge moyen en 2016 comparativement à 41,9 ans pour la population québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2017). La Mauricie compte également davantage d'aînés au sein de sa population de sorte que le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus, de cette région, s'élève à 23,5 % tandis que l'ensemble du Québec ne présente que 18,1 % d'individus faisant partie de ce groupe d'âge (Institut de la statistique du Québec, 2017). Or, bien que le vieillissement ne signifie pas pour autant la certitude d'une détérioration de la santé ou d'une incapacité quelconque, le risque de ces deux possibilités augmente inévitablement avec l'âge (Association médicale canadienne, 2013). Ainsi, la personne âgée qui a des problèmes de santé ou qui présente une perte d'autonomie peut alors tirer profit de différents services de santé et d'assistance.

Offres de services de soins et d'assistance de santé pour les personnes âgées

En vieillissant, il apparaît que certaines personnes âgées nécessitent différents services de santé, d'assistance ou d'accompagnement. Bien que la politique *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* tente de permettre aux personnes âgées qui le désirent de demeurer à leur domicile le plus longtemps et cela de façon sécuritaire (Gouvernement du Québec, 2012), il demeure possible de constater que les services de soutien à domicile présentent d'importantes difficultés à satisfaire à la demande. En fait, l'Institut du Québec (2021) mentionne que le nombre d'heures attribuées aux personnes âgées a considérablement baissé depuis dix ans, ce qui reflète alors une inadaptation de l'offre de services par rapport au vieillissement populationnel. Ce phénomène peut notamment être expliqué par l'application d'une rigueur budgétaire gouvernementale qui tente toutefois d'être redressée depuis 2017, soit sous la gouverne du ministre Couillard (Institut du Québec, 2021). Par ailleurs, même si les statistiques montrent que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui résident en ménage privé est largement supérieur à ceux qui vivent en ménage collectif (Statistique Canada, 2011b), soit 89,5 % de la population âgée comparativement à 10,5 %, il demeure tout de même essentiel de s'intéresser aux hébergements collectifs qui logent plus de 156 995 aînés québécois (Gouvernement du Québec, 2018a).

En fait, parmi les logements collectifs figurent les résidences privées pour personnes âgées (Statistique Canada, 2011b). D'ailleurs, au cours des dernières années, ce type d'établissements a vu sa demande croître considérablement entraînant ainsi une augmentation d'aînés qui y résident (Rinfret, 2017). Plus précisément, selon l'enquête menée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), 17,9 % des Québécois âgés de 75 ans et plus ont choisi de résider en résidence privée (SCHL, 2018). Cela vient positionner, en quelque sorte, ce type de logement comme un des grands acteurs parmi les établissements offrant des services de santé pour personnes âgées. En outre, au Québec, les résidences privées représentent près de 70 % des places d'hébergement disponibles pour les aînés (Labrie, 2015). Toutefois, il arrive que la perte d'autonomie du résident entraîne un dépassement de l'offre de services par la résidence et qu'une relocalisation dans un établissement offrant davantage de soins s'avère nécessaire.

L'une des possibilités qui est présentée à l'aîné et à ses proches lorsque le maintien ou l'hébergement en résidence privée n'est plus possible s'avère être la ressource intermédiaire. Il s'agit d'ailleurs d'un type de ressources qui a vu sa demande de services augmenter considérablement. Les écrits sur le sujet notent d'ailleurs une hausse de près de 34 % des aînés qui y vivent (Rinfret, 2017). En fait, la ressource de type intermédiaire représente un véritable partenaire du réseau public. Les personnes responsables de la ressource intermédiaire doivent, par la même occasion, avoir conclu une entente avec un établissement public, comme un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou

un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), pour être en mesure d'opérer l'établissement (Gouvernement du Québec, 2018b). Par ce partenariat, le réseau public maintient certaines responsabilités envers les résidents de cette ressource. Il conserve alors un devoir d'évaluation et d'orientation envers la personne âgée susceptible d'y être hébergée, en plus de respecter l'obligation de rendre disponible à l'établissement les différents professionnels de la santé qui auront pour mandat de répondre aux besoins de santé des aînés (Gouvernement du Québec, 2018b). Toutefois, il arrive que même ce type de ressources voie son offre de services dépassée par l'état de santé de certains résidents. Plus précisément, les ressources intermédiaires pour les personnes âgées s'adressent à des aînés en perte d'autonomie qui requièrent un certain nombre d'heures soins et d'assistance par période de 24 heures (Gouvernement du Québec, 2016). Ainsi, lorsque les besoins de l'aîné s'avèrent plus importants, une demande de relocalisation pour un transfert en CHSLD peut être effectuée (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017).

Après avoir énuméré les différents services qui peuvent être offerts aux aînés en perte d'autonomie, il est possible de constater que les CHSLD s'inscrivent au terme de la trajectoire d'hébergement et de soins de longue durée. D'ailleurs, la très grande majorité des personnes âgées qui y résident nécessitent de l'aide afin de satisfaire diverses activités de la vie quotidienne (AVQ) ainsi que différentes activités de la vie domestique (AVD). En fait, la plupart des personnes âgées qui sont hébergées en CHSLD requièrent une aide partielle ou totale afin de se nourrir, d'accomplir leurs soins d'hygiène, de répondre à leurs besoins d'élimination ou encore, pour se mobiliser (Commissaire à la santé et au bien-

être, 2017). Ainsi, 31 591 lits en CHSLD publics ont été recensés au Québec au cours des années 2019-2020 (Commissaire à la santé et au bien-être, 2021). Les statistiques montrent également qu'environ 4,4 % de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus résident dans ce type d'établissement de santé (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). Même si le pourcentage de personnes âgées qui résident en CHSLD est inférieur au nombre de résidents qui utilisent les services de résidences privées ou intermédiaires, il s'avère essentiel de porter un intérêt pour cette clientèle, et ce, en raison de l'importance de la vulnérabilité de ces personnes. Ainsi, en réponse à cette vulnérabilité et à cette perte d'autonomie, le personnel soignant œuvrant en CHSLD se voit dans l'obligation de satisfaire les différents besoins de ces aînés, dont ceux entourant la sexualité. Toutefois, comme mentionné antérieurement, considérant que les valeurs déterminent les opinions (Potvin, 2015) et les agissements (Pronovost & Royer, 2004) des individus, il devient nécessaire de s'intéresser aux perceptions des infirmières quant aux besoins entourant la sexualité des aînés hébergés en CHSLD. Il demeure d'autant plus pertinent de vérifier la perception des infirmières sur ce sujet, et ce, en raison du risque d'atteinte à la qualité des soins qu'elles offrent aux résidents.

Perception des infirmières à l'égard des besoins entourant la sexualité des aînés

Bien qu'il soit reconnu que les infirmières maintiennent une attitude négative envers la sexualité (Hordern & Currow, 2003), la revue des écrits scientifiques réalisée dans le cadre du présent mémoire révèle un nombre insuffisant d'articles qui traitent de la

perception de ces professionnelles de la santé en ce qui a trait à la sexualité des aînés hébergés en CHSLD (Bouman et al., 2007). Néanmoins, certains articles traitant de ce sujet ont été répertoriés, articles qui montrent toutefois une perception négative de la sexualité de l'aîné par les infirmières. D'ailleurs, Bouman et al. (2007) émettent l'hypothèse que les infirmières qui travaillent auprès des personnes âgées en grande perte d'autonomie et qui nécessitent de l'aide en raison d'une pathologie physique ou psychologique seraient susceptibles de maintenir une attitude plus négative et restrictive envers la sexualité des résidents que celles qui travaillent dans des résidences où les aînés sont plus autonomes. Nay (1992) rapporte que le personnel des institutions pour personnes âgées perçoit les femmes qui y résident comme des êtres asexués. En fait, il semblerait difficile pour le personnel infirmier de considérer l'ensemble des aînés qui résident dans ce type de centre d'hébergement comme des êtres sexuellement actifs (Gastmans, 2014). L'expression de moments d'intimité ou de sexualité est alors bien souvent perçue, par les infirmières, comme un problème de comportement de l'aîné plutôt que comme une manifestation d'une réponse à un besoin fondamental qui perdure malgré l'hébergement (Gastmans, 2014). D'ailleurs, certains membres du personnel des centres d'hébergement pour aînés considèrent la sexualité des résidents comme un véritable problème qui devrait être évité (Hajjar & Kamel, 2003). Il semble que certaines infirmières ont avoué ressentir de la colère, de l'embarras, du déni ainsi que de l'impuissance lors de constatations de moments intimes entre des aînés.

D'autres infirmières reconnaissent, quant à elles, que la sexualité figure comme un aspect important des soins holistiques (Baldissera et al., 2012), c'est-à-dire des soins qui présentent une approche visant à répondre aux besoins physiques, psychologiques, spirituels ainsi qu'émotionnels du résident (Pederson & Emmers-Sommer, 2012). En d'autres termes, du point de vue de la santé, l'approche holistique permet de considérer l'individu dans sa globalité (Benor, 2012). Même si certaines infirmières partagent la conviction selon laquelle la sexualité demeure un élément important de la prise en charge entière du résident, les résultats de la recherche de Baldissera et al. (2012) montrent qu'elles n'abordent pas pour autant ou du moins rarement ce sujet avec les résidents. Cette étude stipule que la cause principale qui explique l'évitement du personnel infirmier à discuter de sexualité avec les résidents est la peur de l'embarras puis la conviction que les résidents ne souhaitent pas discuter de leurs préoccupations sexuelles avec elles (Baldissera et al., 2012). Outre cette crainte de causer de l'embarras, le manque d'assurance de l'infirmière représente également l'un des facteurs recensés pouvant expliquer la réticence de ces professionnelles à entreprendre une discussion portant sur la sexualité avec une personne âgée (Gott et al., 2004; Hordern & Currow, 2003). En contrepartie, la recherche précise qu'un des obstacles supplémentaires vécu par les infirmières est la difficulté à se référer à des cliniques spécialisées lorsqu'elles ressentent le besoin d'avoir un appui externe (Gott et al., 2004), ce qui est alors susceptible de faire perdurer l'inconfort de ces professionnelles. Il est donc possible de comprendre que certains facteurs peuvent avoir un impact majeur sur non seulement l'attitude mais

également sur la perception des infirmières quant à la sexualité de l'aîné. Il s'agit d'ailleurs du sujet de la prochaine section.

Facteurs susceptibles d'influencer la perception des infirmières

Une fois les perceptions mentionnées, il devient important de s'intéresser aux divers facteurs qui peuvent les teinter. Ces derniers ont notamment été répertoriés en trois catégories. Premièrement, les facteurs éthique et politique pouvant avoir un impact sur la culture de sensibilité du personnel des institutions de santé, c'est-à-dire d'être susceptibles d'influencer la perception des infirmières quant au besoin entourant la sexualité de l'aîné. Deuxièmement, le facteur déontologique de l'infirmière quant à l'assistance qu'elle se doit de prodiguer à la personne âgée qui manifeste un besoin entourant la sexualité est également développé dans la section qui suit. Parallèlement à ce facteur déontologique de porter assistance à la satisfaction des besoins humains, tels que celui de la sexualité, on retrouve un troisième facteur soit les caractéristiques environnementales des CHSLD ou de centres comparables à ces derniers. Les caractéristiques sont abordées en raison de l'impact qu'elles peuvent avoir sur la satisfaction de ce besoin tout en influençant directement l'intention de l'infirmière dans sa prise de décision. Finalement, une méthode, soit une formation, qui a été mise en application afin de favoriser un changement au niveau de la perception parfois négative de quelques professionnels de la santé en ce qui a trait au besoin entourant la sexualité de l'aîné hébergé à l'intérieur de certains centres comparables aux CHSLD est présentée, considérant l'influence possible de cette dernière.

Facteurs éthique et politique

Il est important de s'intéresser aux diverses politiques et aux différents codes éthiques qui régissent les comportements des individus dans la société car ceux-ci peuvent avoir un impact sur la culture de sensibilité présente dans la communauté influençant ainsi la perception des personnes. D'ailleurs, en tant que membres à part entière de la collectivité puis exerçant la profession d'infirmière, les infirmières sont également susceptibles d'être influencées par les politiques et les différents codes d'éthique existant, ce qui peut alors se refléter dans les soins qu'elles offrent aux résidents.

Que la personne soit infirmière ou non, il est important qu'elle se rappelle de prime à bord que tout être humain possède des droits et des libertés intrinsèques ayant pour objectif d'assurer sa protection tout en favorisant son épanouissement personnel (Gouvernement du Québec, 2018c). Parmi ces droits fondamentaux figurent notamment les droits sexuels (Everett, 2008; Everett et al. 2010; Gilmer et al., 2010; Kessel, 2001; World Association for Sexual Health, 2014). Ainsi, la Charte des droits et libertés de la personne précise au premier chapitre du document que : « Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne » (Gouvernement du Québec, 2018c, p. 3). Cette Charte vient également spécifier au cinquième point de ce même chapitre que parmi les libertés fondamentales de l'être humain figurent : « la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association » (Gouvernement du Québec, 2018c, p. 3).

Il est ainsi possible de déduire que tout être humain, tel que les personnes âgées qui résident en CHSLD, possède le droit d'exprimer librement ses besoins entourant la sexualité et donc, notamment d'en parler aisément à un professionnel de la santé. L'Association mondiale pour la santé sexuelle affirme d'ailleurs que chacun a le droit d'avoir accès à l'information en matière de santé sexuelle et de droits sexuels tout en bénéficiant d'une éducation qui repose sur une approche positive de la sexualité (WAS, 2014). Cette déclaration des droits sexuels fondés sur les droits humains appuie notamment la Charte des droits et libertés de la personne, et ce, en défendant le droit d'expression de la personne, c'est-à-dire d'exprimer sa sexualité par l'entremise de son apparence, par la communication ou par son comportement (WAS, 2014).

De plus, la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) (2008) seconde le pas à la Charte des droits et libertés de la personne. Ainsi, elle précise également que les droits sexuels constituent un droit humain fondamental basé sur le respect de la liberté et de la dignité de l'individu. De plus, elle préconise, dans sa Déclaration des droits sexuels, l'égalité de ces droits, et ce, de façon inhérente à tous les êtres humains (IPPF, 2008). De ce fait, les droits sexuels de la personne âgée se doivent d'être protégés ainsi que reconnus, au même titre que les droits sexuels d'un individu d'âge moindre. L'IPPF (2008) insiste également sur le fait que tous ont un rôle à jouer quant à la protection et la promotion des droits de la personne relatifs à la sexualité. Il est donc facilement possible de croire que les infirmières qui travaillent auprès de la clientèle vulnérable que constituent les aînés sont d'autant plus impliquées dans ce devoir de

protection et de promotion des droits sexuels. La prochaine section présente le facteur déontologique propre à la discipline infirmière.

Facteur déontologique

Toutes les personnes qui exercent la profession d'infirmière se voient dans l'obligation de connaître ainsi que d'appliquer les indications présentées dans le code déontologique émis par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2022). Ce dernier a pour objectif de renseigner l'infirmière sur son devoir ainsi que sur les obligations qu'elle a envers le public, le client et la profession infirmière (OIIQ, 2022). Le code déontologique précise notamment que le personnel infirmier a l'obligation de « prendre les moyens nécessaires pour assurer le respect de la dignité, de la liberté et de l'intégrité du client » (OIIQ, 2022, p. 3). Il représente ainsi un outil essentiel pouvant guider les infirmières lorsque vient le temps, pour elles, de développer une relation d'aide avec les résidents ou encore au moment de prendre des décisions importantes en ce qui a trait aux résidents.

Il est donc possible de comprendre que le devoir de l'infirmière en ce qui a trait à l'obligation d'assurer le respect de la liberté du résident est très large. Ce devoir englobe notamment l'obligation d'assurer le respect de la liberté sexuelle de la personne (Everett,

2008). De plus, le code déontologique des infirmières et des infirmiers du Québec précise que ce professionnel de la santé ne peut refuser d'assurer des services professionnels ou encore d'offrir de l'assistance et des soins à une tierce personne en raison de certains critères tels que celui de l'âge (OIIQ, 2022). Ainsi, il est possible d'affirmer qu'il ne serait pas déontologique pour une infirmière de négliger de porter assistance envers le besoin entourant la sexualité de l'aîné en omettant volontairement ou non de mettre en place les moyens nécessaires afin d'assurer la liberté d'expression et la satisfaction de ce besoin. Toutefois, indépendamment de la volonté et du désir de l'infirmière de venir en aide à la personne âgée en mettant en place les modalités nécessaires à la satisfaction de son besoin entourant la sexualité, des facteurs externes au professionnel de la santé peuvent parfois se présenter comme un véritable enjeu.

Facteur environnemental

L'environnement des aînés hébergés en CHSLD représente un enjeu majeur pouvant avoir des répercussions au niveau de la satisfaction de leurs besoins entourant la sexualité. Toutefois, comme mentionné antérieurement, l'environnement de ces centres n'est pas toujours adapté à ces besoins. En effet il est possible de noter, par exemple, le manque d'intimité (Vermette & Vonarx, 2021), la rareté des chambres pouvant accueillir un couple et l'impossibilité de verrouiller les serrures des portes des chambres, ce qui accroît la possibilité qu'une tierce personne pénètre dans les chambres surprenant de cette façon les résidents (Elias & Ryan, 2011). De plus, la rareté de la disponibilité des lits à

deux places constitue également un facteur nuisant à l'intimité du couple (Bouman et al., 2007). Les écrits scientifiques montrent que les centres doivent favoriser la création d'un environnement propice à la communication de ce besoin tout en étant favorables à sa réalisation (Bauer & Geront, 1999 ; Bouman et al., 2007). L'aménagement de milieux adaptés favoriserait la planification de soins et d'interventions, par les professionnels de la santé, qui mettent en avant la satisfaction des besoins entourant la sexualité des résidents (Bauer & Geront, 1999). Une étude recommande d'ailleurs d'améliorer l'aménagement des centres pour les aînés afin de permettre la création d'espaces privés, l'accès à du matériel sexuel à utiliser dans un espace privé, la disponibilité de chambres pouvant accueillir un couple ainsi que la disponibilité de lits pour deux personnes (Bauer et al., 2014).

Toutefois, l'environnement physique des centres d'hébergement ne constitue pas les seules barrières et contraintes à la satisfaction des besoins entourant la sexualité. En fait, plusieurs établissements pour les aînés ne sont pas dotés de politiques claires, c'est-à-dire de lignes directrices en ce qui a trait à la sexualité (Archibald, 1998). Par conséquent, il en résulte un personnel soignant dépourvu de soutien autre que son expérience personnelle et sa perception de la sexualité, ce qui peut alors différer grandement de la volonté du résident (Elias & Ryan, 2011). En d'autres termes, cela est susceptible d'accroître les probabilités que le besoin et le droit de sexualité des personnes âgées qui y résident soient compromis et traités de façon non homogène dépendamment

du professionnel de la santé responsable du résident. En contrepartie, les écrits scientifiques montrent que de nombreux centres d'hébergement pour aînés ont adopté des politiques draconiennes prohibant alors toute sexualité au sein de leurs installations (Bouman, 2007). Par ailleurs, certains auteurs sont d'avis qu'il est nécessaire d'instaurer une véritable philosophie dans les centres d'hébergement afin que les résidents puissent continuer de jouir de leur autonomie sexuelle (Elias & Ryan, 2011). Afin de continuer à vivre pleinement sa sexualité, Elias et Ryan (2011) mentionnent qu'une évaluation de la santé sexuelle de la personne âgée, de ses attentes en matière de sexualité ainsi que de sa capacité à consentir à des relations intimes de façon libre et éclairée est nécessaire dès son admission. Cette évaluation servira par la suite à rédiger le plan de soins adapté à cette dernière (Elias & Ryan, 2011). Toutefois, afin d'être en mesure de respecter adéquatement ce plan d'intervention, ces mêmes auteurs mentionnent que le personnel doit recevoir une formation adéquate. D'ailleurs, plusieurs auteurs partagent l'idée que la formation du personnel soignant constitue un enjeu majeur dans la prise en charge de la sexualité des aînés, en plus d'orienter sa perception sur ce sujet (Bauer & Geront, 1999; Jankowiak, 2008).

Formation des professionnels de la santé sur les besoins entourant la sexualité

La recension des écrits montre que les professionnels de la santé qui sont impliqués dans la prise en charge des aînés devraient recevoir une formation en ce qui a trait à la sexualité chez la clientèle des personnes âgées (Alagiakrishnan et al., 2005 ; Beguin &

Malaquin-Pavan, 2009 ; Bouman et al., 2007 ; Daydé, 2009 ; Di Napoli et al., 2013). Gastmans (2014) stipule d'ailleurs que l'attitude négative des infirmières peut résulter d'un manque de connaissances sur le sujet qui engendre alors un lot d'émotions négatives chez l'infirmière, soit la colère, l'embarras, le déni, la confusion ainsi que le sentiment d'impuissance. L'étude de Bauer et al. (2014) précise notamment que la formation devrait reposer sur dix éléments, soit: 1. la sexualité en lien avec le vieillissement; 2. la personne âgée; 3. les troubles cognitifs; 4. la santé sexuelle; 5. la gestion des risques; 6. la gestion des situations conflictuelles; 7. la discrimination d'ordre sexuel; 8. la capacité de l'ainé à consentir à une relation empreinte de sexualité; 9. l'intimité ainsi que 10. la pharmacologie.

La recension des écrits montre d'ailleurs que la formation portant sur la sexualité chez la clientèle vieillissante s'avère très bénéfique afin d'aider les professionnels de la santé à intervenir efficacement et adéquatement auprès de cette clientèle (Alagiakrishnan et al., 2005). Il ressort également que la formation s'avère un allié majeur afin de diminuer les perceptions négatives et pessimistes envers la sexualité de l'ainé, ce qui a alors pour conséquence directe d'améliorer la réponse des intervenants face à ce besoin (Bauer et al., 2013). D'ailleurs, l'étude de Bouman et al. (2007) vient préciser deux facteurs prédictifs d'une perception négative des professionnels de la santé. Leur étude révèle que le personnel détenant une courte expérience de travail se trouve susceptible de maintenir une attitude plus négative, ce qui peut être expliqué par le fait d'avoir reçu une formation moins complète sur ce sujet (Bouman et al., 2007). Le jeune âge du personnel représente

également un facteur de risque. Les auteurs expliquent ce fait en raison du grand écart d'âge qui sépare l'intervenant du résident. D'un autre côté, le jeune âge du personnel se traduit possiblement par une courte expérience qui, à son tour, revient à l'énoncé ci-dessus, soit celui de la possibilité d'avoir suivi une formation moins complète sur le sujet (Bouman et al., 2007).

La perception des infirmières ainsi que l'attitude qu'elles adoptent afin d'assurer une réponse de qualité au besoin entourant la sexualité des aînés doivent continuer d'être explorées par la recherche en raison du peu d'études qui s'y sont attardées, au Québec. La présente recherche vise à déterminer les perceptions des infirmières en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des aînés qui demeurent en CHSLD.

Cadre de référence

Théorie du soin humain de Jean Watson

La présente section a pour objectif de faire état de la théorie du soin humain de Jean Watson (1998) comme fondement théorique de l'objet d'étude. Cette théorie a été développée par Jean Watson au cours des années 80. Il est intéressant de l'utiliser comme cadre de référence pour la présente recherche en raison du fait qu'elle est non seulement propre à la discipline infirmière mais qu'elle est également utilisée autant dans la pratique que dans la recherche. De plus, cette théorie rejoint les concepts clés à la base des sciences infirmières, soit ceux décrits par Fawcett (1984), c'est-à-dire, la personne, l'environnement, la santé et le soin.

La théorie du soin humain a été retenue puisque, entre autres, elle accorde une véritable importance à la notion de perception. Plus précisément, Watson (1998) soutient que les perceptions d'un individu ont un effet direct sur la façon dont ce dernier interagit avec les autres. Ainsi, le but de la présente recherche, soit celui d'identifier les perceptions des infirmières travaillant en CHSLD en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui y résident, adhère bien à la théorie du soin humain de Watson (1998). Il est donc possible de mentionner que selon la théorie de Watson, la perception des infirmières envers les besoins entourant la sexualité des aînés résidant en CHSLD teintera leurs actions et leurs attitudes envers ces derniers. Il est toutefois important de présenter en premier lieu l'objectif de la théorie du soin humain.

Objectif de la théorie du soin humain

La théorie du soin humain de Watson (1998) a pour objectif de décrire l'humain comme un être complexe tout en expliquant l'état de santé de la personne ou encore l'état de sa maladie comme des manifestations du modèle humain. L'objectif de la théorie du soin humain et les postulats eux-mêmes ont été développés en prenant en considération quatre concepts fondamentaux, concepts présentés au cours du prochain paragraphe.

Concepts fondamentaux de la théorie du soin humain

Selon la théorie du soin humain de Watson (1998), le premier concept clé à la base des sciences infirmières est la personne. En fait, selon cette auteure, la personne est décrite comme un être unique en soi, possédant trois sphères distinctes, c'est-à-dire, l'esprit, le corps ainsi que l'âme qui ne peuvent pas être dissociées (Watson, 1979, 1988). En d'autres termes, selon le modèle humaniste, la personne est perçue comme un individu, un groupe, une communauté ou encore comme une population où il est nécessaire de considérer l'interrelation entre les différentes sphères soit autant du point de vue biologique, physique, psychologique, spirituel, culturel que social. De plus, pour cette auteure, il s'avère essentiel de respecter la personne non seulement dans toute sa complexité mais également de respecter sa liberté quant à ses choix, ses décisions et ses perceptions (Watson, 1998). Ainsi, il devient incontournable pour l'infirmière travaillant en CHSLD de respecter les choix des aînés vivant dans ce même environnement en ce qui a trait à leurs besoins entourant la sexualité.

Le deuxième concept fondamental de la théorie du soin humain est celui de la santé (Watson, 2008). En fait, pour Watson (1988), la santé ne représente pas seulement l'absence de maladies ou encore l'absence de problèmes de santé d'ordre physique ou psychologique. Pour cette auteure, la santé représente davantage un tout, soit un équilibre entre la santé du corps, la santé de l'esprit ainsi que celle de l'âme. Ainsi, du point de vue humaniste, l'infirmière est invitée à non seulement accompagner la personne dans le traitement et dans la prise en charge de sa maladie ou de son problème de santé mais bien à l'accompagner à trouver une signification à cette pathologie ou à ce problème de santé. Watson (1988) propose également que la santé s'explique en fonction du degré de cohérence que maintient une personne quant à sa perception, son idéal d'une situation et son vécu réel. Ainsi, plus le niveau de cohérence est élevé, plus l'harmonie entre l'âme et l'esprit sera élevée, ce qui se montrera par une meilleure santé (Watson, 1998). Par conséquent, une personne âgée vivant en CHSLD qui aurait la perception d'être privée de même que restreinte dans son besoin entourant la sexualité et qui aurait également l'impression de ne pas se sentir soutenue par le personnel infirmier pourrait alors rencontrer un déséquilibre et voir son état de santé compromis. L'infirmière a donc un rôle important à jouer afin d'accompagner l'individu dans l'établissement ou le maintien de la cohérence entre le soi perçu, le soi vécu et l'idéal du résident.

Le troisième concept fondamental de la théorie du soin humain de Watson est l'environnement de la personne (Watson, 2008). Selon ce modèle, on ne peut prendre en

considération une personne ou encore un groupe de personnes tout en faisant abstraction de son environnement (Watson, 1998). Toutefois, l'environnement ne se limite pas au milieu physique de cette dite personne, l'environnement est considéré comme un concept beaucoup plus large qu'un simple milieu ou emplacement. En fait, prendre en considération l'environnement d'une personne sous-entend le fait de prendre en considération la famille de la personne, sa culture, ses valeurs, ses perceptions, ses expériences, sa communauté, la société dans laquelle elle vit. Il est alors possible de voir l'interrelation, soit l'interdépendance entre le concept de la personne et celui de l'environnement. De plus, pour Watson (1998), l'environnement de la personne représente un véritable espace où la guérison est possible et souhaitable. De cette façon, il devient primordial pour des infirmières qui travaillent, par exemple en CHSLD avec des aînés présentant des besoins d'intimité et entourant la sexualité, de prendre en considération l'environnement de la personne. Ainsi, les infirmières risquent d'obtenir un portrait plus complet de la situation et, de ce fait, d'intervenir plus efficacement et adéquatement auprès des résidents. L'impact de l'environnement et l'importance de prendre en considération cet aspect chez la personne âgée qui réside en CHSLD et qui présente un besoin d'intimité et entourant la sexualité sera plus approfondi ultérieurement au cours de la présente section.

Le quatrième concept fondamental du modèle du soin humain de Watson est les soins infirmiers (Watson, 2008). De manière générale, l'objectif des soins infirmiers pour Watson est de soutenir la personne et l'accompagner afin qu'elle atteigne le plus haut niveau d'harmonie possible en ce qui a trait à la sphère de son corps, de son âme et de son

esprit (Watson, 1988). De plus, les soins infirmiers représentent, selon cette auteure, un échange de subjectivités entre deux individus où l'une de ces personnes doit s'investir dans une véritable démarche de *caring* auprès de la seconde personne (Watson, 1988). Le *caring* survient notamment à un moment précis dans la vie des deux personnes où chacune compte une histoire de vie différente, des croyances différentes et des objectifs distincts (Watson, 1988). Cette occasion de *caring* permet notamment aux résidents de partager avec l'infirmière leurs perceptions, leurs pensées et leurs expériences (Watson, 2006). De ce fait, l'infirmière permet de promouvoir chez le résident une meilleure compréhension de soi et une meilleure compréhension de ses souffrances. De plus, pour Watson (1988), le soin peut se traduire par une véritable relation transpersonnelle, soit par une relation où les valeurs d'humanisme et d'altruisme sont mises de l'avant et où il y a le développement d'une relation d'aide, de confiance ainsi que de sensibilité à l'autre. Ainsi, afin d'aider l'infirmière à accompagner la personne dans la recherche d'une signification de sa maladie, de sa souffrance et de son manque d'harmonie entre les composantes du corps, de l'âme et de l'esprit tout en établissant une relation basée sur des valeurs humanistes, Watson (2006) a mis sur pied un guide composé de dix facteurs caratifs. En référence à ces facteurs caratifs, il est possible de constater que les attitudes des infirmières font partie intégrante des fondements de la théorie développée par Watson (1998).

D'ailleurs, Watson (1998) précise que les perceptions d'une personne vont avoir un véritable impact sur la manière dont cette dernière agit avec les autres, soit, en d'autres

termes, sur ses attitudes envers les gens. Cette théorie s'avère donc être un choix judicieux comme cadre de référence pour la présente recherche puisqu'il est possible de comprendre que si des infirmières ont une perception négative sur un sujet déterminé, cette perception se traduira dans leurs attitudes.

Parmi les dix facteurs caratifs de Watson (1998), trois facteurs ont été retenus dans la présente recherche. Ces facteurs ont permis d'identifier les différentes variables qui sont susceptibles d'influencer la perception et, conséquemment, les attitudes des infirmières travaillant en CHSLD à l'égard de la sexualité des personnes âgées qui y résident. Les trois facteurs sont les suivants : 1. la culture de sensibilité; 2. le développement d'un environnement favorable ainsi que 3. l'assistance et la satisfaction des besoins humains.

En résumé, la perception négative des infirmières envers la sexualité chez les personnes âgées vivant en CHSLD est susceptible de transparaître dans leurs actions et leurs attitudes. Cela risque de faire en sorte que certains facteurs caratifs de Watson, tels que la culture de sensibilité, le développement d'un environnement favorable ainsi que l'assistance et la satisfaction des besoins humains, ne soient pas utilisés dans la démarche soignante des infirmières. Ainsi, l'absence de la mise en place de ces facteurs dans la relation entre la soignante et le soigné représente une problématique. L'exploration des perceptions des infirmières est alors nécessaire, et ce, afin de connaître les dimensions subjectives de leurs pensées. Dans la présente étude, des entrevues semi-dirigées ont été

réalisées afin d'atteindre le but de l'étude, c'est-à-dire de connaître les perceptions des infirmières travaillant en CHSLD en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui y résident.

Méthode

La présente section est consacrée à la présentation de la méthode utilisée pour mener la recherche. Cette étape a pour objectif d'expliquer de quelle façon une réponse pourra être apportée à la question de recherche, c'est-à-dire en précisant l'opérationnalisation et les stratégies de recherche utilisées (Fortin & Gagnon, 2016). Les prochaines sections de la présente étude font donc état du devis de recherche, de la description du milieu clinique où a eu lieu la recherche, la population ciblée, l'échantillon ainsi que la technique d'échantillonnage choisie. Par la suite, sont également présentés : les critères d'inclusion et d'exclusion, le contrôle des variables internes et externes, les définitions opérationnelles des variables utilisées le déroulement des activités de recherche, l'instrument de collecte des données, le plan d'analyse de ces données, les considérations éthiques et finalement, les retombées attendues de la recherche.

Devis de recherche

Le devis de recherche qualitatif a été choisi afin de collecter les données auprès des infirmières quant aux perceptions de ces dernières en ce qui a trait à la sexualité des aînés qui résident en CHSLD. La recherche qualitative est d'ailleurs reconnue pour sa capacité à explorer un phénomène peu connu (Fortin & Gagnon, 2016). Considérant que l'objet de la présente étude est peu documenté dans les écrits scientifiques (Bouman et al., 2007), il en convient alors d'aborder ce sujet par l'entremise d'une étude qualitative de type exploratoire. La théorie du soin humain de Waston (1998) permettra notamment de cibler les diverses variables susceptibles d'avoir une influence sur la perception des

infirmières travaillant en CHSLD concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui y résident.

Description du milieu de recherche

Le milieu retenu pour effectuer la présente recherche est un CHSLD faisant partie du CIUSSS MCQ. Les personnes âgées résidant au sein des centres du CIUSSS MCQ proviennent principalement de la région de Trois-Rivières ou de Saint-Étienne-des-Grès (Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières, 2012). Toutefois, bien que les CHSLD faisant partie du CIUSSS MCQ soient au nombre de cinq, l'étude, quant à elle, ne vise qu'un seul de ces centres, et ce, dans la région de Trois-Rivières. Le CHSLD retenu est constitué de cinq départements accueillant entre 40 et 42 résidents chacun pour ainsi totaliser 205 résidents dans l'ensemble de ce centre. Ces résidents sont admis en fonction de l'intensité et de la nature des services qu'ils requièrent ainsi que de la nécessité d'être admis en hébergement de soins de longue durée (CSSSTR, 2012). Il s'agit d'ailleurs de résidents qui présentent un profil gériatrique dû à une perte d'autonomie d'ordre physique ou cognitif, voire de ces deux types, de façon simultanée et qui ne peuvent plus continuer de résider à leur domicile malgré le soutien de leur famille et des services offerts par leur communauté (Gouvernement du Québec, 2019). En d'autres termes, les résidents de ces centres présentent une ou plusieurs des conditions de santé suivantes : des limitations physiques et cognitives importantes, une maladie évolutive ou une perte d'autonomie permanente (Gouvernement du Québec, 2019). Le personnel soignant qui y travaille afin

de prendre soin de ces résidents est de type multidisciplinaire : médecin, ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, etc. Les infirmières, pour leur part, présentent un profil hétérogène au niveau de leur formation reçue ou même de leur expérience significative comme infirmière licenciée. Plus précisément, au niveau de la formation reçue des infirmières, certaines détiennent le titre d'infirmière technicienne tandis que d'autres possèdent une formation universitaire en sciences infirmières. L'expérience des infirmières qui travaillent dans le CHSLD choisi pour le présent projet de recherche varie également. Ainsi, certaines commencent leur carrière comme infirmière tandis que d'autres en sont à la fin. Il demeure important de préciser, à cette étape, que l'établissement où a eu lieu la recherche n'est pas doté de politiques en matière de besoins entourant sexualité pour les résidents.

Population ciblée

La présente étude a pour population cible l'ensemble des infirmières et des infirmiers œuvrant dans un CHSLD faisant partie du CIUSSS MCQ. En contrepartie, la population accessible pour réaliser cette étude est composée de professionnels infirmiers travaillant dans l'un des CHSLD, soit dans un des centres d'hébergement de la région de Trois-Rivières.

Échantillon

Pour assurer une significativité au niveau des résultats, la taille de l'échantillon pour la présente étude a été fixée à huit infirmières travaillant dans un CHSLD du CIUSSS MCQ mais plus précisément, de la région de Trois-Rivières. Ainsi, après les entrevues effectuées auprès de huit infirmières, une saturation des données a été rencontrée, ce qui a alors permis, en premier lieu, de répondre au besoin d'information. Puis, dans un deuxième temps, de bien décrire la perception des infirmières en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des aînés résidant en CHSLD.

Technique d'échantillonnage et recrutement

Afin de former l'échantillon pour le présent projet de recherche, une technique d'échantillonnage non probabiliste, appelée échantillonnage accidentel ou échantillonnage par convenance (Burns et al., 2013; Fortin & Gagnon, 2016) a été utilisée. Ainsi, afin de recruter les participantes, une rencontre téléphonique a eu lieu avec la chef d'unité d'hébergement pour l'informer de l'objectif de l'étude et des modalités de cette dernière. Une lettre d'information lui a alors été acheminée pour que cette dernière la transmette aux infirmières travaillant dans le CHSLD où a eu lieu la présente recherche. Cette lettre d'information se trouve d'ailleurs à l'Appendice A du présent document, soit à la première section du formulaire de consentement à l'étude. La prise de décision quant à la participation ou à la non-participation à l'étude était alors individuelle et postérieure à cette prise de connaissance de la lettre d'information. Les participantes ont alors signifié leur

intérêt à la chef d'unité d'hébergement qui a, par la suite, transmis le nom des infirmières intéressées à l'étudiante-chercheuse.

Critères d'inclusion et d'exclusion

La sélection des participantes s'est également faite sur la base de deux critères d'inclusion, soit de posséder un permis d'exercice à la pratique infirmière, délivré notamment par l'OIIQ, et ce, depuis minimalement un an. Le deuxième critère était celui de travailler à titre d'infirmière dans un CHSLD depuis une période minimale de six mois. Les critères d'inclusion à l'étude ont été retenus afin d'être en présence de participantes susceptibles d'avoir rencontré des situations ayant un lien avec les besoins entourant la sexualité impliquant des résidents entre eux. Les critères ont également été retenus afin de rencontrer des infirmières qui connaissent le milieu d'étude soit, plus précisément, le fonctionnement organisationnel de ce dernier ainsi que ses politiques et ses lignes directrices. Finalement, un seul critère d'exclusion à la recherche a été retenu, soit celui de posséder un permis d'exercice comme candidate à l'exercice de la profession infirmière.

Contrôle des variables

Tout au cours du projet de recherche, diverses stratégies ont été utilisées afin d'assurer la rigueur scientifique que demande un tel projet d'étude, tout en réduisant au

maximum la possibilité que les critères d'exclusion nommés ci-haut nuisent à la validité des résultats. Afin de répondre à la limite de la désirabilité sociale engendrée par le sujet tabou que constitue les besoins entourant la sexualité des aînés, diverses stratégies ont été mises en place afin d'assurer la confidentialité des participants et de leurs propos et ainsi augmenter l'aisance des infirmières à y participer. Parmi les stratégies utilisées figure l'absence de l'identification des participantes sur les grilles d'entrevue de sorte que seuls des numéros distinguent la série des grilles d'entrevue. De plus, la spécification de l'établissement où a eu lieu l'étude n'est aucunement divulguée au sein de ce mémoire.

Pour ce qui est de la fiabilité et de la confirmabilité de l'étude, les entrevues réalisées auprès des infirmières ont été enregistrées à l'aide d'un lecteur audio. Par la suite, le contenu des entrevues a été soigneusement transcrit, soit, en d'autres termes, des verbatims ont été saisis. Puis, afin d'assurer la crédibilité de cette recherche et des résultats proposés, une analyse des données collectées a été élaborée selon une démarche reconnue. Cette dernière est notamment présentée au cours de la section intitulée le plan d'analyse.

Définitions opérationnelles

Une définition des termes employés lors du projet d'étude est présentée ci-dessous afin de permettre une meilleure évaluation de la généralisabilité ou de la transférabilité des résultats obtenus dans cette recherche.

Perception

La perception constitue une activité cognitive par laquelle il y a représentativité d'un stimulus ou d'un objet présent dans l'environnement direct de la personne. Il s'agit habituellement d'un évènement qui est réalisé de façon consciente (Larousse, 2015). D'ailleurs, pour mener le présent projet de recherche, un outil de collecte de données, constitué de thèmes à développer, a été créé afin d'explorer et de connaître les perceptions des infirmières. Le guide d'entrevue semi-structurée est présenté à l'Appendice B.

Infirmière

Les infirmières sont des professionnelles de la santé détenant un permis de pratique, émis par l'OIIQ, leur accordant le droit d'exercer la profession d'infirmière. En d'autres termes, pour pratiquer cette profession, l'infirmière doit obligatoirement être un membre inscrit au tableau de l'OIIQ. Ce n'est qu'une fois cette condition remplie qu'elle peut exercer la profession d'infirmière. Le droit d'exercice accorde à l'infirmière le droit d'évaluer l'état de santé d'une personne, de déterminer et d'assurer la réalisation d'un plan de soins et de traitements infirmiers appropriés, d'administrer les soins et les traitements infirmiers ainsi que médicaux dans l'objectif de prévenir la maladie, de maintenir et de rétablir la santé ou encore de prodiguer les soins palliatifs lorsque la situation est requise (OIIQ, 2018a).

Candidate à l'exercice de la profession infirmière

Les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) constituent des membres de l'OIIQ détenant une attestation émise par cet ordre afin d'exercer à ce titre. Ce n'est qu'après avoir complété la formation initiale en soins infirmiers ou sciences infirmières et en avoir gradué qu'une demande d'attestation d'exercice à titre de CEPI peut être effectuée (OIIQ, 2018b). Être CEPI représente le critère d'exclusion pour la présente recherche.

Sexualité

Selon Boucher (2014), la sexualité chez la personne âgée est définie comme un :

Processus dynamique, en évolution constante, orientée vers le bien-être sexuel et dépendant de la valeur, de la place et du sens qui sont attribués à quatre sources potentielles de sens : le répertoire génital, l'intimité affective, la communion/connexion sexuelle et les pertes sexuelles (p.136).

Personne âgée

Dans la présente recherche, il est entendu par personne âgée une personne âgée de 60 ans ou plus (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2015).

Centre d'hébergement de soins de longue durée

Les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ont pour mission :

D'offrir, de façon permanente ou temporaire, un milieu de vie substitut, de services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage (MSSS, 2015).

Déroulement des activités de recherche

À la suite de l'obtention des approbations éthiques provenant de l'UQTR et du CIUSSS MCQ, une série de courriels ainsi qu'une rencontre téléphonique ont eu lieu avec la chef d'unité d'hébergement. Ces nombreux échanges sont survenus au cours du mois de juillet et d'août 2016. C'est notamment au cours de ces discussions que le formulaire de consentement à l'étude, présenté à l'Appendice A, a été remis à la cheffe d'unité du milieu où a eu lieu l'étude. Cette dernière a alors acheminé ce formulaire aux infirmières travaillant au sein de l'établissement choisi. Les coordonnées de l'étudiante-chercheuse étaient notamment précisées dans cette lettre afin que les participantes potentielles puissent poser toutes les questions qu'elles avaient concernant l'étude et qu'elles soient en mesure de faire un choix libre et éclairé. Toutefois, aucun échange n'a eu lieu avec les infirmières avant la collecte de données, considérant que la cheffe d'unité a libéré des

plages horaires durant les heures de travail, s'échelonnant sur deux jours, afin de permettre aux infirmières de participer à la recherche.

Les infirmières désirant participer à l'étude ont alors manifesté leur intérêt à la cheffe d'unité d'hébergement. C'est donc par le biais de la cheffe d'unité que l'étudiante-chercheuse a été informée, quelques jours après la remise de la lettre d'information, des noms des infirmières intéressées par la recherche. La collecte de données s'est effectuée sur deux jours, soit le 31 août 2016 ainsi que le 14 septembre 2016. C'est donc tout au long de ces deux journées que les entrevues semi-structurées d'une durée variant de 13 minutes à 48 minutes ont été réalisées à l'aide de la grille d'entrevue du projet présenté à l'Appendice B.

Instrument de collecte de données

Après avoir effectué plusieurs vérifications dans les écrits scientifiques, l'étudiante-chercheuse a constaté l'absence de questionnaire ou de guide d'entrevue permettant d'explorer la perception des infirmières en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées dans un contexte de CHSLD. Un outil de collecte de données, soit le guide d'entrevue, a donc été créé spécifiquement pour cette recherche, cet outil figure à l'Appendice B. Afin d'obtenir un outil de collecte de données reflétant avec fidélité la perception des infirmières travaillant en CHSLD, plusieurs sources furent

utilisées, lesquelles sont : le cadre de référence, soit la théorie du soin humain de Watson (1998), les données de la recension des écrits ainsi que les expériences cliniques vécues par l'étudiante-chercheuse dans sa pratique infirmière en CHSLD.

Le guide de l'entrevue semi-structurée utilisé dans le cadre de cette recherche est composé de trois parties. La première partie du guide de l'entrevue permet de collecter des données sociodémographiques, telles que l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le niveau de formation, le nombre d'années d'expérience comme infirmière, le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière en CHSLD ainsi que le poste de travail occupé au moment de l'étude. La seconde partie du guide de l'entrevue semi-structurée est constitué de six questions ouvertes dont l'une de ces questions possède trois sous-questions. L'ensemble de ces questions vise notamment à explorer la perception des infirmières quant aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées, et ce, de façon générale, c'est-à-dire indépendamment de leur milieu de vie. La troisième section du guide de l'entrevue semi-structurée aborde la perception des infirmières sur les besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD. Cette section permet de connaître la perception des infirmières sur les besoins entourant la sexualité de cette clientèle spécifiquement. Cette section est notamment composée de 12 questions ouvertes dont certaines d'entre elles présentent des sous-questions. L'ensemble des thèmes de cette partie a été développé en s'inspirant de la recension des écrits et de la théorie du soin humain de Watson (1979). De la démarche proposée par Watson (1979), trois facteurs caratifs ont été utilisés pour la création du guide de l'entrevue semi-structurée. Il s'agit

notamment de la culture de sensibilité, du développement d'un environnement favorable ainsi que de l'assistance et la satisfaction du besoin humain. Il s'agit d'ailleurs de facteurs susceptibles d'avoir un impact majeur sur la réponse aux besoins de l'aîné.

Plan d'analyse des données collectées

Afin d'analyser les données collectées par le biais des entrevues réalisées auprès des infirmières, une démarche d'analyse des données a été retenue. Il s'agit en fait de la méthode d'analyse thématique des données qui offre à la fois une rigueur et une flexibilité (Braun & Clarke, 2006). Cette méthode est utilisée afin de déterminer et d'analyser les thèmes principaux qui ressortent des données collectées.

Concepts

Tout d'abord, il convient de déterminer explicitement ce qui peut constituer un thème. Braun et Clarke (2006) mentionnent qu'un thème représente un concept ou encore un sujet important, au niveau des données collectées en lien avec la question de recherche et ses objectifs. Ces auteurs s'entendent également pour affirmer qu'un thème présente un certain niveau de signification, en ce qui a trait à la prévalence de ce dernier. Le nombre de fois qu'un sujet ait été abordé au cours des entrevues ou encore le nombre de participantes ayant présenté un élément donné ne constitue pas le seul facteur déterminant de la présence d'un thème. Dans l'analyse thématique, une grande valeur est accordée au

volet qualitatif. Toujours selon ces auteurs, la présence d'un élément essentiel et dominant en lien avec la question de recherche et ses objectifs se trouve d'autant plus déterminante.

Compte-rendu détaillé

La méthode d'analyse thématique offre la possibilité d'effectuer l'analyse selon deux façons distinctes, soit en procédant à une description rigoureuse et minutieuse de l'ensemble des données collectées ou encore en procédant à un compte-rendu détaillé d'un aspect spécifique (Braun & Clarke, 2006). La première possibilité fut rejetée tandis que la deuxième démarche d'analyse fut retenue. Ce choix peut s'expliquer par le fait qu'une quantité importante de données fut recueillie sans, néanmoins, avoir un lien direct avec la question et les objectifs de l'étude. Par conséquent, les paroles des participantes n'ont pas été codées par thème de façon intégrale, seuls les thèmes en lien direct avec la recherche ont été identifiés, codés puis analysés, c'est-à-dire les thèmes reliés à la culture de sensibilité, au développement d'un environnement favorable ainsi qu'à l'assistance et à la satisfaction du besoin humain.

Étapes de l'analyse thématique

La méthode d'analyse thématique permet d'identifier les thèmes selon deux façons distinctes, soit de manière inductive ou de manière théorique (Braun & Clarke, 2006).

Dans le cadre de la présente étude, une approche inductive a été priorisée au sens où les données collectées ont fait émerger des thèmes. La démarche d'analyse thématique représente un processus constitué de six étapes distinctes. Il s'agit d'un processus cyclique dans lequel des allers-retours sont réalisés entre les étapes, et ce, tout au long de la démarche d'analyse (Braun & Clarke, 2006). Les prochaines sections du document consistent notamment à décrire les diverses étapes qui ont été réalisées afin d'analyser les données collectées auprès des infirmières.

Familiarisation avec les données

La première étape de l'analyse thématique est la familiarisation des données par l'analyste. Plus précisément, Braun et Clarke (2006) accordent une grande importance à l'immersion des données tant au niveau de la profondeur du contenu collecté que de son étendue. Cette immersion se traduit, notamment, dans la pratique par une lecture répétée des données collectées au moment des entrevues, soit une lecture où l'analyste tend à rechercher les thèmes prédominants ou significatifs qui en ressortent (Braun & Clarke, 2006). Il est alors évident que l'analyste qui a lui-même procédé à la collecte de données se retrouve alors avantagé comparativement à celui qui aurait obtenu l'aide d'une tierce personne pour compléter la collecte, et ce, dû au fait qu'une première immersion a été réalisée (Braun & Clarke, 2006). Pour la présente recherche, l'analyste se trouve à être l'étudiante-chercheuse qui a conduit les entrevues. C'est alors au cours de cette étape que

les données verbales collectées ont été transcrites et que les premières idées de codage ont surgi.

Création de codes initiaux

La deuxième étape de l'analyse thématique est la création de codes initiaux. En effet, une fois la liste des idées de codes initiaux dressée, il est possible de réellement s'attarder aux choix de ces codes, donc à la création des codes (Braun & Clarke, 2006). Il est important de mentionner que les codes identifient une caractéristique significative des données collectées. Il s'agit d'un élément d'analyse beaucoup plus large que les thèmes car il implique nécessairement une certaine interprétation (Braun & Clarke, 2006). Afin de procéder au codage des données, une méthode manuelle a été retenue au lieu de l'utilisation d'un logiciel. Dans un premier temps, des codes initiaux ont été choisis. Par la suite, une correspondance a été faite afin de relier ces codes aux extraits de données collectés et transcrits. Les auteurs Braun et Clarke (2006) émettent d'ailleurs trois recommandations pour faciliter l'analyse à cette étape, soit de préciser autant de codes que possible, d'émettre un contexte au codage puis d'utiliser le codage multiple pour une même donnée lorsque cela est nécessaire.

Recherche des thèmes

La troisième étape de l'analyse thématique consiste à déterminer des thèmes. Pour ce faire, une analyse des codes a été réalisée, soit un tri entre ces codes afin de combiner

quelques codes pour en former des thèmes globaux. Cette analyse a permis de constater que certains thèmes avaient une ampleur plus marquée que d'autres, ce qui a alors fait apparaître des thèmes principaux et des sous-thèmes. Afin de réaliser cette étape, Braun et Clarke (2006) recommandent la création de schémas visuels afin d'aider l'analyste en ce qui a trait à l'organisation des thèmes. Dans le cadre du présent projet de recherche, des cartes thématiques ont notamment été rédigées pour faciliter le regroupement des codes et la création des thèmes.

Révision des thèmes

La quatrième étape de l'analyse thématique est la révision des thèmes. Selon Braun et Clarke (2006), l'étape de la révision des thèmes implique deux niveaux d'étude, soit la révision des codes et la révision des thèmes. Le premier niveau consiste à la relecture des extraits de données codées. L'objectif de cette étape consiste alors à s'assurer de la cohérence des extraits codés pour un même thème. Lorsqu'un patron logique au niveau de ce codage est observé, c'est-à-dire au moment qu'un schéma thématique est réalisé, la deuxième étape peut alors être commencée. Au contraire, si l'absence de cohérence est constatée, il devient primordial de vérifier si le thème représente une problématique en soi ou encore si certains extraits de données codées ne s'y rapportent point (Braun & Clarke, 2006). Dans le cas échéant, il importe de revoir le thème problématique afin d'en créer un nouveau tout en recréant de nouveaux thèmes pour les extraits de données codées qui ne fonctionnaient pas de prime à bord.

Une fois la révision des codes effectuée, il est possible de commencer le deuxième niveau. Pour ce faire, il est nécessaire de s'assurer de la validité des thèmes de façon individuelle en prenant toutefois en considération l'ensemble des données collectées a priori. La relecture des données collectées et la classification qui ont été réalisées ont permis, dans un premier temps, de dépister certaines données où l'élément de codage avait été omis puis de corriger la situation en codant ces dits extraits.

Identification des thèmes

La cinquième étape de l'analyse thématique est l'identification des thèmes. L'avant-dernière étape de l'analyse thématique commence au moment où le schéma thématique réalisé à l'étape précédente reflète bien les données collectées. Selon Braun et Clarke (2006), cette étape sous-entend de définir et d'affiner les thèmes de l'analyse réalisée, c'est-à-dire, de faire ressortir, l'essence des thèmes identifiés. Par la suite, l'analyste doit identifier ce qui est pertinent des données retenues, donc du contenu des thèmes et la raison de cette pertinence. Toutefois, cette étape demande un travail rigoureux car il faut considérer chaque thème individuellement puis, par la suite, avec un regard de globalité afin de vérifier qu'il y a une relation cohérente entre tous les thèmes et les sous-thèmes qu'ils contiennent (Braun & Clarke, 2006).

Écriture du rapport

La sixième et dernière étape de l'analyse thématique est l'écriture du rapport. Cette étape représente l'analyse finale ainsi que la rédaction du document de recherche. À cette étape, il est important que l'analyste prévoit rédiger suffisamment d'extraits des données collectées afin de montrer la prévalence du thème au lecteur ainsi que sa relation avec la question de recherche et ses objectifs (Braun & Clarke, 2006).

Considérations éthiques

La section qui suit est destinée à présenter les considérations éthiques qui ont été entreprises tout au long du projet de recherche. Bien que le risque à l'intégrité physique ou psychologique des participantes à cette étude soit faible, plusieurs éléments de nature éthique ont été considérés et validés au cours de cette étude. Ainsi, dans un premier temps, soit au mois de février 2016, le projet de recherche fut soumis à une approbation du comité d'éthique et de la recherche du CIUSSS MCQ. Un premier certificat éthique (CÉR-2015-038-00) a été délivré au mois de mars 2016 (référer Appendice C). Par la suite, une demande du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), de modifier partiellement la grille d'entrevue de cette recherche a été reçue. Pour faire suite à la demande, de légères modifications ont alors été apportées. Les documents modifiés ont dû être soumis à nouveau au comité d'éthique et de la recherche régissant l'établissement de santé où a eu lieu la présente étude. Le

certificat d'approbation éthique (CÉR-2015-035-01) constitue le deuxième certificat octroyé (référer Appendice D).

Parallèlement aux démarches entreprises auprès du comité d'éthique de la recherche du CIUSS MCQ, une demande a également été acheminée au comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR. Les premières démarches auprès de ce comité ont commencé en mars 2016. Un certificat d'éthique (CDERS-16-7-06.10) a alors été émis le 31 mars 2016 (référer Appendice E). Diverses corrections demandées par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ ont été apportées aux documents qui ont alors été transmis au comité d'éthique de l'UQTR. Ces modifications mineures concernaient notamment la lettre d'information, le consentement à la recherche et la grille d'entrevue. Le nouveau certificat d'éthique (CDERS-16-7-06.10) a par la suite été émis (référer Appendice F). Une entente relative à la réalisation de la recherche au CIUSSS MCQ a été convenue entre l'UQTR et le CIUSSS MCQ (référer Appendice G).

Une demande de prolongation des certificats éthiques a été formulée auprès du comité d'éthique et de la recherche du CIUSSS MCQ et du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR. Le troisième certificat éthique du CIUSSS MCQ (CÉR-2015-038-03) est présenté à l'Appendice H, tandis qu'un quatrième certificat éthique (nommé CÉR-2015-038-04) se retrouve à l'Appendice I. Une troisième demande de renouvellement pour ce projet de recherche a été approuvée par le CIUSSS MCQ

prolongeant ainsi l'approbation du projet de recherche au 2021-03-31. Toutefois, depuis l'année 2021, le CIUSSS MCQ n'émet plus de certificat éthique. Le formulaire de demande de renouvellement annuel de ce projet de recherche et de son approbation est néanmoins présenté à l'Appendice J. Le renouvellement du certificat éthique (CDERS-16-7-06.10) émis par l'UQTR est présenté à l'Appendice K. Le quatrième certificat éthique reçu figure à l'Appendice L, le cinquième certificat est inclus à l'Appendice M, le sixième est présenté à l'Appendice N tandis que le septième certificat éthique reçu figure à l'Appendice O du présent mémoire.

Résultats

Cette section fait état des résultats obtenus dans le cadre du projet de recherche portant sur la perception des infirmières en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant dans un CHSLD de Trois-Rivières. La présentation des résultats comporte deux sections. La première section rend compte du portrait détaillé de l'échantillon étudié, soit les données sociodémographiques collectées auprès des infirmières rencontrées. La deuxième partie met en lumière les résultats de l'analyse de la collecte de données sur la perception des participantes concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD.

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

. Le nombre souhaité de participantes a été atteint, soit huit participants. Les données sociodémographiques sont présentées aux Tableaux 1 et 2 ci-dessous.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Participant	Sexe	Âge	Dernier diplôme obtenu	Formation infirmière
Participant 1	Femme	60	Collégial	DEC
Participant 2	Femme	46	Diplôme de 2 ^e cycle	DEC-BAC
Participant 3	Femme	31	Baccalauréat	BAC perfectionnement
Participant 4	Femme	26	Baccalauréat	DEC-BAC
Participant 5	Homme	40	Collégial	DEC
Participant 6	Femme	52	Certificat universitaire	DEC
Participant 7	Femme	56	Collégial	DEC
Participant 8	Femme	28	Collégial	DEC

Tableau 2
Années d'expérience dans la profession et en CHSLD

Participant	Années d'expérience dans la profession	Années d'expérience en CHSLD
Participant 1	39	37
Participant 2	6	6
Participant 3	3	3
Participant 4	4	5
Participant 5	11	11
Participant 6	14	14
Participant 7	14	14
Participant 8	8	1

Il est possible de constater, au Tableau 1, que la majorité des participantes sont des femmes, soit 87,5 %, et que 50 % des participantes sont âgés de plus de 41 ans. Autant de participantes détiennent un diplôme collégial qu'un diplôme universitaire. Toutefois, en ce qui a trait à la formation propre aux sciences infirmières, 62,5 % des participantes détiennent un diplôme collégial provenant de la technique en soins infirmiers alors que 37,5 % des participantes possèdent un baccalauréat en sciences infirmières. Lors des entrevues individuelles, deux participantes détenant un diplôme collégial ont mentionné à l'étudiante-chercheuse être inscrites au baccalauréat en sciences infirmières.

Au Tableau 2, il est possible de constater que l'expérience à titre d'infirmière des participantes est variable. Ainsi, 50 % des participantes exercent la profession infirmière depuis moins de 11 ans tandis que 50 % exercent à titre d'infirmière depuis plus de 11 ans.

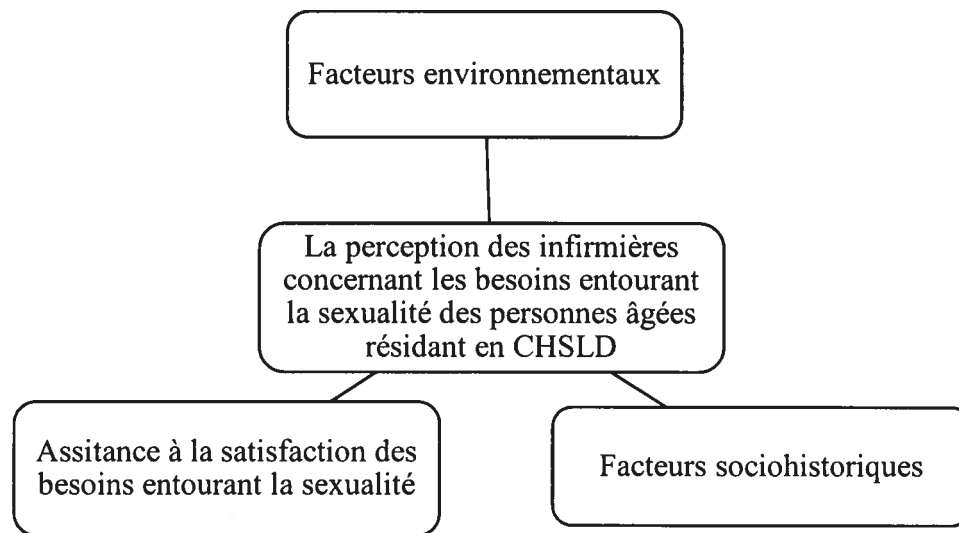
Le nombre d'années en termes d'expérience au sein de la profession infirmière et le nombre d'années travaillées dans les CHSLD sont également proportionnels, sauf pour la participante huit.

Perceptions des infirmières concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD

L'arbre thématique présenté à la Figure 1 illustre les perceptions des infirmières concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD. Cet arbre contient trois thèmes majeurs, soit les facteurs environnementaux, les facteurs sociohistoriques ainsi que ceux découlant de l'assistance à la satisfaction du besoin humain que constitue la sexualité. Le schéma montre que les perceptions des infirmières sont susceptibles d'être teintées par ces différents facteurs.

Figure 1

Arbre thématique des facteurs ayant un impact sur les perceptions des infirmières concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD

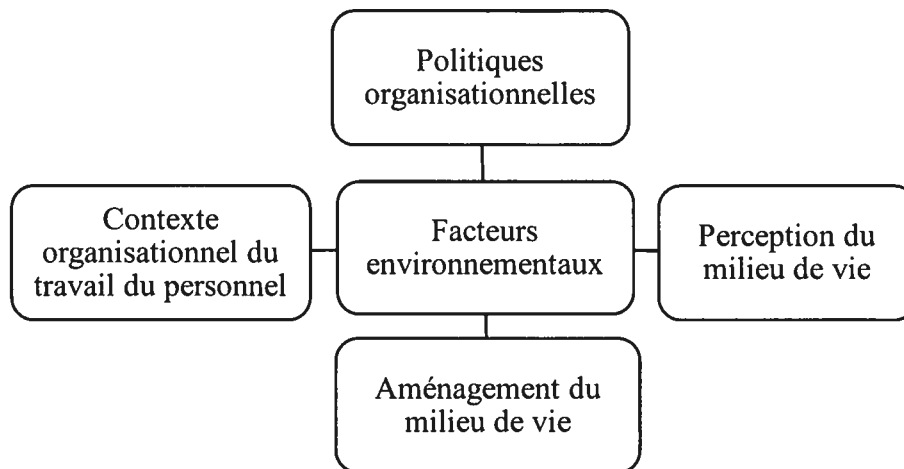


Facteurs environnementaux

Le premier thème majeur ressorti de la recherche portant sur les perceptions des infirmières concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD est relié aux facteurs environnementaux. Les facteurs environnementaux, soit les facteurs propres au milieu du CHSLD, représentent, pour l'ensemble des infirmières rencontrées, des contraintes à la satisfaction des besoins entourant la sexualité de la personne âgée hébergée. L'arbre thématique présenté à la Figure 2 illustre les facteurs environnementaux susceptibles d'avoir un impact sur l'atteinte de ce besoin.

Figure 2

Arbre thématique des facteurs environnementaux ayant un impact sur la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD



L'arbre thématique contient quatre thèmes majeurs, lesquels sont : la perception du milieu de vie que constituent les CHSLD, l'aménagement du milieu de vie, le contexte organisationnel dans lequel s'inscrit le travail du personnel de la santé ainsi que les politiques organisationnelles.

Perception du milieu de vie. Le premier thème de l'arbre thématique des facteurs environnementaux est la perception du milieu de vie. Deux des infirmières ont abordé leurs perceptions quant au milieu de vie que constituent les CHSLD. Pour ces deux infirmières, la définition et la conception de ce que devrait être un milieu de vie différent

de la réalité au quotidien, tel qu'exprimé par l'une d'entre elles : « En tant qu'infirmière, puis ce que je perçois, ça [la sexualité] n'a pas lieu d'être, c'est un lieu public. Ça n'a pas lieu d'être à l'hôpital. Là, en CHSLD, c'est comme une maison » (P.2, 46ans).

Cette même participante précise que : « On est toujours en train de prôner que oui, c'est vrai, c'est un milieu de vie mais il ne faut pas oublier qu'on est dans une institution style-hôpital » (P.2, 46 ans). Pour cette participante, le fait qu'il s'agisse d'un établissement appartenant au réseau public fait en sorte que : « Ils disent milieu de vie, mais on est un centre hospitalier aussi en même temps [...]. On n'est pas une maison de passe » (P.2, 46 ans). Les propos d'une seconde infirmière abondent dans le même sens en affirmant : « Dans le fond, en théorie, ici, on n'est pas un hôpital, on est un hébergement [...]. Ici, c'est une institution » (P.7, 56 ans).

Aménagement du milieu de vie. Le deuxième thème de l'arbre thématique des facteurs environnementaux est l'aménagement du milieu de vie. Pour les huit participantes, l'aménagement du milieu de vie n'est aucunement propice à la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui y résident, tel que mentionné par l'une d'entre elles : « Ce n'est pas propice parce que c'est plus un milieu hospitalier, il n'y a rien qui amène à avoir des choses sexuelles » (P.7, 56 ans). L'explication du qualificatif d'un milieu non propice à la sexualité varie toutefois d'une infirmière à l'autre lors des entrevues. Pour certaines, l'aménagement des chambres pour deux personnes

représente un enjeu important à la réalisation des besoins entourant la sexualité, et ce, en raison de l'intimité qui est difficile à préserver, tel qu'exprimé par une participante: « Leur milieu n'est pas tellement propice quand tu es dans une chambre à deux puis que c'est juste un petit rideau qui sépare » (P.7, 56 ans). Pour une autre infirmière, la contrainte des chambres à deux est en partie responsable de la fin de la vie sexuelle de la personne âgée. Elle stipulait d'ailleurs qu'initialement, soit avant l'obligation des chambres privées ou semi-privées, le centre présentait plusieurs chambres pouvant accueillir jusqu'à quatre résidents, ce qui représentait une plus grande contrainte à la préservation de l'intimité et aux possibilités de maintenir une vie sexuelle active. Il est important de mentionner ici que les participantes ont précisé qu'il y avait plusieurs chambres doubles au sein du CHSLD. L'aménagement des aires communes est également ressorti comme étant un élément représentant un enjeu à la sexualité de la personne âgée en CHSLD. Par ailleurs, le manque de lieux autres que la chambre privée, lorsqu'un résident en possède une, apparaît comme problématique, tel qu'exprimé par une participante : « Il n'y a même pas de chambres. Des fois, en prison, il y a des roulottes disponibles la fin de semaine. Des affaires de même. Ici, il n'y a absolument rien » (P.1, 60 ans).

Contexte organisationnel du travail du personnel. Le troisième thème de l'arbre thématique des facteurs environnementaux est le contexte organisationnel dans lequel s'inscrit le travail du personnel soignant. Deux infirmières ont d'ailleurs nommé le

manque d'intimité créé par l'organisation comme facteur non facilitant au maintien de la sexualité dans les CHSLD. Une autre infirmière mentionne que :

Il y a beaucoup de monde, il y a beaucoup de va-et-vient, il y a comme trop de va-et-vient [...]. On fait des tournées tout le temps. On est souvent dans les chambres à vérifier, voir si tout est correct. Il y a le va-et-vient avec le personnel mais dans la journée, avec les familles. Tu as la physio, l'ergo, les familles. Ça bouge tout le temps, tout le temps, continuellement (P.6, 52 ans).

Politiques organisationnelles. Le quatrième et dernier thème de l'arbre thématique des facteurs environnementaux est associé aux politiques organisationnelles. Les politiques organisationnelles dont s'est doté le CHSLD viennent également teinter la possibilité d'entretenir une vie sexuelle. En fait, 7 participantes sur 8 ont mentionné ignorer s'il existait des politiques, des directives ou des écrits visant à encadrer et à guider les infirmières lors de situations empreintes de sexualité chez les résidents qui y vivent. Bien que non clairement reliées à la sexualité, certaines normes demandées par l'organisation sont susceptibles d'occasionner un impact sur la vie sexuelle des résidents, tel qu'exprimé par une participante : « On prône le milieu de vie, mais ils n'ont pas le droit de faire ce qu'ils veulent. On n'a pas le droit de fermer la porte » (P.2, 46 ans). La participante a d'ailleurs mentionné qu'il s'agissait d'une nouvelle demande de l'organisation survenue à la suite d'une situation médiatique, mais non en lien avec la sexualité des personnes âgées.

Une seconde infirmière mentionne que l'application de certaines directives organisationnelles nuit concrètement à la possibilité de conserver une vie sexuelle en CHSLD. Il est question de l'impossibilité d'instaurer une chambre mixte, soit une chambre accueillant un homme et une femme, tel qu'exprimé par la participante :

Les infirmières, je pense qu'on est obligé de se plier à certaines conformités [...]. On est obligé de respecter les conditions des milieux [...]. Bien moi, j'ai trouvé ça un petit peu plate. Dernièrement, justement, on a eu des résidents que la femme est à un étage puis le monsieur est à l'autre étage puis on a de la misère à ce qu'ils se voient [...]. C'est sûr que dans le cas que ça serait des gens, des couples qui se ramasseraient ici, en même temps (...), on nuirait à ça parce que c'est toujours les hommes d'un bord puis les femmes de l'autre bord (P.8, 28 ans).

Une infirmière fait mention de sa perception quant aux directives qui régissent l'organisation de son travail et qui encadrent notamment la sexualité des personnes âgées qui résident en CHSLD en s'exprimant ainsi : « Dans un établissement comme ici, il faut que ça soit *politically correct*, il faut que ça soit *low profile*, il faut que ça soit beau-là. Mais pour moi, ils ne voudraient pas, ils ne veulent pas gérer la sexualité » (P.2, 46 ans).

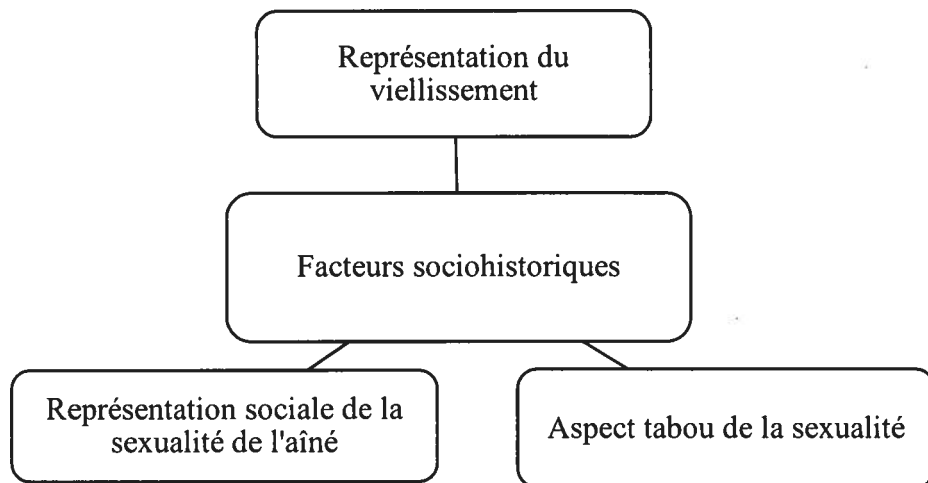
Les infirmières interrogées ont rapporté plusieurs enjeux environnementaux qui engendrent des impacts sur la vie sexuelle des personnes âgées résidant en CHSLD et qui, par le fait même, viennent teinter leurs perceptions sur les besoins entourant la sexualité des aînés qui y sont hébergés. Bien qu'il s'agisse de facteurs propres à l'organisation, certains éléments externes ont également été énumérés par les infirmières. Ils sont regroupés sous le thème des facteurs sociohistoriques.

Facteurs sociohistoriques

Le deuxième thème majeur ressorti de l'analyse des données est associé aux facteurs sociohistoriques. Différents aspects sociohistoriques ont été identifiés par les participantes comme potentiellement susceptibles d'engendrer des conséquences sur la sexualité des résidents. Parmi ces différents facteurs figurent la représentation du vieillissement, l'aspect tabou découlant de la sexualité ainsi que la représentation sociale de la sexualité de l'aîné. L'arbre thématique présenté à la Figure 3 illustre l'ensemble des facteurs sociohistoriques.

Figure 3

Arbre thématique des facteurs sociohistoriques ayant un impact sur la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD.



Représentation du vieillissement. Le premier thème de l'arbre thématique des facteurs sociohistoriques est associé à la représentation du vieillissement. Une participante témoigne avoir remarqué et ressenti elle-même en vieillissant le changement de paradigme sur la conception que la population maintient de manière générale quant au vieillissement. Elle mentionne que : « C'est plus un signe de maladie. Tu n'es plus dans la fleur de l'âge, tu décèdes. Je cherche le mot...peut-être qu'il y a un autre mot pour ça...tu es en pente descendante au lieu d'être en pente montante » (P.6, 52 ans).

Aspect tabou de la sexualité. Le deuxième thème de l'arbre thématique des facteurs sociohistoriques fait référence à l'aspect tabou de la sexualité. Lorsqu'il a été question de discuter de l'aspect tabou que peut représenter la sexualité, plusieurs participantes à l'étude ont mentionné que la sexualité s'avère, en premier lieu, un tabou pour la personne âgée elle-même, tel qu'exprimé par une participante : « La sexualité est cachée, ils n'en parlaient pas, ils n'en ont jamais comme parlé et on dirait que ça continue » (P.1, 60 ans). En fait, certaines infirmières mentionnent que les personnes âgées cachaient les rapports sexuels qu'elles avaient avec leur conjoint et que cet aspect tabou de la sexualité relève d'un apprentissage qui leur avait été fait. Une infirmière précise que le tabou que constitue la sexualité pour la personne âgée est susceptible d'engendrer un impact sur sa vie sexuelle ainsi que sur les moments d'intimité, et ce, une fois qu'elle sera hébergée en CHSLD, tel que rapporté dans l'extrait suivant :

Je pense, c'est sûr qu'il faut y aller avec le besoin de la personne âgée. Si pour la personne âgée, c'est tabou d'en parler puis que pour elle, c'est rayé de sa « map » depuis des années puis qu'ils ne faisaient jamais ça, que c'était juste pour concevoir les enfants... Je ne vois pas pourquoi aller stimuler ça, parce que pour certains, des fois, malheureusement, ce n'est pas de gaieté de cœur d'en parler (P.1, 60 ans).

De plus, selon une participante, l'âge de l'intervenant représente un facteur déterminant quant à la perception que la sexualité doit être cachée ou non, tel qu'en témoignent ses propos :

Ce que j'ai remarqué, le peu de personnes [...] qui avaient un tabou peut-être par rapport à la sexualité des personnes âgées, c'était des personnes qui étaient dans la cinquantaine avancée ou d'une autre génération, style baby-boomer, qui étaient plus fermées à ça. Je penserais plus que c'est par rapport à l'âge (P.2, 46 ans).

Dans le même ordre d'idées, sept participantes ont avoué que la sexualité demeure un sujet très peu abordé au sein de l'établissement de travail. Parmi les raisons fournies, afin d'expliquer ce silence, figure notamment la crainte que cela ne soit pas bénéfique pour le résident, tel qu'énoncé par ces propos :

Ça stimulerait puis à ce moment-là, ça ne serait peut-être pas bon parce que malheureusement, pour certains résidents, ce n'est simplement pas avec une madame qui a sa connaissance. Ils ne font pas ça contre eux autres, ce n'est pas méchamment mais c'est sûr qu'on ne cherche pas non plus à énerver puis à rendre leur libido super active, quand c'est des messieurs (P.8, 28 ans).

Finalement, pour d'autres participantes, il s'agit parfois d'une décision personnelle, de l'ouverture d'esprit de l'intervenant d'aborder ou non la sexualité au cours de son évaluation infirmière et au cours de sa pratique professionnelle. Tel que mentionné par une participante : « La sexualité, pour moi, c'est privé. Je veux que personne ne s'occupe de ma vie alors je ne m'occupe pas de ça » (P.1, 60 ans). Ainsi, l'aisance du personnel de vérifier l'importance pour le résident de conserver des moments d'intimité et de sexualité est étroitement reliée à son degré d'acceptabilité et de confort envers la sexualité de l'ainé en CHSLD.

Le sentiment d'inconfort que procurent, à elles-mêmes ou à leurs collègues, les situations de sexualité entre résidents au sein de leur milieu de travail a été abordé par sept participantes. Il ressort que certains intervenants ne seraient pas à l'aise d'en parler alors que d'autres seraient plus à l'aise de parler de sexualité. Une participante précise que, selon elle, le personnel ne sait pas de quelle façon intervenir lors de situations empreintes

de sexualité et d'intimité. Une participante avance le fait que le malaise, la gêne proviennent du manque de connaissances sur le sujet considérant qu'il ne s'agit pas de leur domaine d'expertise. Cette participante soulève le questionnement qu'entraînent ces situations affirmant que : « C'est juste qu'on se questionne beaucoup éthiquement à savoir : " Qu'est-ce qu'on fait avec ces comportements-là?". C'est ça qui est le plus compliqué, je trouvais. "Est-ce que c'est acceptable? Est-ce qu'on le laisse aller?" » (P.3, 31 ans).

La majorité des participantes ont fait ressortir que ces situations les amènent à sortir de leur zone de confort, tel qu'exprimé par l'une d'entre elles : « On est comme peureux, je pense, face à qu'est-ce qui se passe. On joue, on marche un peu « sur des œufs » quand il y a des situations comme ça » (P.8, 28 ans).

Représentation sociale de la sexualité de l'ainé. Le troisième et dernier thème de l'arbre thématique des facteurs sociohistoriques est relié à la représentation sociale de la sexualité de l'ainé. Selon sept des huit participantes, les tabous entourant la sexualité de l'ainé ne touchent pas seulement la personne âgée elle-même mais également des individus au sein de la société, et ce, indépendamment de l'âge. En effet, la représentation sociale envers la sexualité des aînés semble expliquer, pour certaines participantes, que l'aspect tabou soit toujours présent puisque la sexualité serait mal comprise pour plusieurs. La sexualité représente un sujet peu abordé, tel que l'exprime une participante :

Au niveau de la société, c'est sûr que ce n'est pas quelque chose que le monde va aller vraiment se renseigner, en général. Mais non, je pense que dans la société, le monde ne va même pas penser à ça. Moi, je n'ai jamais vraiment entendu parler de ça à l'extérieur de mon travail (P.4, 26 ans).

Une participante a mentionné que la société devrait s'intéresser davantage à la sexualité des personnes âgées et que cela entraînerait une certaine ouverture des gens à échanger sur ce sujet, tel qu'exprimé par ses propos :

C'est sûr que si la société mettait plus de l'avant que oui, les personnes âgées ont encore une sexualité, peut-être que ça ferait en sorte que nous, on serait plus porté à être, le mot intéressé c'est peut-être... on serait peut-être plus intéressé à discuter de ça, en général. Je pense que ça serait quelque chose qui serait important au niveau de la société qu'on soit plus ouvert face à la sexualité des personnes âgées (P.4, 26 ans).

Une autre participante a également mentionné que la société devrait porter un plus grand intérêt envers la sexualité de l'ainé afin de s'adapter au changement populationnel qui se produit actuellement, soit une population vieillissante. À l'inverse, l'une des participantes avance que, pour elle, la société ne devrait pas davantage s'intéresser à cet aspect de l'ainé. Cette ambivalence sur le niveau d'intérêt que porte actuellement la population envers la sexualité des aînés semble étroitement reliée à la représentation propre du vieillissement. Il fait nul doute que la société perçoit différemment la sexualité de la personne âgée comparativement à celle de groupes d'âges différents. En fait, quatre participantes sur huit ont avancé que la sexualité est perçue négativement dans la société et même qu'elle ne devrait plus être présente à partir d'un certain âge non clairement déterminé. Une participante mentionne que, pour la population générale, l'ainé : « est

considéré comme une personne sage, la sagesse. Puis tu ne peux pas avoir de sexualité, c'est comme une fois que ta famille est faite, que tout est fait, tu es rendu à ne pas avoir de vie sexuelle » (P.6, 52 ans).

Certaines participantes ont mentionné que la sexualité n'est plus présente en vieillissant parce que « le monde pense qu'à un certain âge, tout arrête » (P.8, 28 ans). Pour l'une des participantes, il ne semble pas seulement circuler une idée sur la présence ou non de la sexualité mais également sur l'absence de droit à la sexualité rendu à un âge avancé.

Cette fois-ci, du point de vue de leurs perceptions personnelles, la totalité des participantes conçoivent la sexualité au cours de la vie comme étant un élément normal, naturel, essentiel, faisant partie de la vie et qui demeure important pour s'épanouir. Toutefois, six participantes mentionnent que la sexualité représente un besoin, un désir et un aspect qui demeure au cours de la vie, mais qui a tendance à évoluer, se transformer et s'adapter au fur et à mesure que la personne vieillit. Ainsi, pour plusieurs participantes, la sexualité a tendance à diminuer quantitativement au cours du vieillissement, et ce, au même titre que l'intensité émotionnelle qui en est reliée. Nonobstant, cela n'empêche en rien qu'il s'agisse d'un besoin que certains conserveront jusqu'à la fin de leur vie. Ainsi, la satisfaction de ce besoin risque d'être influencée par la perception des infirmières envers la sexualité des personnes âgées, perceptions concernant les bienfaits reliés à la

sexualité, les droits qui en sont reliés et l'acceptation de la sexualité en CHSLD. Toujours en référence à la représentation sociale de la sexualité de l'ainé, par le biais des entrevues semi-structurées, les participantes ont fait ressortir trois sous-thèmes, lesquels sont : les bienfaits de la sexualité, le droit à la sexualité de même que le désaccord du personnel soignant. Ces sous-thèmes sont développés dans la section qui suit.

Bienfaits de la sexualité. Le premier sous-thème relié à la représentation sociale de la sexualité de l'ainé réfère aux bienfaits de la sexualité. Les participantes perçoivent également la sexualité de manière positive, pouvant être une source de bien-être, et ce, même chez la personne âgée. Selon cinq participantes, la sexualité peut amener un certain bien-être et du bonheur pour les résidents des CHSLD tel qu'exprimé par ces propos : « Que tu aies 80 ou 90 ans, que tu en aies 50, je vois ça comme l'intégral de la vie, d'épanouissement et d'enrichissement aussi » (P.2, 46 ans). La sexualité permettrait de combler un besoin d'intimité et de satisfaire des désirs qui persistent et représenterait, par le fait même, un aspect libérateur pour la personne qui est en mesure de combler ce besoin.

Droit à la sexualité. Le second sous-thème relié à la représentation sociale de la sexualité de l'ainé est en lien avec le droit à la sexualité. Deux participantes ont abordé l'aspect du droit de conserver des moments empreints de sexualité, et ce, peu importe l'âge du résident, tel que le rapporte cette participante : « Jeune adulte, adulte ou personne âgée, je pense que si tu as une sexualité à vivre, tu as le droit de la vivre, peu importe l'âge que tu as » (P.6, 52 ans). Une participante a également appuyé l'idée que la sexualité

représente un droit humain en affirmant que : « Ils ont droit d'avoir des envies [...], ils ont le droit. C'est comme tout le monde! Pourquoi qu'eux, ils seraient à part des autres? » (P.8, 28 ans).

Personnel soignant en désaccord avec la sexualité des résidents. Le troisième et dernier sous-thème relié à la représentation sociale de la sexualité de l'aîné est associé au désaccord du personnel soignant avec la sexualité des résidents. Des participantes ont avoué ressentir une réticence ou même une désapprobation envers la sexualité des résidents du CHLSD ou du moins percevoir que certains de leurs collègues n'acquiescent pas à l'idée que la sexualité devrait être permise au sein de l'établissement. De ce fait, pour une participante, la sexualité de la personne âgée semble désagréable, voire repoussante, du fait que la plupart des résidents hébergés au CHSLD présentent une condition de mobilité réduite, de perte d'autonomie, d'atteintes cognitives, d'incontinence fécale, urinaire et parfois mixte. Ainsi, l'acceptation de la sexualité varie au sein du personnel infirmier et de la direction. Pour deux participantes, la crainte des problématiques pouvant découler de la présence de sexualité au sein de l'organisation s'avère inquiétante, tel qu'en témoignent les propos de l'une d'elles :

C'est plus qu'on veut éviter les problématiques qui ne sont pas acceptables qui se produisent [...]. J'ai déjà vu dans une autre résidence des couples qui se forment en fait. C'est sûr qu'il peut y avoir des relations sexuelles mais des fois, ça crée des problèmes (P.6, 52 ans).

Une participante mentionne également son inquiétude face à la gestion difficile qu'entraînerait une situation qui pourrait être perçue comme problématique par le public, tel que rapporté dans les propos qui suivent :

Imaginez la gestion des soins [...]. Je pense que les gens ne voudraient pas. Ils seraient ouverts, ils ne verraient pas d'inconvénients tant que ça ne serait pas sur leurs unités. Qu'ils feraient ça à la maison, chez eux mais pas à l'unité dans un centre. Je pense que c'est plus ça. Ils ne voudraient pas avoir à gérer ça sur leurs unités. [...] Ouf, comment on gère ça? Oh, mon Dieu, faudrait... Comment gérer ça? Puis les résidents errants, on ferme la porte, on barre la porte et on sait qu'ils sont en train de le faire. On est dans un établissement public. Ah, que je ne voudrais pas gérer ça. Je pense que je me retirerais [rire] (P.2, 46 ans).

Les participantes expriment des opinions mitigées concernant la sexualité de l'aîné. La satisfaction de ce besoin risque d'être influencée par la perception et l'accompagnement que le résident, une fois hébergé en CHSLD, obtiendra du personnel soignant. Cet accompagnement, bien que pouvant provenir de diverses sources, prend forme sous le thème de l'assistance à la satisfaction d'un besoin humain.

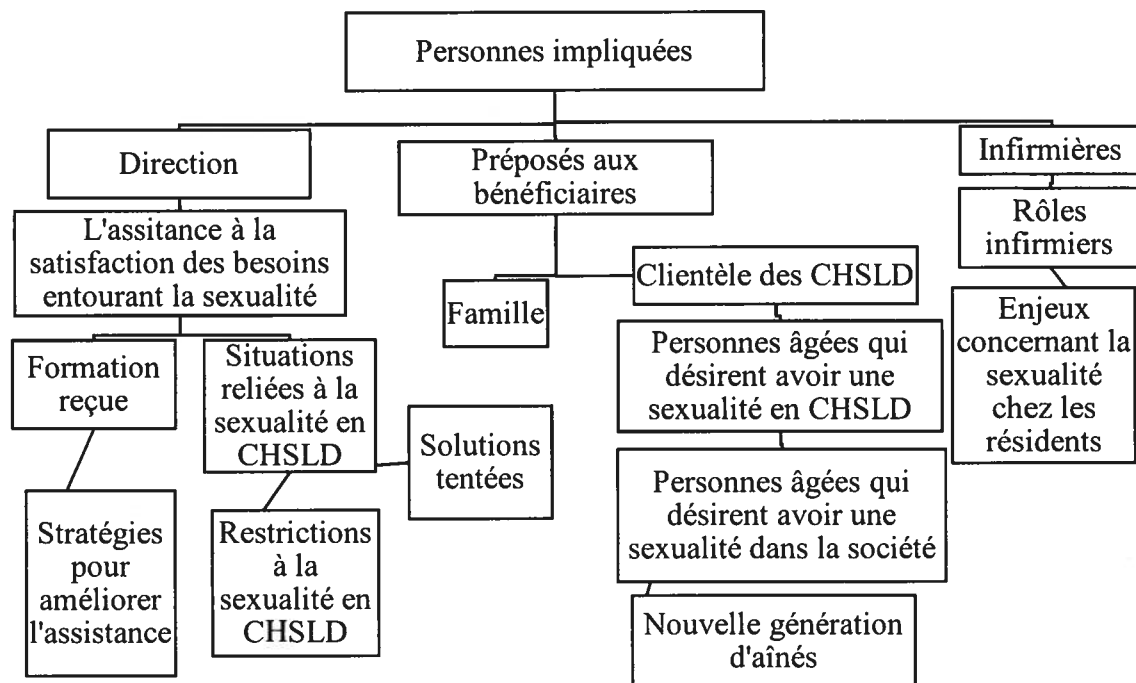
Assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité

Le troisième et dernier thème majeur ressorti de l'analyse des données est associé aux facteurs découlant de l'assistance du personnel ayant un impact sur la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD. Différents éléments, au nombre de neuf, ont été identifiés par les participantes. Parmi ces différents facteurs figurent : 1. les personnes impliquées; 2. les situations reliées à la sexualité; 3. les

rôles infirmiers; 4. les enjeux; 5. les aînés désirant maintenir une sexualité en CHSLD et 6. dans la société; 7. une nouvelle génération d'aînés; 8. la formation reçue et finalement 9. les stratégies pour améliorer l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité. L'arbre thématique présenté à la Figure 4 illustre ainsi l'ensemble des facteurs reliés à l'assistance du personnel ayant un impact sur la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD.

Figure 4

Arbre thématique des facteurs reliés à l'assistance du personnel ayant un impact sur la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées hébergées en CHSLD.



Personnes impliquées dans l'assistance des besoins entourant la sexualité

Selon l'analyse des données, les personnes impliquées dans l'assistance des besoins entourant la sexualité sont la direction, les infirmières ainsi que les préposés aux bénéficiaires.

Direction. Le premier thème de l'arbre thématique de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité est relié aux personnes impliquées, dont la direction. Les thèmes qui ressortent des données collectées chez quatre participantes en référence à la direction sont les suivants : crainte, désir de ne pas s'impliquer, désaccord et besoin non prioritaire. En effet, des participantes mentionnent que la direction perçoit la sexualité des résidents en hébergement plutôt négativement ou du moins entraînant son lot d'enjeux. Une participante affirme avoir l'impression que la direction craint littéralement les répercussions que peut engendrer la présence de la sexualité ou sein de l'organisation, tel que retrouvé dans ses propos :

Je pense que c'est craint parce que, comme on dit, un petit peu face à tout ce que ça engendre puis d'aller dire à une famille : « Il arrive telle affaire, on les a surpris quelques fois ». Tu ne sais jamais comment ça va être perçu par une famille. Je pense que c'est craint parce qu'on veut être certain, on ne veut pas aussi aller créer des préjudices à un ou à l'autre. Il faut bien exprimer ce qu'on voit, puis ce qu'eux autres ont l'air de ressentir parce qu'eux autres ne sont même pas capables de l'exprimer à leur famille (P.8, 28 ans).

Une autre participante propose que, selon elle, la direction ne souhaite pas instaurer des directives claires quant à la présence de la sexualité dans l'établissement pour ne pas avoir « à gérer ça » (P.2, 46 ans). Après la crainte et le désir de ne pas s'impliquer directement dans la prise de décision, une participante émet l'idée que la direction ne serait pas en accord avec la présence d'intimité chez les résidents pour lesquels on ne peut évaluer le consentement. Bref, la direction ne semble pas mettre le besoin entourant la sexualité de l'ainé comme un élément prioritaire.

Infirmières. Parmi les personnes impliquées dans l'assistance des besoins entourant la sexualité se retrouvent les infirmières. Les participantes, qui sont elles-mêmes infirmières, reconnaissent qu'elles peuvent avoir un impact sur le plan de la satisfaction des besoins des résidents. Pour cette raison, leurs différentes perceptions entourant la sexualité des résidents de leur milieu de travail ont été précédemment énumérées dans la section des représentations sociales de la sexualité de l'aîné.

Préposés aux bénéficiaires. Comme autres personnes impliquées dans l'assistance des besoins entourant la sexualité se retrouvent les préposés aux bénéficiaires. Pour la totalité des participantes, le personnel œuvrant en CHSLD est susceptible d'avoir un impact sur la satisfaction de la vie sexuelle des résidents hébergés en CHSLD. Il importe de mentionner que pour l'une des participantes, le titre d'emploi de l'intervenant ne représente en aucun cas un facteur déterminant de son aisance à intervenir auprès du résident, tel qu'exprimé dans ce qui suit :

Je pense que ça n'a pas rapport avec le titre d'emploi. Je pense... dans le fond, on est comme une petite société. Puis c'est comme dans la société, il y a des gens qui ne sont pas à l'aise d'en parler, puis il y a des gens qui sont plus à l'aise d'en parler. Que tu sois infirmière, préposée ou infirmière auxiliaire... (P.6, 52 ans).

Pour une autre participante, les préposés présenteraient davantage un malaise à accompagner le résident dans la satisfaction de son besoin entourant la sexualité. Pour elle, cette situation s'expliquerait par le fait qu'elles ont moins accès à l'information

concernant le résident, et ce, en raison du droit à la confidentialité des usagers qui bénéficient des services et des soins de santé. De ce fait, selon la participante, sans que le sujet de la sexualité représente en soi un tabou, les préposés qui travaillent occasionnellement à l'étage comparativement à ceux qui y travaillent régulièrement seraient moins informés des conditions personnelles des résidents.

Situations reliées à la sexualité. Le deuxième thème de l'arbre thématique de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité est en lien avec des situations reliées à la sexualité. Les huit participantes mentionnent que les situations de sexualité représentent des événements rarement observés, voire inexistants, dans leur milieu de travail. Les données collectées ont permis d'apporter des précisions quant à l'aspect quantitatif et qualitatif des situations reliées à la sexualité. Les participantes ont mentionné être rarement confrontées à de telles situations, tel que retrouvé dans les propos suivants : « Je te dirais que ça peut arriver deux fois par année qu'on puisse avoir des troubles de comportement, mettons des déviants sexuels, de deux à trois fois par année » (P.7, 56 ans). Les participantes mentionnent que les situations reliées à la sexualité ne représentent pas des situations de sexualité dite normale, acceptable et qui répondent à la définition d'une situation de sexualité et d'intimité entre résidents. La sexualité est davantage perçue comme une problématique que comme un événement dégageant un véritable besoin affectif et physique, tel qu'en témoignent les propos d'une participante :

Moi, ça fait longtemps que je travaille. Peut-être dans les premières années mais je pense qu'aujourd'hui, il n'y en a plus vraiment. Je veux dire entre un homme et une femme. Les personnes ont tellement de troubles cognitifs que je pense qu'il n'y en a pu, bien il n'y en a pu, il n'y en a pu vraiment en CHSLD. S'il y en a, ce n'est pas nécessairement voulu, je pense (P.6, 52 ans).

Les éléments problématiques soulevés sont majoritairement abordés sous l'angle d'atteintes cognitives ainsi que de comportements inappropriés, tels que les gestes de nature sexuelle posés envers un autre résident ou le personnel soignant. Les exemples de situations jugées non acceptables sont nombreux. Une participante rapporte une situation qui s'est produite entre deux résidents présentant des atteintes cognitives :

Il y avait une dame qui se déshabillait tout le temps, toute nue puis il y avait un monsieur qui aimait ça. C'est parce que lui, il n'avait plus d'inhibition parce que c'est un genre de traumatisé crânien, puis une démence qui s'installait tranquillement. Mais elle, elle ne haïssait pas ça. Une de ses sœurs me disait qu'elle a tout le temps bien aimé les hommes. Mais là, avec sa démence, elle venait à n'avoir plus d'inhibition (P.2, 46 ans).

Les comportements sexuels solitaires dans un endroit inadéquat pour entretenir une relation intime ou empreinte de sexualité ont également été soulevés comme une situation problématique pouvant être observée, tel que le rapporte une participante :

Du peu de situations que j'ai eues, c'est le monsieur justement qui se masturbait dans le salon devant tout le monde puis que ça n'avait pas été évident comme situation. Essayer de lui trouver une place adéquate pour lui, c'était la chambre de bain [rire]. Je trouve que ce n'est pas vraiment adéquat (dans le salon), pauvre monsieur (P.4, 26 ans).

D'autres situations en lien avec la satisfaction des besoins entourant la sexualité, de manière solitaire, ont également été mentionnées par les participantes. Certains résidents feraient l'usage de films (bien que rare), de photos ou de vidéos de nature explicite, tel que mentionné par l'une des participantes : « La personne, il fallait des photos et tous les soirs, il fallait l'installer [...]. Les gens étaient plus ou moins d'accord mais c'était comme... ça va être comme ça! » (P.1, 60 ans).

Restrictions à la sexualité en CHSLD. En lien avec le thème des situations reliées à la sexualité, des restrictions sont ressorties des données collectées. Parmi les participantes, six d'entre elles ont proposé des restrictions qu'elles émettraient si elles le pouvaient. Restrictions qui devraient être respectées afin d'accepter la sexualité en CHSLD. En fait, une participante mentionne la nécessité d'encadrer les situations reliées à la sexualité en CHSLD pour éviter les abus qui pourraient survenir. En plus de l'encadrement, deux participantes ont fait ressortir l'importance de la prise de décision en équipe interdisciplinaire, tel que retrouvé dans les propos de l'une d'entre elles:

Dans le fond, moi, je ne peux pas décider comme infirmière de dire : " Vous avez le droit d'avoir des relations sexuelles ". Il faut se rencontrer en équipe interdisciplinaire et il faut en parler et si ça ne cause pas de préjudices aux personnes concernées, ça va être permis mais peut-être encadré (P.7, 56 ans).

La restriction principale proposée par six participantes est la nécessité d'être apte à consentir à avoir une relation sexuelle ou intime avec une personne. De plus, afin de pouvoir vivre sa sexualité en CHSLD, le respect de tous et de chacun s'avère nécessaire.

Des participantes, au nombre de trois, ont abordé cette condition, bien qu'elles le proposent sous différents angles. Deux participantes mentionnent que le résident doit être dans un endroit approprié à la satisfaction des besoins entourant la sexualité, par exemple la masturbation. Le résident doit alors choisir un endroit privé (sa chambre) et non commun à l'ensemble des autres résidents (le salon) du CHSLD. Une participante fait ressortir que l'important est de respecter les autres résidents en ne dérangeant pas la sérénité du milieu et en ne créant pas de malaises.

Solutions tentées. En lien avec le thème des situations reliées à la sexualité, des solutions sont ressorties des données collectées. Afin de répondre aux situations empreintes de sexualité, les participantes ont mentionné des solutions qu'elles ont soit tentées ou encore qu'elles ont observées au cours de leur pratique. Les solutions ont été regroupées en trois catégories, soit : 1. l'accès au partage d'informations en interdisciplinarité; 2. l'utilisation des techniques de diversion et 3. l'utilisation d'outils externes.

En ce qui a trait à la première catégorie de solutions, sept participantes ont mentionné la facilité d'accès aux différents intervenants de l'organisation et au partage d'informations en interdisciplinarité. Des participantes, plus précisément trois, ont abordé l'aspect de discussion et de prise de décision en équipe lorsque vient une situation d'intimité, tel que rapporté par l'une d'elles : « Je vais en parler avec les autres. Si tu as des décisions à prendre, ça ne sera pas toute seule, ça sera en équipe » (P.6, 52 ans).

D'autres participantes, au nombre de quatre, ont mentionné que le chef de programme et son assistante demeurent disponibles et qu'ils représentent une source de soutien, tout comme peut l'être l'ergothérapeute lorsque vient le temps de trouver une solution pour favoriser l'isolement à la chambre ou pour préserver l'intimité d'un résident, telle l'installation d'une demi-porte chez un résident qui présente des comportements sexuels inappropriés. La travailleuse sociale de l'organisation représente, pour cinq participantes, une ressource judicieuse pour évaluer et cibler les besoins du résident ou encore lorsqu'arrive une situation complexe.

Une seconde catégorie de solutions émises par les participantes est l'utilisation des techniques de diversion lorsqu'arrive une situation reliée à la sexualité. Parmi les techniques de diversion, figure l'isolement à la chambre afin de tenter d'attirer l'attention du résident sur un sujet autre que son désir sexuel, tel que rapporté par une participante :

On les sépare. On les met plus isolés mais avec le consentement de la famille. On les retire un peu plus dans leur chambre avec une demi-porte [...]. Essayer de les restreindre dans leur chambre ou des fois essayer de faire de la diversion mais il y en a qui ne sont pas capables de faire de la diversion puis ils deviennent comme agressifs parce que c'est ça qu'ils veulent (P.2, 46 ans).

Pour une participante, les techniques de diversion utilisées dans le CHSLD ont principalement pour objectif d'empêcher les activités reliées à la sexualité des résidents. Une participante avoue qu'il arrive souvent que le geste ou le comportement sexuel d'une personne est évalué sous l'angle du trouble de comportement. Elle précise que certains résidents, surtout les hommes, reçoivent un traitement pharmacologique pour diminuer les désirs sexuels qu'ils présentent.

La troisième catégorie de solutions est l'utilisation des outils externes dont du matériel explicite tel que des livres ou des vidéos.

Rôles infirmiers. Le troisième thème de l'arbre thématique de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité réfère aux rôles infirmiers. Les rôles infirmiers proposés par les participantes concernant les activités reliées à la sexualité chez les résidents ont été regroupés en cinq catégories : 1. promouvoir le besoin entourant la sexualité de la personne âgée en CHSLD; 2. évaluer le résident sur sa capacité à consentir à la sexualité; 3. appliquer le mandat de protection que doit assurer l'infirmière; 4. faire de l'enseignement auprès de la clientèle et 5. communiquer avec la famille pour les aviser des activités reliées à la sexualité.

Première catégorie : les infirmières ont un rôle de promouvoir les besoins entourant la sexualité de la personne âgée en CHSLD. Elles doivent également adopter une attitude positive envers ce besoin et montrer une ouverture d'esprit afin de permettre à la personne de conserver cet aspect de sa vie, cela a d'ailleurs été soulevé plusieurs fois lors des entrevues. Des participantes, au nombre de trois, ont mentionné le fait que les infirmières ne doivent pas banaliser la sexualité des aînés ou encore anticiper sans même vérifier auprès du résident que ce dernier ne porte plus d'importance à la sexualité. À cette promotion de la satisfaction des besoins sexuels des résidents s'ajoute la contribution à l'instauration ou à la conservation d'une intimité chez les résidents en CHSLD. Toutefois,

selon trois participantes, l'infirmière doit avoir un rôle plutôt effacé dû à l'inconfort qui s'y rattache ou au désir de ne pas s'investir dans ce rôle d'assistance concernant la sexualité des résidents en CHSLD.

Deuxième catégorie : évaluer le résident sur sa capacité à consentir à la sexualité. L'infirmière doit évaluer s'il s'agit réellement d'un désir pour le résident et évaluer les besoins sous-jacents. Néanmoins, trois participantes ont précisé leurs inquiétudes entourant leur responsabilité, leur difficulté à évaluer, comme le rapporte une participante : « C'est là qu'on tombe dans un problème éthique » (P.4, 26 ans). Une participante mentionne ses inquiétudes en lien avec le fait qu'une erreur d'évaluation pourrait occasionner des conséquences pour l'intégrité du résident.

Troisième catégorie : appliquer le mandat de protection que doit assurer l'infirmière. Des participantes, au nombre de six, ont fait ressortir que l'infirmière a la responsabilité d'agir dans l'intérêt du résident, de le protéger, d'éviter les abus et de défendre ses choix et ses droits.

Une participante soulève également sa responsabilité d'avoir constamment une connaissance des activités qui se déroulent sur le département car les résidents présentent des conditions de santé particulières qui peuvent entraîner des situations à risques, tel que rapporté par ses propos :

C'est sûr qu'il faut quand même qu'il y ait une surveillance en CHSLD avec les résidents qu'on a. Il faut être sûr qu'il n'y ait pas de danger. Il faut quand même avoir un minimum de conscience de ce qui se passe puis de savoir... oui, ils sont là, parce qu'il faut quand même de la surveillance usuelle. C'est sûr que malheureusement, on est confronté qu'il y en a eu des infarctus (P.8, 28 ans).

Quatrième catégorie : faire de l'enseignement auprès de la clientèle. Selon trois participantes, les infirmières ont la responsabilité de guider les résidents afin qu'ils puissent faire un choix libre et éclairé lors de prise de décision et les guider pour que l'activité reliée à la sexualité soit faite dans le respect de l'autre. Pour deux participantes, il est important de prendre en considération les maladies transmissibles sexuellement qui peuvent exister chez la personne âgée comme chez les résidents des CHSLD.

Cinquième catégorie : communiquer avec la famille pour les aviser des activités reliées à la sexualité. Les participantes ont mentionné leur obligation de transparence envers les familles, les proches aidants ou les représentants des résidents et cela, dans une optique de protéger les résidents, mais également le personnel. Des participantes, au nombre de cinq, ont mentionné qu'elles doivent aviser les familles lorsque des situations reliées à la sexualité surviennent ou sont susceptibles de survenir, tel que retrouvé dans les propos suivants :

On se doit d'être transparent. On se doit d'aviser les familles de l'un et de l'autre advenant le cas où il y a des attouchements ou des rapprochements pour protéger la personne, les deux dans le fond. Pour les protéger, parce que c'est toujours au niveau de la loi. Si admettons, il arrive des situations, bien les familles peuvent avoir des recours sur nous autres (P.7, 56 ans).

Pour deux participantes, l'obligation d'aviser la famille n'a plus lieu d'être lorsque le résident est apte à consentir quant à sa sexualité, c'est-à-dire qu'il ne présente pas de confusion et que le choix est « dans le dossier, signé » (P.8, 28 ans). Toutefois, pour deux participantes, il ne suffit pas d'aviser les familles des résidents, mais bien de recevoir l'autorisation de la famille, du proche aidant ou du représentant pour permettre que leur proche continue de bénéficier d'une sexualité en CHSLD. Aussi, selon les propos d'une participante, lorsque les résidents sont « sur la curatelle, il faut aviser la curatelle de ce qui se passe » (P.8, 28 ans). Une participante mentionne que, selon elle, l'acceptation de la famille envers la sexualité de leur proche est davantage requise lorsqu'il s'agit d'une relation qui a pris naissance au sein du CHSLD.

Il a été possible de mettre en lumière cinq catégories qui représentent les rôles que les infirmières perçoivent devoir remplir dans leur pratique. Toutefois, plusieurs enjeux à leur pratique professionnelle ont été nommés par les participantes. La section suivante fait d'ailleurs état des difficultés que rencontrent les infirmières dans leur rôle d'assistance au besoin entourant la sexualité du résident en CHSLD.

Enjeux concernant la sexualité chez les résidents. Le quatrième thème de l'arbre thématique de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité est associé aux enjeux concernant la sexualité. Des participantes ont mentionné que la condition de santé des résidents de même que l'âge représentent un frein possible au résident qui désire maintenir une certaine intimité ou sexualité en CHSLD. Bien que deux participantes aient

précisé qu'il arrive occasionnellement d'accueillir de plus jeunes résidents, les participantes ont précisé que les résidents présentent généralement un âge avancé dès leur arrivée puisqu'ils demeurent de plus en plus longtemps à domicile.

Concernant le facteur de la condition de santé des résidents, les participantes ont fait ressortir les conditions de santé d'ordre neurocognitif mais également physique qui peuvent nuire au maintien de la sexualité de la personne âgée en CHSLD. Deux participantes ont mentionné les conséquences physiques du vieillissement ou des pathologies que peuvent présenter les personnes âgées en CHSLD, tel que rapporté dans les propos qui suivent : « C'est que des gens ont leur tête, mais ils n'ont plus de corps. Ils sont paralysés, ils ont des sondes, ils sont incontinents et ils ont des culottes d'incontinence » (P.1, 60 ans). Toutefois, bien que la condition de santé physique des résidents ait été énoncée, la condition psychologique représente la condition la plus préoccupante pour les participantes. En effet, sept participantes ont fait ressortir les atteintes cognitives (être confuse, ne pas toujours avoir conscience de tout) que peuvent présenter les personnes âgées en CHSLD, tel que rapporté par une participante :

Ceux qui ont des démences, c'est sûr qu'on questionne toujours sur ce qu'on fait. Dépendamment de leurs pathologies, on peut les retrouver nus avec un autre patient. Chez certaines personnes, ils ont des désinhibitions vu qu'ils ont une démence frontale et tout ça. Ça peut être au niveau de la sexualité. Ils vont pouvoir, mettons ils vont vouloir faire l'acte ou ils vont chercher beaucoup le physique d'une autre personne, sans nécessairement son consentement. Il y a ça aussi qui se passe en CHSLD (P.3, 31 ans).

Les atteintes cognitives représentent pour les participantes un enjeu lorsqu'elles doivent évaluer la capacité de la personne âgée à consentir à une relation de nature intime

ou sexuelle parce qu'« on ne sait pas tout le temps ce qui se passe dans leur tête, s'ils ont ces besoins-là » (P.3, 31 ans). L'atteinte cognitive devient donc un frein à la réalisation de l'évaluation du résident par l'infirmière.

Personnes âgées qui désirent maintenir une sexualité en CHSLD. Le cinquième thème de l'arbre thématique de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité concerne les personnes âgées qui désirent maintenir une sexualité en CHSLD. Plusieurs infirmières mentionnent ressentir une certaine difficulté à répondre à la question quant à la proportion des résidents qui manifestent toujours un désir et un besoin entourant la sexualité. Selon les participantes, « très, très, très, très peu » (P.1, 60 ans) de résidents présenteraient un intérêt à maintenir des moments de sexualité ou d'intimité. Bien que difficile à évaluer, les participantes croient que cela concernerait moins de 10 % des résidents, tel que rapporté par l'une d'entre elles : « 5 à 10 %, je dirais plus 5 % (...). Ce n'est pas très commun, je te dirais sur 205, on peut dire peut-être deux ou trois personnes » (P.7, 56 ans) ou encore, selon une autre participante : « Je dirais 10 % peut-être. Peut-être moins mais je ne sais pas si ma valeur est bonne parce que je ne pense pas que c'est une question qui est posée » (P.8, 28 ans). Selon les participantes, les raisons de cette très faible proportion sont de nature physiologique ou psychologique (atteintes cognitives) ou encore en raison du vieillissement physique, de la souffrance, des douleurs ou de leur médication.

Personnes âgées qui désirent maintenir une sexualité dans la société. Le sixième thème de l'arbre thématique de l'assistance à la satisfaction d'un besoin humain réfère aux personnes âgées qui désirent maintenir une sexualité dans la société. De façon générale, les participantes perçoivent positivement la sexualité au sein des personnes âgées qui résident à domicile. Les propos de quelques participantes le montrent : « Je dirais un 50 %. Je l'espère en tout cas et j'espère que c'est plus que ça » (P.8, 28 ans). Il est toutefois précisé que même à l'extérieur des CHSLD, la sexualité peut être moindre chez la personne âgée et que cette dernière peut voir ce désir se modifier ou s'atténuer avec le temps. Bien que la majorité des participantes mentionnent que la sexualité pouvait être un élément toujours présent chez la personne âgée résidant dans un domicile autre que les CHSLD, elles reconnaissent qu'il s'agit d'un élément de la vie qui demeure variable chez chaque individu. Plusieurs participantes ont toutefois fait ressortir que la présence de ce besoin est plus prédominante chez la nouvelle génération qui s'apprête à résider en CHSLD.

Nouvelle génération d'ainés. Le septième thème de l'arbre thématique de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité met en lumière le constat d'une nouvelle génération. Une participante a mentionné la différence générationnelle qu'il est possible d'observer dans la société. À son avis, les baby-boomers présenteraient une ouverture et une aisance plus affirmée envers la sexualité et leur propre besoin d'intimité, tel qu'en témoignent ses propos :

Il y a quelque chose qui s'en vient parce que les baby-boomers sont plus « open » que ceux de l'autre génération d'avant. Ils sont plus ouverts sur la question. C'est

eux autres qui ont amené la contraception puis tout ça. Il va falloir qu'ils s'adaptent à cette génération-là qui s'en vient (P.2, 46 ans).

Cette même participante a fait ressortir le besoin d'adaptation des professionnels de la santé, dont les infirmières. Selon elle, une manière de s'adapter à cette nouvelle clientèle est de favoriser la formation des infirmières concernant la sexualité chez la personne âgée pour ainsi devenir mieux outillées à intervenir.

Formation reçue. Le huitième thème de l'arbre thématique de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité est en lien avec la formation des participantes. Ces dernières ont mentionné ne jamais avoir reçu de formation spécifique portant sur le sujet de la sexualité chez la personne âgée, et ce, autant lors de leur formation collégiale en soins infirmiers, de leur formation universitaire en sciences infirmières ou par le biais de leur employeur. Toutefois, deux participantes disent avoir reçu quelques notions sur le sujet au cours de leur formation ou par l'intermédiaire de leur employeur (mémos). Une participante précise toutefois que la formation reçue avait pour objectif de faire connaître aux infirmières les interventions à privilégier lorsque survient une situation problématique entourant la sexualité de la personne âgée.

Stratégies pour améliorer l'assistance. Le neuvième et dernier thème de l'arbre thématique de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité met en lumière les stratégies pouvant permettre d'améliorer l'assistance. Pour des participantes, deux stratégies apparaissent comme pertinentes pour améliorer et soutenir la profession

infirmière en ce qui a trait à l'assistance que les infirmières offrent aux résidents en CHSLD. Les huit participantes croient aux bénéfices qui découleraient d'une formation sur la sexualité des personnes âgées en CHSLD. En fait, selon les participantes, la formation permettrait d'outiller les infirmières au moment de leurs évaluations et interventions. Le fait d'acquérir des connaissances propres à la sexualité des personnes âgées est également susceptible d'entraîner une diminution des tabous circulant chez les professionnels, tel que rapporté par une participante :

Les formations, ça diminuerait le tabou. On serait moins gêné. Il y aurait peut-être un plus haut taux d'acceptation chez certaines personnes [...]. C'est ça, qu'on soit plus à l'aise d'intervenir et d'avoir les ressources adéquates (P.4, 26 ans).

De plus, la nécessité d'obtenir des outils adaptés est ressortie comme un besoin pour les infirmières. Des participantes, au nombre de deux, croient qu'il est nécessaire de développer des politiques telles que des balises concernant la sexualité des personnes âgées en CHSLD. En effet, l'une d'entre elles soutient l'importance d'« un cadre de référence, ça revient un petit peu à savoir justement qu'est-ce qu'ils veulent qu'on tolère, qu'est-ce qu'ils veulent qu'on ne tolère pas » (P.6, 52 ans). Aussi, une autre participante a émis le souhait de pouvoir consulter une marche à suivre sur les étapes importantes à accomplir, tel que rapporté dans les propos suivants :

Je pense que juste d'avoir des barèmes, s'il y a quelque chose qu'il ne faut pas aller [...]. Mais je ne pense pas qu'il y a des normes mais peut-être de dire, si ça arrive, il faudrait aviser les familles. Il faudrait faire un comité ou faire je ne sais pas... d'avoir une marche à suivre un petit peu (P.8, 28 ans).

Finalement, le souhait de pouvoir obtenir du soutien d'une équipe de travail formée et accessible rapidement lorsqu'arrive une situation empreinte d'ambiguïté a été soulevé, par deux participantes, comme un besoin nécessaire. De ce fait, une participante a fait ressortir le besoin de partage de connaissances et d'échanges d'informations entre les intervenants en émettant l'idée de rencontres d'équipe sous forme de comité de travail.

Pour conclure, les données collectées lors des entrevues ont permis de dresser un portrait des facteurs qui peuvent influencer la perception des infirmières concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD, soit les facteurs environnementaux, sociohistoriques ainsi que ceux découlant de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité. Les résultats obtenus par le biais de la présente recherche sont discutés à la section suivante.

Discussion

Dans cette dernière section, une discussion suscitée par les résultats présentés dans la section précédente est proposée. Ainsi, les résultats de l'étude ont permis de répondre à l'objectif de la présente recherche soit d'explorer les perceptions ainsi que les opinions des infirmières travaillant dans un CHSLD de la région de la Mauricie en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui y résident. Plusieurs données importantes sont ressorties lors des entrevues individuelles, ce qui a notamment permis de mieux comprendre la perception des infirmières concernant les besoins entourant la sexualité des aînés qui sont hébergés en CHSLD, mais également des facteurs qui peuvent influencer ces perceptions. Parmi ces derniers se trouvent les facteurs environnementaux, les facteurs sociohistoriques ainsi que ceux en lien avec l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité. La dernière section présente donc une interprétation des résultats de recherche en comparant ces derniers aux données scientifiques recensées. Pour conclure, une critique de la démarche de recherche est proposée en discutant des limites et des retombés attendues de la présente étude pour la pratique infirmière ainsi que pour la recherche.

Discussion des résultats associés aux facteurs environnementaux

L'analyse des entrevues a permis d'explorer et de décrire comment les participantes perçoivent les besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD. L'analyse thématique a permis de faire ressortir le thème majeur de l'environnement et les thèmes sous-jacents de la perception du milieu de vie, de

l'aménagement de ce milieu, du contexte organisationnel ainsi que des politiques organisationnelles.

Les données collectées dans la présente étude montrent que les participantes connaissent la mission des CHSLD, soit d'offrir un milieu de vie aux résidents. Ainsi, la mission des CHSLD est d'offrir un hébergement de manière temporaire ou permanente qui répond aux besoins des résidents tout en leur offrant la meilleure qualité de vie possible (MSSS, 2018). Toutefois, les participantes mentionnent que la définition d'un milieu de vie et la réalité au quotidien de ce milieu sont différentes. Une participante mentionne que les CHSLD ressemblent davantage à un service d'hébergement hospitalier tandis qu'une seconde participante met en lumière l'aspect institutionnel flagrant de ce milieu. Cette distinction ambiguë entre les définitions opérationnelles et la réalité de leurs applications au quotidien peut entraîner une confusion chez les infirmières qui y travaillent. Cette confusion peut avoir un impact sur la perception des participantes quant au maintien d'une sexualité en CHSLD.

La réalité de l'aménagement du milieu de vie qu'est le CHSLD et de son contexte organisationnel s'est également révélée comme étant non propice au maintien d'une sexualité, selon les participantes. La difficulté à préserver l'intimité des résidents au sein du CHSLD représente l'explication principale de cela. D'ailleurs, le manque d'intimité dans une optique de maintien d'une sexualité active représente un élément qui est également mentionné dans les écrits scientifiques (Bouman et al., 2007; Vermette &

Vonarx, 2021). Certaines des participantes interrogées ont mentionné que le partage des chambres entre résidents représente une barrière à l'intimité et à la sexualité et cela d'autant plus qu'il y a énormément de va-et-vient dans les chambres de la part du personnel et des familles. Ces données viennent notamment corroborer les propos de Vermette et Vonarx (2021) qui avancent que dans les centres d'hébergement, il y a souvent une confusion au niveau de la distinction des espaces privés et des espaces publics. Cela appuie également les propos d'une participante qui mentionne que le personnel ne frappe pas toujours à la porte de la chambre d'un résident avant d'entrer, comme si les chambres étaient le prolongement du corridor, soit un espace public.

La présence de politiques organisationnelles encadrant la sexualité des résidents pourrait alors éviter ou du moins diminuer les risques de confusion pour le personnel, en plus de guider leur pratique. Toutefois, la majorité des participantes ignoraient s'il existait des politiques ou des directives quelconques concernant la sexualité des personnes âgées qui résident dans le CHSLD. Il est important de mentionner qu'en novembre 2019, soit après que les entrevues aient eu lieu, le Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV) a reçu le mandat de réfléchir à la création de milieux de vie en CHSLD, où les besoins sexuels auraient une place entière pour les résidents qui le désirent (MSSS, 2018). Cela vient donc répondre aux besoins des participantes qui mentionnent avoir besoin de balises et cela, en plus d'apporter une véritable cohérence aux valeurs véhiculées par les

orientations ministérielles quant aux CHSLD, valeurs qui portent une importance aux éléments suivants :

la promotion d'un accompagnement personnalisé où la souplesse organisationnelle est valorisée, c'est-à-dire l'adaptation des soins et des services aux caractéristiques personnelles des résidents, dans le respect de leur identité, de leur dignité et de leur intimité; l'engagement et la collaboration de l'établissement dans l'établissement de partenariats visant une réponse créative et innovatrice aux besoins des résidents (MSSS, 2021).

Discussion des résultats associés aux facteurs sociohistoriques

L'analyse thématique des données collectées lors des entrevues a également permis de révéler un second thème majeur, soit celui des facteurs sociohistoriques ainsi que trois sous-thèmes qui y sont reliés, lesquels sont : la représentation du vieillissement, les tabous entourant la sexualité de la personne âgée ainsi que la représentation sociale de la sexualité de l'aîné.

Les données collectées au cours des entrevues ont montré que certaines participantes avaient remarqué un changement de conception de la personne lorsque cette dernière était âgée. Ainsi, le vieillissement se retrouve davantage associé aux maladies, à la détérioration de l'état général de la personne de même qu'au décès. Cela corrobore les propos de certains auteurs dans les écrits scientifiques qui affirment que pour plusieurs personnes, un individu deviendrait fragile en vieillissant, le dénaturant de toute possibilité de sexualité, car cela pourrait lui engendrer de la douleur voire le blesser (Meuris, 2007).

La sexualité doit alors être crainte et évitée pour cette clientèle. Cette perception peut donc expliquer en partie pourquoi il s'agit d'un sujet peu abordé.

Les données collectées permettent de comprendre que pour les participantes, la sexualité peut représenter un tabou, et cela, autant pour le personnel de soins, comme les infirmières, que pour les résidents eux-mêmes ainsi que pour la société. D'ailleurs, tel que reconnu dans les écrits scientifiques, la sexualité de la personne âgée demeure un sujet tabou dans la société (Bouman et al., 2007; Plaza, 2014) et cela, d'autant plus lorsque l'aîné demeure en institution comme c'est le cas des CHSLD (Djellal & Plaza, 2013). Membres à part entière de la société, les infirmières peuvent également partager cette perception de pudeur ou de crainte lorsqu'il est question de discuter de la sexualité des personnes âgées. Bien que les résultats de la présente étude ne permettent pas de le montrer clairement, en raison du nombre limité de participants, il semblerait que le personnel plus âgé serait celui éprouvant le plus d'inconfort à intervenir lorsqu'il est question de sexualité avec un résident. Ce résultat est contraire à ce qui est retrouvé dans les écrits scientifiques lesquels montrent qu'habituellement, c'est le jeune âge du personnel qui représente un facteur de risque à l'inconfort de l'intervenant et à la présence d'une perception plutôt négative envers la sexualité de la personne âgée (Bouman et al., 2007). Somme toute, c'est cet inconfort qui peut amener les infirmières à éviter d'évaluer ce besoin, d'en discuter et d'intervenir lorsqu'il est question de sexualité ou d'intimité. D'ailleurs, la majorité des participantes ont mentionné ressentir ce malaise ou encore être conscientes que des

collègues sont inconfortables à en discuter. La majorité des participantes interrogées lors des entrevues ont mentionné que la sexualité s'avère, en premier lieu, taboue pour les personnes âgées elles-mêmes en raison de leur éducation reçue et des valeurs religieuses prédominantes qui représentent davantage leur génération. Pour ces raisons, certaines participantes ont mentionné que les résidents ne souhaitent généralement pas discuter de ce sujet et que cela ne serait pas bénéfique pour eux. Pourtant, Trudel (2018) mentionne que les aînés souhaitent de plus en plus discuter de leurs besoins entourant la sexualité avec un professionnel de la santé. Cette divergence de perception de la part des participantes peut aussi s'étendre à d'autres aspects de la sexualité de l'aîné.

En lien avec la représentation sociale, il s'avère important de mentionner que les participantes partagent une opinion qui diffère en ce qui a trait à l'intérêt que la société devrait porter à la sexualité des aînés. Ainsi, afin de reconnaître la personne âgée comme étant une personne sexuée, il faut identifier l'impact des représentations sociales réductrices qui sont bien ancrées au sein de la société (Vermette & Vonarx, 2021). De ce fait, la moitié des participantes de la présente étude ont mentionné qu'elles croient que la société perçoit négativement la sexualité chez l'aîné, sexualité qui devrait alors cesser. Ces résultats reflètent bien ce qu'il est possible de retrouver dans les écrits scientifiques comme quoi la sexualité de la personne âgée renvoie à une pensée désagréable (Bauer & Geront, 1999; Lyder, 1994) puisqu'elle s'avère inappropriée (Daydé, 2009).

Bien que la moitié des participantes pensent que la sexualité est perçue négativement dans la société, l'ensemble des participantes ont mentionné être en faveur de la sexualité chez la personne âgée au sens qu'elles considèrent qu'il s'agit d'un droit, d'un besoin normal qui est alors source d'épanouissement et qui demeure un aspect présent tout au cours de la vie, bien qu'il va évoluer avec l'âge. Pourtant, ce schème de pensée change drastiquement lorsqu'il est question d'une personne âgée qui réside en CHSLD. La sexualité est alors associée à l'état de santé du résident ce qui est dérangeant, voire repoussant, pour certaines participantes. De plus, la sexualité est davantage discutée et perçue sous l'angle des problématiques que cela peut engendrer.

Bref, les résultats de la présente étude permettent de comprendre que tous ces facteurs environnementaux et sociohistoriques deviennent de véritables barrières à l'expression de la sexualité des résidents en CHSLD, maintenant alors les infirmières et le personnel de ces centres dans une perception d'asexualité pour la personne âgée. Cela risque nécessairement de se refléter sur l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité qu'elles offriront aux résidents.

Discussion des résultats associés aux facteurs reliés à l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité

En troisième lieu, l'analyse thématique a aussi révélé le thème majeur de l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité. De ce thème majeur ont émané plusieurs thèmes sous-jacents, dont : 1. les personnes impliquées sous différents aspects en lien avec la satisfaction du besoin entourant la sexualité; 2. le rôle des infirmières et les enjeux qu'elles conçoivent concernant les besoins entourant la sexualité des résidents; 3. les formations et les stratégies qui en découlent afin d'améliorer l'assistance qu'elles offrent aux résidents; 4. les situations de sexualité en CHSLD, dont les restrictions et les solutions en lien avec ces situations.

Les résultats de la présente étude montrent que la moitié des participantes croient que la direction est en désaccord avec la présence de sexualité au sein du CHSLD. Selon elles, cela relève de la réticence à s'impliquer, de la crainte des conséquences possibles ainsi que de la perception que la sexualité ne représente pas un réel besoin. Cela pourrait expliquer en partie l'absence de lignes directrices et de politiques qui encadrent la sexualité dans les centres d'hébergement (Parkin, 1989) ou encore la présence de règlements stricts qui vise à interdire toute activité sexuelle (Bouman et al., 2007). Toutefois, lors des entrevues, les participantes ont mentionné que les membres de la direction représentaient une source de soutien et de conseils, pour les infirmières, lorsqu'elles se questionnaient en lien avec une situation empreinte de sexualité. L'analyse

des données de la présente étude a aussi fait ressortir une divergence d'opinions des infirmières quant à l'aisance des préposés à intervenir auprès des résidents. Ainsi, une participante mentionnait que le titre d'emploi d'une personne ne représente pas un facteur déterminant de son ouverture à discuter ou intervenir auprès du résident tandis que pour une seconde participante, le fait que les préposés ne connaissent pas l'état de santé général du résident représente davantage un facteur de risque à éprouver un malaise. Cela corrobore les résultats de l'étude de Bouman et al. (2007) qui montrent qu'une moins grande formation sur les besoins entourant la sexualité de l'ainé est susceptible d'être un facteur de risque au maintien d'une perception négative ou d'une moins grande aisance. Les données collectées dans la présente étude ont également montré que les participantes mentionnaient l'importance de discuter avec les familles des résidents lorsque ces derniers désirent maintenir une sexualité active et cela dans un objectif de transparence et de recevoir du même fait leur autorisation. Toutefois, dans les écrits scientifiques, il est reconnu que pour de nombreux proches, la sexualité de leur être cher représente un sujet tabou (Ollagnier et al., 2011), malaisant (Ehrenfeld et al., 1999) et qu'il serait difficilement concevable d'imaginer un parent comme un être sexué (Meuris, 2007). D'ailleurs, les participantes partageaient cette même opinion, à savoir que selon elles, il n'y a qu'un très faible pourcentage de résidents qui seraient intéressés à maintenir une sexualité une fois hébergés en CHSLD. Toutefois, selon Vermette & Vonarx (2021), les besoins d'affection et les désirs sexuels ne disparaissent pas chez les personnes âgées résidant en CHSLD. Pour cette raison, il devient primordial de reconnaître le rôle de l'infirmière en lien avec ce besoin.

Les résultats de la présente étude ont montré que les participantes reconnaissent que les infirmières ont un rôle en ce qui a trait aux activités reliées aux besoins entourant la sexualité chez les résidents. Toutefois, il est possible de remarquer une différence entre ce que les participantes prônent comme rôles et ce qu'elles mentionnent effectuer dans le cadre de leur travail ou encore ce qu'elles désirent faire. Toutefois, trois participantes ont affirmé que les infirmières doivent jouer un rôle au niveau de la promotion de la satisfaction des besoins entourant la sexualité de l'aîné, soit en l'accompagnant dans la satisfaction de tels besoins. En revanche, trois autres infirmières ont mentionné que l'infirmière peut avoir un faible rôle soit en raison de son sentiment d'inconfort ou soit en raison d'un désir de ne pas s'impliquer professionnellement dans ce rôle d'assistance. Cet inconfort peut notamment être présent chez plusieurs personnes en plus d'entraîner des représentations erronées (Friedeman, 1979). Recevoir de la formation est également ressorti de l'analyse des données comme étant important. Cela a du sens en raison de l'augmentation des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) au cours des dernières années et qu'un manque de connaissance en matière de santé sexuelle accroît le risque de contracter une ITSS (Vermette & Vonarx, 2021). La protection du résident, de ses droits et de ses besoins figure également comme un rôle qui a été soulevé par les participantes. Ainsi, pour être en mesure de bien protéger leurs besoins, il faut être en mesure de les reconnaître soit en réalisant une évaluation des besoins auprès du résident. Cette évaluation porte notamment sur le besoin spécifique, mais également sur leur capacité à consentir à vivre un moment empreint de sexualité ou d'intimité (Elias & Ryan, 2011). Ainsi, les atteintes cognitives peuvent représenter un enjeu à l'évaluation, car ce

désir de sexualité persiste malgré les maladies d'ordre cognitif (Alagiakrishnan et al., 2005), ce qui complique alors l'évaluation de l'infirmière et la prise de décision.

De plus, les données collectées lors de la présente étude mettent de l'avant que les participantes perçoivent qu'il y a très peu de situations de sexualité au sein du CHSLD et que lorsque ces situations ont lieu, c'est davantage le résultat de comportements perturbateurs qui découlent d'atteintes cognitives. Cela appuie notamment les écrits scientifiques qui montrent que l'expression de la sexualité est davantage interprétée comme étant les manifestations d'une problématique de santé (Gastmans, 2014). Cela peut donc expliquer pourquoi la majorité des participantes croient qu'il serait pertinent de mettre en place une restriction à savoir que le résident doit montrer l'aptitude à consentir.

Bref, l'état des résultats permet de comprendre que l'ensemble des facteurs environnementaux, sociohistoriques ainsi que ceux en lien avec l'assistance des besoins entourant la sexualité vont venir teinter la perception des participantes quant aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui résident en CHSLD. Ces facteurs représentent en fait de véritables enjeux à la sexualité et cela en plus de maintenir les infirmières dans la perception d'une asexualité chez les résidents. Les données collectées dans la présente étude ont alors montré que la stratégie principale priorisée par les participantes afin d'améliorer l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité est le recours à la formation. Cela concorde tout à fait avec les écrits scientifiques

qui précisent que les professionnels de la santé, comme les infirmières, travaillant auprès des personnes âgées devraient recevoir une formation en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité chez la clientèle des personnes âgées (Alagiakrishnan et al., 2005 ; Beguin & Malaquin-Pavan, 2009 ; Bouman et al., 2007 ; Daydé, 2009 ; Di Napoli et al., 2013). D'ailleurs, il est reconnu que la formation est susceptible d'agir comme un agent positif pouvant contrer les attitudes négatives du personnel à l'égard de leur sexualité (Gastmans, 2014). L'offre d'une formation portant sur les besoins entourant la sexualité de l'ainé serait alors bénéfique pour les infirmières afin de les outiller au quotidien dans leur évaluation de ce besoin, de mettre en application des interventions réalistes en lien avec les résultats de leur évaluation, de dépister les barrières présentes dans leur établissement et d'apporter des pistes de solutions, de promouvoir la santé sexuelle et finalement, d'agir comme un agent référent pour l'équipe soignante.

Limites de la recherche

L'une des limites du présent projet de recherche tient au fait que l'échantillon d'infirmières est relativement petit. Conséquemment, les résultats de l'étude ne pourront pas être généralisés à l'ensemble des infirmières œuvrant dans les milieux d'hébergement de soins de longue durée du Québec.

De plus, une deuxième limite que rencontre cette étude est le fait que cette recherche ne s'attarde qu'à un seul CHSLD. Ainsi, certaines cultures et perceptions, en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées, peuvent être présentes dans ce centre d'hébergement alors qu'elles ne seraient pas retrouvées dans d'autres CHSLD. En d'autres termes, il est possible que les résultats obtenus reflètent spécifiquement la perception des infirmières ayant participé à l'étude portant sur le thème des besoins entourant la sexualité chez la clientèle âgée hébergée en CHSLD. Une limite de transférabilité des résultats peut alors être rencontrée. Un échantillon multicentrique et de plus grand volume aurait alors certainement permis de contrer ou d'atténuer le biais de transférabilité. Toutefois, considérant que les établissements de santé du Centre-du-Québec et de la Mauricie ont connu une fusion en 2015 (Ministère de la santé et des services sociaux, 2015) et qu'ils partagent désormais une même législation, cela fait en sorte que la limite de transférabilité est relative. Par ailleurs, une saturation des données collectées a été rencontrée lors des entrevues, ce qui atténue, encore une fois, le biais rencontré.

Une troisième source de biais que présente l'étude relève du fait que l'échantillonnage par convenance est considéré comme une approche faible, due au fait qu'elle offre peu d'occasions pour contrôler les biais, lesquels peuvent être mineurs ou très importants (Burns et al., 2013).

Une quatrième limite, en raison du sujet de l'étude qui porte sur un sujet tabou, des infirmières pourraient se sentir réticentes à participer à l'étude ou même en décourager certaines à y participer. De plus, puisque la sexualité des aînés est un sujet tabou et que la perception des infirmières s'avère également un thème tabou, les infirmières peuvent être tentées de répondre aux questions en fonction de plaire à l'étudiante-chercheuse, engendrant ainsi une limite de désirabilité sociale.

Enfin, une cinquième limite de la présente étude est reliée au fait que les participantes devaient mentionner leur intérêt à participer à cette étude à la cheffe d'unité, ce qui aurait pu créer un inconfort pour certaines d'entre elles. Bien que la confidentialité protège les participantes, l'ensemble des résultats dépeint un portrait d'un sujet ciblé. Par conséquent, cela peut soulever des réticences à participer ou divulguer certaines informations.

Retombées attendues

Parmi les retombées attendues du projet de recherche, certaines influencent directement la pratique infirmière tandis que d'autres touchent la formation dédiée aux professionnels de la santé et de la gestion des services de santé. En référence à la pratique infirmière, une intégration systématique des besoins entourant la sexualité de l'aîné lors de son admission en CHSLD ainsi que la mise en place d'une évaluation globale des besoins sexuels de la personne âgée contribueraient possiblement à augmenter la qualité des soins offerts par le personnel infirmier, en plus d'augmenter la satisfaction des

résidents. Aussi, l'augmentation des connaissances du personnel infirmier au sujet du besoin entourant la sexualité de la personne âgée s'avère également souhaitable pour ainsi favoriser l'adoption d'une attitude plus positive et plus permissive de la part de ces intervenants. Concernant la direction des services de santé, la présente recherche vise à entraîner une réflexion chez les gestionnaires en ce qui a trait aux interventions et aux services offerts aux personnes âgées résidant en CHSLD afin de favoriser la satisfaction de leurs besoins entourant la sexualité. Une discussion pourrait être amorcée afin de développer des politiques encadrant la sexualité des aînés, tout en soutenant les intervenants puis en développant des environnements favorables à la satisfaction des besoins entourant la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD.

Recommandation pour la pratique

Les résultats de la présente étude montrent la pertinence d'élaborer et d'offrir des programmes de formation concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées, et ce, de manière spécifique à la clientèle des CHSLD. Les formations devraient alors être offertes à l'ensemble du personnel soignant qui travaille auprès des résidents des CHSLD et non seulement aux infirmières qui y travaillent. Les infirmières devraient, pour leur part, participer également à ces formations tout en se réappropriant leur rôle d'évaluation en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité et aux besoins d'intimité des personnes âgées qui y résident. D'ailleurs, l'évaluation des besoins figure parmi le champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière (OIIQ, 2018a). Cette évaluation

permettra alors de déterminer avec justesse les besoins des résidents entourant la sexualité et de mettre en place les interventions requises.

Recommandation pour la recherche

Plusieurs facteurs se sont présentés dans la présente étude comme pouvant influencer la perception des infirmières en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui sont hébergées en CHSLD. Il serait alors pertinent d'effectuer une recherche similaire à la présente recherche dans d'autres CHSLD du Québec afin de vérifier si les perceptions des infirmières sont semblables à celles obtenues dans la présente recherche. D'éventuelles recherches seraient également bénéfiques afin de trouver des pistes de solutions pour comprendre et contrer les attitudes négatives des infirmières au sujet des besoins entourant la sexualité des personnes âgées en CHSLD, et ce, dans une optique d'améliorer la qualité des soins et des services aux résidents et de soutenir les infirmières dans leur pratique. Il serait pertinent que d'autres recherches se greffent à la présente étude et ciblent des éléments plus spécifiques tels que l'intimité, les baisers, la tendresse, la sensualité ou encore l'érotisme. Ces études permettraient de sensibiliser le lecteur à la complexité de la situation. Comment baliser sans brimer? De telles recherches permettraient de soulever la réflexion.

Conclusion

La présente étude avait pour objectif d'explorer les perceptions des infirmières en ce qui a trait aux besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui résident en CHSLD. Les données collectées au cours de cette étude exploratoire menée par le biais d'entrevues semi-structurées auprès de huit infirmières travaillant dans un CHSLD de la région de Trois-Rivières ont révélé que les participantes présentent une perception plutôt négative envers les besoins entourant la sexualité des personnes âgées qui y sont hébergées. De ce fait, elles mettent donc en lumière un certain nombre de barrières à l'expression de la sexualité et de l'intimité des résidents, barrières de nature environnementale, sociohistorique ainsi qu'en lien avec l'assistance à la satisfaction des besoins entourant la sexualité, qui viennent alors teinter leurs perceptions. Les participantes pensent également que la présence de sexualité et de moments empreints d'intimité chez les résidents sont susceptibles d'entraîner une difficulté voire une problématique dans la gestion des soins qui sont offerts. D'ailleurs, ces constats ne diffèrent pas de ce qu'il est possible de retrouver dans les écrits scientifiques.

Finalement, les résultats obtenus dans la présente recherche ont montré la pertinence d'élaborer des programmes de formation concernant les besoins entourant la sexualité des personnes âgées destinés non seulement aux infirmières, mais également à l'ensemble du personnel soignant travaillant auprès des résidents des CHSLD. Les résultats de la présente étude peuvent également servir de pivot à l'élaboration de différents outils d'évaluation et d'interventions destinés à l'usage des infirmières afin

d'accroître la qualité des services et des soins offerts aux résidents et de promouvoir la liberté, la dignité et le respect des besoins à part entière des résidents. En conclusion, il est des plus souhaitable que les résultats de la présente étude puissent soutenir les infirmières dans leur pratique, mais également agir comme un élément de sensibilisation à l'importance de la promotion de la saine sexualité chez la personne âgée résidant en CHSLD.

Références

- Alagiakrishnan, K., Lim, D., Brahim, A., Wood, A., Senhilselvan, A., Chemic, W.T., & Kagan, L. (2005). Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgraduate Medical Journal*, 81(957), 463-466. <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15998824&lang=fr&site=ehost-live>
- Archibald, C. (1998). Sexuality, dementia and residential care: managers report and response. *Health & Social Care in the Community*, 6(2), 95-101. <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11560581&lang=fr&site=ehost-live>
- Archibald C. (2003). Sexuality and dementia: the role dementia plays when sexual expression becomes a component of residential carework. *Alzheimer's Care Quarterly* 4, 137-149.
- Association médicale canadienne. (2013). *La santé et les soins de santé pour une population vieillissante. Sommaire de politique de l'Association médicale canadienne*. https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/policyresearch/CMA_Policy_Health_and_Health_Care_for_an_Aging-Population_PD14-03-f.pdf
- Association québécoise des retraités des secteurs public et parapublic. (2014). *Les conditions de vie en CHSLD: un long chemin vers la dignité. Mémoire de l'AQRP à l'occasion du mandat d'initiative sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée*. http://www.aqrp.qc.ca/files/documents/fm/28/m-moire-aqrp-les-conditions-de-vie-en-chsld-janvier-2014_1.pdf
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2011). *Cibles pour faire face au vieillissement de la population*. http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/documents_deposes/six_cibles_vieillissement_rapport_2011.pdf
- Azeredo, A. C., & Payeur, F. F. (2015). Vieillissement démographique au Québec: comparaison avec les pays de l'OCDE. *Données sociodémographiques en bref*, 19(3), 1-9.
- Baldissera, V. D. A., Bueno, S. M. V., & Hoga, L. A. K. (2012). Improvement of older women's sexuality through emancipatory education. *Health Care For Women International*, 33(10), 956-972. doi: 10.1080/07399332.2012.684986

- Bardell, A., Lau, T., & Fedoroff, J. P. (2011). Inappropriate sexual behavior in a geriatric population. *International Psychogeriatrics*, 23(7), 1182-1188. doi:10.1017/S1041610211000676
- Bauer, M., & Geront, M. (1999). The use of humor in addressing the sexuality of elderly nursing home residents. *Sexuality & Disability*, 17(2), 147-155.
- 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. *BioMed Central Geriatrics*, 14, 82-82. doi:10.1186/1471-2318-14-82
- 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. *Educational Gerontology*, 39(2), 82-91. doi:10.1080/03601277.2012.682953
- Beguin, A.-M., & Malaquin-Pavan, E. (2009). Comment aborder la sexualité auprès des patients? *Soins. Gériatrie*. (78), 25-26. <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19637457&lang=fr&site=ehost-live>
- Benor, D. J. (2012). *Wholistic integrative care*. American Holistic Health Association. <https://ahha.org/selfhelp-articles/wholistic-integrative-care/>
- Bonds-Raacke, J. M., & Raacke, J. (2011). Examining the relationship between degree of religiousness and attitudes toward elderly sexual activity in undergraduate college students. *College Student Journal*, 45(1), 134-142.
- Boucher, A. (2014). *Sexualité, bien-être sexuel et actualisation sexuelle des individus à la retraite et en santé, âgés de 65 ans et plus et vivant en couple hétérosexuel* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université de Sherbrooke. file:///C:/Users/Utilisateur/Desktop/Document%202022/Mémoire/exemple%20mémoire/Boucher_Annabelle_MA_2014.pdf.
- Bouman, W. P. (2007). Sexuality and dementia. *Geriatric medicine*. <https://www.gmjournals.co.uk/media/21392/may07p35.pdf>
- Bouman, W. P., Arcelus, J., & Benbow, S. M. (2007). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 45-61. doi:10.1080/14681990600637630

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Burns, N., Gray, J. R., & Grove, S. K. (2013). *The practice of nursing research. Appraisal, Synthesis, and Generation of evidence* (7^eéd.). Elsevier Saunders.
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières. (2012). *Hébergement de longue durée. CHSLD*. <http://www.cssstr.qc.ca/index.php/soins-et-services/personnes-agees-et-en-perte-d-autonomie/hebergement-longue-duree-chsld.html>
- Choinière, R. (2010). *Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_vieillessementpop.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). Les personnes de 75 ans et plus en attente d'une place d'hébergement en CHSLD. *Info-Performance*, 16, 1-8.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2021). *Portrait des organisations des hébergements et des milieux de vie au Québec*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/Rapportpr%C3%A9liminaire_Mandat/RapportsAssoci%C3%A9s/CSBE_Portrait-Organisations-Hebergement.pdf.
- Côté, J. G., Savard, S., & Scarfone, S. (2017). *Le vieillissement de la population et l'économie du Québec*. https://www.institutduquebec.ca/docs/defaultsource/recherche/9288_vieillessement-population_fr-br.pdf?sfvrsn=2
- Daydé, M. C. (2009). Intimité et sexualité du sujet âgé à domicile, le rôle de l'infirmière libérale. *Soins Gériatrie*, 14, 34-35. doi: SGER-07-08-2009-14-78-1268-6034-101019-200905151
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, 49, 125-141.
- Di Napoli, E. A., Breland, G. L., & Allen, R. S. (2013). Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *Journal of Aging and Health*, 25(7), 1087-1105. doi:10.1177/0898264313494802
- Djellal, A., & Plaza, C. (2013). La sexualité des personnes âgées en institution. *L'aide soignante*, 27, 28-29. doi:10.1016/j.aidsoi.2013.02.006
- Doussot, P. (2008). Regard de la société sur la sexualité de la personne âgée. *La revue de l'infirmière*, 57, 40-41. doi:REVINF-02-2008-57-137-1293-8505-101019-200804792

- Druet, J. P. (1994). *D'amour parlons ensemble. Du premier au troisième âge afin que chacun ait sa parole*. Presses universitaires de Namur.
- Ehrenfeld, M., Bronner, G., Tabak, N., Alpert, R., & Bergman, R. (1999). Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. *Nursing Ethics*, 6(2), 144-149. doi:10.1177/09697330990060020710.1191/096973399677350269
- Elias, J., & Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11/12), 1668-1676. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03409.x
- Everett, B. (2008). Supporting sexual activity in long-term care. *Nursing Ethics*, 15(1), 87-96. <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18096584&lang=fr&site=ehost-live>
- Everett, B., Young, J., Carlson, M., & Clements, G. (2010). New British Columbia guidelines for supporting sexual health and intimacy in care facilities. *Healthcare Management Forum / Canadian College Of Health Service Executives = Forum gestion des soins de santé / Collège canadien des directeurs de services de santé*, 23(1), 21-24. <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20527315&lang=fr&site=ehost-live>
- Ewen, H., & Brown, S. (2012). Students enrolled in an introductory gerontology course: Their knowledge of and attitudes toward sexual expression in older adults. *American Journal of Sexuality Education*, 7(2), 110-121. doi:10.1080/15546128.2012.680859
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. doi: 10.1111/j.15475069.1984.tb01393.
- Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF). (2008). *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*. https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf.
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Éducation, 147-341.
- Friedeman, J. S. (1979). Sexuality in older persons: implications for nursing practice. *Nursing Forum*, 18(1), 92-101.
- Gastmans, C. (2014). Sexual expression in nursing homes : A neglected nursing ethics issue. *Nursing Ethics*, 21(5), 505-506. doi:10.1177/0969733014531530

- Giarni, A. (2024). Les obstacles à la vie sexuelle des personnes âgées : un déni de citoyenneté. *Institut de la longévité, des vieillesses et du vieillissement*, 26, 5.
- Gilmer, M. J., Meyer, A., Davidson, J., & Koziol-McLain, J. (2010). Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis In New Zealand Inc*, 26(3), 17-24.
<http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21188913&lang=fr&site=ehost-live>
- Gott M., Hinchliff S., & Galena E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science and Medicine*, 58, 2093–2103.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec. Historique de la première politique gouvernementale sur le vieillissement*. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/historique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2016). *Ressources intermédiaires*. <https://santemontreal.qc.ca/population/ressources/ressourcesdhebergement/ressources-intermediaires/>
- Gouvernement du Québec. (2018a). *Charte des droits et libertés de la personne*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-12.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2018b). *Les aînés du Québec. Quelques données récentes* (2^e éd.). <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/aines-quebec-chiffres.PDF>
- Gouvernement du Québec. (2018c). *Région administrative 04: Mauricie*. https://www.mamot.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/organisation_municipale/cartotheque/Region_04.pdf
- Gouvernement du Québec. (2019). *Hébergement de soins de longue durée CHSLD*. <https://ciusssmcq.ca/soins-et-services/soins-et-servicesofferts/hebergement/hebergement-de-longue-duree-chsld/>
- Gouvernement du Québec. (2020). *Hébergement en établissement public*. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/hebergement-etablissement-public>
- Hajjar, R. R., & Kamel, H. K. (2003). Sexuality in the nursing home, part 1: Attitudes and barriers to sexual expression. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(3), 152-156.

- Hordern, A. J., & Currow, D. C. (2003). A patient-centred approach to sexuality in the face of life-limiting illness. *The Medical Journal of Australia*, 179(suppl. 6), 0S8–S11.
- Hubbard, G., Downs, M. G., & Tester, S. (2003). Meaningful social interactions between older people in institutional care settings. *Ageing and Society*, 23(1), 99–114.
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Démographie. Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/populationdemographie/perspectives/perspectives-2011-2061.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2017). *Régions. Bulletin statistique régional. Édition 2017. Mauricie*. http://www.bdso.gouv.qc.ca/docsken/multimedia/PB01608FR_RA04_2017A00F00.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2022). L'espérance de vie au Québec revient à son niveau prépandémique et atteint 83 ans en 2021. : <https://statistique.quebec.ca/fr/communiqué/esperance-de-vie-quebec-revient-niveau-prepandemique-atteint-83-ans-2021>.
- Institut du Québec. (2021). *Soins à domicile : Le statu quo ne sera plus possible*. <https://institutduquebec.ca/wp-content/uploads/2021/08/202108-IDQ-Soins-a-domicile.pdf>.
- Institut national de la santé publique du Québec. (2024). *Espérance de vie*. <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/sante-globale/esperance-de-vie#:~:text=83%2C2%20ans,élevée%20en%20Amérique%20du%20Nord>.
- Jankowiak, M. (2008). Sexuality in nursing facilities: Awareness of residents' needs for intimacy improves caregivers' understanding of the issue and dispels some myths about old age. *Provider*, 35(1), 33–35.
- Kazer, M. W. (2013). Sexuality in older adults: changing misconceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 2-3. doi:10.3928/00989134-20130916-04
- Kessel, B. (2001). Sexuality in the older person. *Age and Ageing*, 30(2), 121-124.
- Labrie, Y. (2015). L'autre système de santé. Quatre domaines où le secteur privé répond aux besoins des patients. *Institut économique de Montréal*, 5. http://www.iedm.org/sites/default/files/pub_files/cahier0115_fr.pdf
- Larousse. (2015). *Dictionnaire de la langue française*. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/perception/59399>

- Laumann, E. O., & Waite, L. J. (2008). *Sexual dysfunction among older adults : prevalence and risk factors from a nationally representative US Probability sample*. The journal of sexual Medicine. 5, 2300-11.
- Lefebvre des Noettes, V., & Gauillard, J. (2015). Sexualité et avancée en âge. *L'Information psychiatrique*. 91(9), 740-746.
- Lindau, S., Schumm, L., Laumann, E., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C., & Waite, L. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-775. doi:10.1056/NEJMoa067423
- Lyder, C. H. (1994). The role of the nurse practitioner in promoting sexuality in the institutionalized elderly. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 6(2), 61-63. doi:10.1111/j.1745-7599.1994.tb00919.x
- Mahieu, L., de Casterlé, B. D., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2013). Nurses' knowledge and attitudes towards aged sexuality: Validity and internal consistency of the Dutch version of the Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2584-2596.
- Maslow, A. (1954). *Devenir le meilleur de soi-même*. Groupe Eyrolles.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being* (2^e éd.). Van Nostrand.
- Meuris, S. (2007). La sexualité de la personne âgée. *Revue médicale de Bruxelles*, 28, 356-358.
- Michaud, A., & Francoeur, M.C. (2012). *Les aînés du Québec, quelques données récentes*. http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les_aines_du_Quebec.pdf
- Ministère de la Famille et des Aînés, & Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi dans sa communauté, au Québec*. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2014). *L'étude des crédits 2013-2014*. http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/seance-publique/etude-credits-2013-2014/2013-2014_reponses-aux-questions-particulieres_volet-ain.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2015). *Glossaire. Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-113-01W.pdf>

- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-11W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2021). *Amour, sexualité et démence en milieu d'hébergement: réflexions pour guider les pratiques*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-830-42W.pdf>
- Moreira, E. D., Glasser, D. B., & Gingell, C. (2005). Sexual activity, sexual dysfunction and associated help seeking behaviours in middle-aged and older adults in Spain: A population survey. *World Journal of Urology*, 23(6), 422–429.
- National Institute on Aging. (2013). *Age page. Sexuality later in life*. <https://www.nia.nih.gov/health/publication/sexuality-later-life#problems>
- Nay, R. (1992). Sexuality and aged women in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 13(6), 312-314.
- Nicolosi, A., Moriera, E. D., Villa, M., & Glasser, D. B. (2004). A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *Journal of Affective Disorders*, 82, 235-243.
- Ollagnier, C., Cetout, E., & Coutineau, M. (2011). La sexualité de nos aînés en institution de soins. *Revue de l'infirmière*, (176), 30-31.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018a). *Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière*. https://www.oiiq.org/pratique_professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018b). *CEPI: activités professionnelles permises*. <https://www.oiiq.org/accederprofession/parcoursetudiant/cepi/activitesprofessionnelles-permises?inheritRedirect=true>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2022). *Code déontologique des infirmières et des infirmiers*. [https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/I 8,%20R.%209.pdf](https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/I%208,%20R.%209.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Santé mentale et vieillissement*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Viellissement et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

- Parkin W. (1989). *Private experiences in the public domain: Sexuality and Residential Care Organizations*. Dans J. Hearn, D. L. Sheppard, P. Sheriff-Tancred, & G. Burrell *The sexuality of organization* (pp. 110-124). Sage Publications.
- Pederson, S., & Emmers-Sommer, T. M. (2012). "I'm Not Trying to Be Cured, So There's Not Much He Can Do for Me": Hospice Patients' Constructions of Hospice's Holistic Care Approach in a Biomedical Culture. *Death Studies*, 36(5), 419-446. doi: 10.1080/07481187.2011.584024
- Perrault Sullivan, G. (2015). Étude qualitative de la vision et des besoins des jeunes Inuit du Nunavik en matière de santé mentale et aperçu de la réponse fournie par les organismes du milieu [Mémoire de maîtrise inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC. Repéré à https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=TC-QTU7653&op=pdf&app=Library&oclc_number=1033021917
- Plaza, C. (2014). Vieillesse et sexualité. *L'aide-soignante*, 28, 15-16. doi:10.1016/j.aidsoi.2014.10.004
- Potvin, P. (2015). *Mes valeurs*. <http://pierrepotvin.com/wp/index.php/2015/07/08/mes-valeurs/>
- Pronovost, G., & Royer, C. (2004). *Les valeurs des jeunes*. Presses de l'Université du Québec.
- Protecteur du citoyen. (2021). *Rapport spécial du Protecteur du citoyen. Pour un accès à l'hébergement public qui respecte les droits et les besoins des personnes âgées et de leurs proches*. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-10/rapport-special-acces-herbergement-public.pdf>
- Pueblas, F. (2011). La personne âgée n'est pas asexuée. *Soins Gériatrie*, 16, 22. doi: SGER-05-06-2011-16-89-1268-6034-101019-201102956
- Rinfret, M. (2017). *Rapport annuel d'activités 2016-2017*. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2016-2017-ra-protecteur.pdf
- Robinson, K. M., & Davis, S. J. (2013). Influence of cognitive decline on sexuality in individuals with dementia and their caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 30-36. doi:10.3928/00989134-20130916-05
- Roney, L., & Kazer, M. W. (2015). Geriatric sexual experiences: The seniors tell all. *Applied Nursing Research: ANR*, 28(3), 254-256. doi:10.1016/j.apnr.2015.04.005

- Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2018). *Rapport sur les résidences pour personnes âgées. Québec*. http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/schl-cmhc/nh2-37/NH2-37-2018-fra.pdf
- Souchon, S. (2009). Processus de vieillissement et sexualité. *Soins gérontologie*, 14, 22-24. doi:SGER-07-08-2009-14-78-1268-6034-101019-200905145
- Statistique Canada. (2011a). Recensement en bref. Les générations au Canada.  ge et sexe, recensement 2011. http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011003_2-fra.pdf
- Statistique Canada. (2011b). *Recensement en bref. La situation des personnes âgées dans les ménages. Familles, ménages et état matrimonial. Type de construction résidentielle et logements collectifs, Recensement de la population de 2011*. https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312x2011003_4-fra.pdf
- Statistique Canada. (2015a). *Estimations de la population du Canada :  ge et sexe, 1er juillet 2015*. <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150929/dq150929b-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2015b). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires. Faits saillants*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/2010001/aftertoc-aprestdm1-fra.htm>
- Steinke, E. E. (2013). Sexuality and Chronic Illness. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 18-27. doi: 10.3928/00989134-20130916-01
- Syme, M. L. (2014). The evolving concept of older adult sexual behavior and its benefits. *Journal of the American Society on Aging*, 38(1), 35-41.
- Tabak, N., & Shemesh-Kigli, R. (2006). Sexuality and Alzheimer's disease: can the two go together? *Nursing Forum*, 41(4), 158-166.
- Tiefer, L. (2007). Beneath the veneer: The troubled past and future of sexual medicine. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33, 473-477.
- Tower, R., & Krasner, M. (2006). Marital closeness, autonomy, master, and depressive symptoms in a U. S. Internet sample. *Personal Relationships*, 13, 429-449.
- Trudel, G. (2018). *Vie de couple, sexualité et bien vieillir*, tome 1: Les études et les recherches sur la vie de couple, la vie sexuelle et la vie psychologique des retraités et des aînés.  ditions  dilivre.

- Vermette, S., & Vonarx, N. (2021). *Sexualité des personnes âgées, entre négligence et reconnaissance*. <https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/reflexions/sexualite-des-personnes-agees-entre-negligence-e.aspx>.
- Waite, L. & Das, A. (2010). Families, social life, and well-being at older ages. *Demography*, 47(Suppl 1), 87-109. doi:10.1353/dem.2010.0009
- Wallace, M. (2004). Sexuality. *Medsurg Nursing: Official Journal -of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 13(2), 122-123.
- Watson, J. (1979). *The philosophy and science of caring*. Little Brown.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. National League for Nursing.
- Watson, J. (1998). *Le Caring: philosophie et sciences des soins infirmiers*. Seli Arslan.
- Watson, J. (2006). *Nursing theories & nursing practice* (2^e éd.). F.A. Davis.
- Watson, J. (2008). *The philosophy and science of caring*. University Press of Colorado.
- Weinberg, A. (2002). La libération sexuelle et ses lendemains. La «révolution sexuelle». *Sciences Humaines*. http://www.scienceshumaines.com/la-liberation-sexuelle-et-ses-lendemains_fr_2582.html
- World Association for Sexual Health. (2014). *Declaration of sexual rights*. http://www.worldsexology.org/wpcontent/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf
- Wylie, K. R. (2004). A sense of well being from good sex. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 3-4.

Appendice A

Formulaire de consentement à l'étude



LETTRE D'INFORMATION

La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité
des personnes âgées résidant en centre d'hébergement de soins de longue durée

Nom du chercheur principal : Anne-Marie Fontaine (étudiante-chercheuse)

Département : Sciences infirmières

Programme d'études et directeur de recherche (étudiant) : Maîtrise en sciences infirmières (avec mémoire) sous la direction de Mme France Cloutier

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont d'explorer la perception des infirmières œuvrant dans un CHSLD de la région de la Mauricie en ce qui a trait aux besoins de sexualité des personnes âgées résidant dans ce centre.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Veuillez prendre le temps de lire cette présente lettre et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utile.

Veuillez prendre note que vous pouvez prendre le temps nécessaire avant de prendre la décision de participer ou non à cette étude.

Tâche

Votre collaboration au projet de recherche consiste à participer à une entrevue individuelle dans laquelle des questions vous seront posées. Les questions porteront sur votre perception de la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD. Les thèmes abordés porteront sur vos perceptions envers la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD et votre perception du rôle de l'infirmière face au besoin de sexualité de l'aîné. Avec votre consentement, l'entrevue sera enregistrée sur un lecteur audio, ce qui permettra la transcription des données, à la suite de l'entrevue, et une meilleure analyse. La durée de l'entrevue sera d'environ 30 à 45 minutes et elle se déroulera dans votre milieu de travail. L'entrevue ne pourra pas être réalisée sur les heures de travail, toutefois elle pourra se dérouler au moment qui vous convient le mieux.

Risques, inconvénients, inconforts

Il est possible que le fait de répondre aux questions qui vous seront posées vous procure un sentiment de malaise ou même d'inconfort dû au sujet tabou que peut être la sexualité. Si besoin est, l'étudiante-chercheuse pourra vous suggérer de consulter un intervenant du domaine de la santé.

Bénéfices

Les participants pourront retirer comme bénéfices de contribuer à l'avancement des connaissances au sujet des perceptions des infirmières sur la sexualité des personnes âgées en CHSLD.

De plus, le fait de participer à cette étude offre au participant une occasion de réfléchir et de discuter, en toute confidentialité, sur ce sujet qu'est la sexualité des personnes âgées en CHSLD.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse responsable de ce projet de recherche ainsi que la directrice supervisant ce projet de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. De plus, le nom du CHSLD ne sera pas utilisé dans le mémoire rédigé suite à cette recherche pour ainsi éviter le risque d'identification indirecte. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante-chercheuse responsable de ce projet de recherche.

Les résultats de la recherche seront diffusés sous la forme d'un mémoire ainsi que d'un résumé des résultats qui sera présenté aux participants. Il est à noter qu'en aucun cas, les résultats ne permettront d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé à l'Université du Québec à Trois-Rivières dans un classeur dans le bureau de la directrice de l'étudiante-chercheuse. Les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante-chercheuse et la directrice de cette étude. Toutes deux ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites cinq ans après la fin de la recherche. Les documents ayant servi à analyser les résultats seront déchiquetés et les enregistrements audio seront effacés. Les données collectées ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse responsable de ce projet de recherche détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

L'étudiante-chercheuse responsable de ce projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, en vous expliquant les motifs et les circonstances menant à votre retrait.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer votre sécurité et aussi celles des autres sujets de recherche et pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai, verbalement et par écrit.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse. Ses coordonnées sont les suivantes:

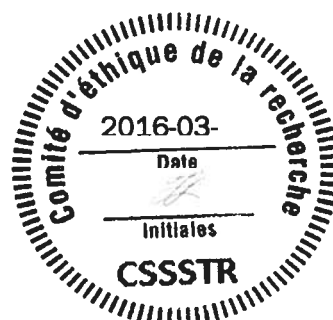
Anne-Marie Fontaine
Numéro de téléphone: XXX-XXX-XXXX
Courriel: XXX-XXX-XXXX

Identification des personnes ressources

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS MCQ au numéro suivant : 819-370-2200 poste 3227.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a aussi approuvé ce projet de recherche et un certificat portant le numéro CER-16-226-08-02.18. a été émis le 2016-07-26. Ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ au 819-697-3333, poste 64399.





FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de l'étudiante-chercheuse

Moi, Anne-Marie Fontaine, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet s'intitulant: *La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en centre d'hébergement de soins de longue durée*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

☐ Je consens à ce que l'entrevue individuelle soit enregistrée.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Étudiante-chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le mois de janvier 2017. Veuillez indiquer l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne :

Adresse :

Si cette adresse venait à changer, il vous faudra, s'il vous plait, en informer l'étudiante-chercheuse.

Appendice B

Grille d'entrevue du projet



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec

Québec



GRILLE D'ENTREVUE DU PROJET

LA PERCEPTION DES INFIRMIÈRES EN CE QUI A TRAIT À LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ÂGÉES RÉSIDANT EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE

PREMIÈRE PARTIE DE L'ENTREVUE

Données sociodémographiques :

Âge : _____

Sexe : _____

Niveau de scolarité: _____

Formation infirmière :

- ☐ DEC
- ☐ BAC
- ☐ DEC-BAC
- ☐ BAC (volet perfectionnement)
- ☐ Autre: _____

Années d'expérience en tant qu'infirmière: _____

Années d'expérience en CHSLD: _____

Poste de travail occupé : _____

DEUXIÈME PARTIE DE L'ENTREVUE :

Thème 1 : La sexualité chez la personne âgée en général

1. De quelle façon voyez-vous la sexualité au cours de la vie?
2. De quelle façon voyez-vous la sexualité chez la personne âgée?
3. La sexualité chez la personne âgée, représente-t-elle un sujet tabou pour l'infirmière et/ou la société?
 - 3.1 En quoi la sexualité chez la personne âgée représente-t-elle un sujet tabou?
 - 3.2 En quoi la sexualité chez la personne âgée représente-t-elle un sujet tabou pour le personnel soignant?
 - 3.3 Pour quel type d'intervenants parmi le personnel soignant?
4. Quelle est la proportion de personnes âgées qui désirent maintenir une sexualité active?
5. Quel est l'intérêt que le personnel soignant doit porter à la sexualité de la personne âgée?
6. Quel est l'intérêt que la société doit porter à la sexualité de la personne âgée?

Thème 2 : La sexualité de la personne âgée résidant en centre d'hébergement de soins de longue durée

7. De façon générale, pour quelles raisons devrions-nous accepter la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD?
8. Pensez-vous qu'il devrait exister des restrictions au niveau de la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD?
 - 8.1 Si vous répondez par l'affirmative :
 - Pouvez-vous expliquer votre réponse?
 - Quelles devraient être ces restrictions?
 - 8.2 Si vous répondez par la négative :
 - Pouvez-vous expliquer votre réponse?

9. Dans votre établissement comment la sexualité des personnes âgées qui y résident est-elle perçue, par le personnel soignant et par les membres de la direction?

10. Quels sont les politiques ou les règlements qui existent, dans votre milieu, en ce qui a trait à la sexualité des usagers?

11. Comment décrivez-vous la considération que porte votre milieu de travail envers le besoin de sexualité des personnes âgées?

11.1 Comment cela se démontre-t-il concrètement?

12. En quoi, dans votre milieu, l'environnement est-il propice à la satisfaction du besoin de sexualité des personnes âgées?

12.1 Quels sont les moyens présents, que vous avez remarqués, qui permettent la satisfaction de ce besoin?

13. Quelle est la proportion de personnes âgées qui désirent maintenir une sexualité active dans votre milieu?

13.1 Quelle est la fréquence à laquelle vous rencontrez des situations en lien avec la sexualité des aînés résidant dans votre milieu?

13.2 Pouvez-vous mentionner des situations vécues?

14. Comment vous sentez-vous lorsque vous devez faire face aux situations référant à la sexualité des personnes âgées résidant dans votre milieu?

15. Quel est le rôle de l'infirmière en ce qui a trait à la sexualité de la personne âgée en CHSLD?

16. Quelle formation avez-vous reçue pour être en mesure d'interagir avec les personnes âgées afin de répondre à leurs questions et ainsi les soutenir dans leurs besoins de sexualité?

17. Quel soutien, quels outils ou quelle formation votre milieu de travail offre-t-il au personnel soignant afin de les aider à répondre aux questions et aux besoins des personnes âgées, en ce qui a trait à la sexualité?

17.1 Comment décrivez-vous votre satisfaction envers ce soutien, ces outils et ces formations que vous offre votre milieu de travail?

17.2 De quelle façon aimeriez-vous être soutenue?

17.3 Qu'est-ce qui pourrait vous aider?

18. À quel point une formation sur la sexualité des personnes âgées résidant en CHSLD serait-elle bénéfique?

18.1 De quelle manière cette formation serait-elle bénéfique pour vous?

18.2 De quelle manière cette formation serait-elle bénéfique pour le personnel soignant en général?

18.3 Quelles en seraient les répercussions sur votre pratique auprès des personnes âgées?

Appendice C

Certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la région de
du Centre de Québec



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Téléphone : 514 511-2011 poste 6400
Télécopieur : 514 515 7042
Courriel : Comite_recherche@cssstr.qc.ca

No d'approbation
éthique CSSSTR :

CÉR-2015-038-00

Certificat d'approbation éthique

Description du projet de recherche :

Titre du projet :	La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée
Chercheur :	Madame Anne-Marie Fontaine
Provenance des fonds :	Aucun

Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :

Date de la version

Formulaire d'information et de consentement	2016-03-31
Protocole	Non-datée
Grille d'entrevue du projet	Non-datée

Approbation éthique :

Étude initiale du projet par notre CÉR :	2016-02-18
Certificat actuel :	
Raison d'émission :	Acceptation finale
Date d'étude par notre CÉR :	2016-03-31
Période de validité :	Du 2016-03-31 au 2017-03-31

François Lemire

François Lemire
Président du comité d'éthique de la recherche



À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.

Appendice D

Deuxième certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la région de
la Capitale-Nationale



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Téléphone : 514 375-3332 poste 54377

Télécopieur : 514 375-1542

Courriel : ethique@cssstr.com ou peu@cssstr.com

No d'approbation
éthique CSSSTR :

CÉB-2015-030-01

Certificat d'approbation éthique

Description du projet de recherche :

Titre du projet :	La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée
Chercheur :	Madame Anne-Marie Fontaine
Provenance des fonds :	Aucun

Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :

Date de la version

Formulaire d'information et de consentement	2016-03-31-
Protocole	Non-datée
Grille d'entrevue du projet	2016-04-19

Approbation éthique :

Étude initiale du projet par notre CÉR :	2016-02-18
Certificat actuel :	
Raison d'émission :	Modifications de documents à l'étude
Date d'étude par notre CÉR :	2016-04-21
Période de validité :	Du 2016-04-21 au 2017-03-31

François Lemire

François Lemire
Président du comité d'éthique de la recherche



À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.

Appendice E

Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée

Chercheur(s) : Anne-Marie Fontaine
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CDERS-16-7-06.10

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 31 mars 2016 au 31 mars 2017

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Decanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 27 mars 2016

Appendice F

Deuxième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée

Chercheur(s) : Anne-Marie Fontaine
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CDERS-16-7-06.10

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 31 mars 2017 au 31 mars 2018

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 27 mars 2017

Appendice G

Entente relative à la réalisation de la recherche
entre l'UQTR et le CIUSSS MCQ

ENTENTE RELATIVE À LA RÉALISATION DE LA RECHERCHE AU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC

ENTRE : **UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**, personne morale légalement constituée en vertu du chapitre U-1 des lois refondues du Québec ayant son siège au 3351, boulevard des Forges, C. P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7, représentée par M. Hugues Coucel, directeur du Bureau de liaison entreprise-université, dûment autorisé aux fins des présentes comme il le déclare,

(ci-après appelée l'« UQTR »)

ET : **CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**, corporation légalement constituée en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), ayant son siège au 858, terrasse Turcotte, G9A 5C3, ici agissant et représentée par M^{me} Marlène Galdin, PhD, directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche, dûment autorisée, tel qu'elle le déclare,

(ci-après appelé le « CIUSSS MCQ »)

(L'UQTR et le CIUSSS MCQ sont ci-après individuellement désignés comme une « Partie » et collectivement désignés les « Parties »)

ATTENDU QUE le CIUSSS MCQ doit pouvoir garantir la qualité scientifique des recherches, le respect des personnes et l'utilisation adéquate des ressources affectées aux activités de recherche;

ATTENDU QUE les Parties se sont entendues sur la réalisation au CIUSSS MCQ d'une étude intitulée « La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en centre d'hébergement de soins de longue durée » ci-après appelée la « Recherche »;

ATTENDU QUE les Parties désirent préciser leurs responsabilités et rôles respectifs en regard de l'exécution des activités nécessaires à la réalisation complète de la Recherche;

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Réalisation de la Recherche

L'UQTR s'engage à réaliser au CIUSSS MCQ la Recherche conformément au devis de recherche présenté au Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CIUSSS MCQ, aux lois, règlements et lignes directrices gouvernementales qui y sont applicables, ainsi qu'aux pratiques généralement reconnues en matière de recherche.

2. Délégation de fonctions

La direction scientifique du projet pour l'UQTR sera assumée par M^{me} Franco Cloutier, directrice du mémoire de Anne-Marie Fontaine, étudiante-chercheuse (ci-après la « Chercheuse »). La Chercheuse supervisera personnellement la Recherche. Elle pourra déléguer certaines tâches, mais veillera à ce que toutes les personnes déléguées qui participent à la Recherche soient sous sa coordination et aient, de par leur formation et leur expérience, les qualifications nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités.

2.1. Répondant au CIUSSS MCQ

Les Parties reconnaissent qu'il n'y aura pas de personne répondante de la recherche pour le CIUSSS MCQ.

3. Autorisation du directeur des services professionnels

L'autorisation du directeur des services professionnels n'est pas requise pour ce projet.

4. Participants au projet de recherche

La population à l'étude est constituée d'infirmières travaillant en centre d'hébergement de soins de longue durée.

5. Recrutement ou collecte des données

Afin de former l'échantillon, deux techniques d'échantillonnage pourront être utilisées. La première technique d'échantillonnage utilisée est une technique non probabiliste, appelée échantillonnage de commodité. Afin de recruter les participants, une rencontre aura lieu avec [REDACTED].

[REDACTED] l'objectif de l'étude et des modalités de celle-ci. Elle pourra par la suite informer les infirmières et leur transmettre l'information. Des lettres d'informations sur le projet seront également apposées aux postes des infirmières, ces lettres mentionneront elles aussi l'objectif de l'étude et les modalités de cette dernière. (À noter que les lettres d'informations correspondent à la lettre d'informations jointe au formulaire de consentement). Une deuxième technique d'échantillonnage sera utilisée si la technique d'échantillonnage par commodité n'a pas permis de recruter les huit infirmières qui formeront l'échantillon. Cette deuxième technique est également une technique non probabiliste, il s'agit en fait de l'échantillonnage par réseau. Il s'agit d'une technique où les premiers participants recrutés fournissent le nom d'individus respectant eux aussi les critères d'inclusion et qui seraient susceptibles d'accepter de participer à la recherche.

Deux critères d'inclusion ont été retenus pour cette étude, soit de détenir un permis de l'OLQ afin d'exercer la profession infirmière depuis au moins un an ainsi que d'avoir une expérience de travail en CHSLD de six mois et plus.

Les données visées seront recueillies lors d'entrevues individuelles avec les infirmières. Les données seront recueillies en deux étapes. La première partie de l'entrevue est un court questionnaire afin de recueillir des données sociodémographiques tels que l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la formation

infirmière reçue, le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière, le nombre d'années d'expérience en CHSLD ainsi que le poste de travail actuellement occupé. La deuxième partie de l'entrevue sera constituée de 18 questions ouvertes.

6. Confidentialité

Les Parties s'engagent à assurer la confidentialité des renseignements personnels et médicaux recueillis qui seront traités comme suit :

- 6.1. Les informations recueillies sur les sujets de recherche seront codées.
- 6.2. Les résultats de la Recherche pourront être publiés dans des communiqués ou/et divulgués lors de congrès scientifiques, mais aucune information permettant d'identifier les sujets de recherche ainsi que leur participation à la Recherche ne sera communiquée.
- 6.3. L'UQTR s'engage à conserver, sous sa responsabilité les renseignements tels que noms, prénoms des sujets de recherche, leurs coordonnées et dates de début et de fin de participation à la Recherche dans une filière fermée sous clef, localisée au bureau de recherche de la Chercheuse principale situé à l'UQTR, pendant une durée de dix (10) ans après la fin de la Recherche. L'UQTR accepte également de conserver les dossiers de recherche de façon à en assurer la confidentialité, et ce, en conformité avec le Cadre réglementaire des bonnes pratiques de la recherche au Centre hospitalier régional de Trois Rivières¹.
- 6.4. L'UQTR s'engage à ne rendre accessible les informations personnelles des sujets de recherche qu'aux membres de son personnel de recherche autorisé.
- 6.5. L'UQTR s'engage à ne mener aucune analyse non prévue au Protocole sans l'autorisation écrite du CÉR du CIUSSS MCQ.
- 6.6. Les Parties doivent s'assurer que la confidentialité des informations personnelles ait été respectée selon les critères décrits dans la présente Entente.
- 6.7. L'UQTR s'engage à signer et à obtenir de tous ses collaborateurs à la Recherche, un engagement à la confidentialité à l'égard de l'identité des usagers participant à la Recherche, des données colligées, de même qu'à l'égard de tous renseignements concernant le CIUSSS MCQ ou ses employés et considérés par le CIUSSS MCQ comme confidentiels et dont les participants pourraient prendre connaissance.

7. Paiement

Aucune contrepartie financière ne sera versée au CIUSSS MCQ.

¹ Cadre réglementaire des bonnes pratiques de la recherche CHRT 4.5 et 4.6

8. Assurance et indemnisation

Il est convenu entre les Parties que l'UQTR et ses collaborateurs posséderont leur propre assurance responsabilité professionnelle et en assumeront les frais.

Les Parties acceptent d'assumer leurs propres responsabilités et d'avoir recours à leurs programmes respectifs d'assurance responsabilité institutionnelle et professionnelle, selon le cas, pour les tenir indemnes de toute réclamation pour pertes, dommages ou dépenses, incluant les honoraires extrajudiciaires raisonnables d'avocats, qu'elles pourraient subir à la suite de toute réclamation, demande, frais ou jugement fait ou institué contre elles pour lésions personnelles (incluant le décès) ou dommages causés dans la réalisation de la Recherche, sous réserve que tels pertes, dommages ou dépenses n'aient découlé d'omissions ou de négligences d'une autre (d'autres) partie(s).

9. Amendement ou modification

Toute demande d'amendement, de modification ou de renouvellement du projet de Recherche ou tout avis d'événement indésirable ou de complication doit être déposé au secrétariat du CÉR du CIUSSS MCQ.

10. Rapport annuel et final (voir si nécessaire dans le contexte d'un protocole d'amélioration de la qualité)

L'UQTR convient de produire, au CÉR du CIUSSS MCQ, un rapport final écrit de la Recherche, conformément à l'échéancier prévu au devis de recherche.

11. Publications

L'UQTR s'engage à obtenir l'autorisation écrite et expresse du CIUSSS MCQ avant d'utiliser son nom dans quelque communication ou publication que ce soit.

12. Cession

L'UQTR ne pourra pas céder ses droits et obligations résultant de la présente entente, à moins d'accord préalable écrit du CIUSSS MCQ.

13. Conflit d'intérêts

Toute situation de conflit d'intérêts doit être portée à l'attention du CÉR du CIUSSS MCQ. La Chercheuse doit alors remplir et signer le formulaire « Déclaration des intérêts » qui sera remis au président du CÉR du CIUSSS MCQ.

14. Durée de l'entente

La présente entente entre en vigueur à la date de sa signature et le demeurera jusqu'à la réalisation complète de la Recherche, sous réserve des articles 6, 7 et 12 qui demeureront en vigueur.

15. Invalidité partielle

Advenant que l'une ou l'autre des dispositions de la présente entente soit jugée invalide ou ne soit pas susceptible d'exécution, cette invalidité ou impossibilité d'exécution n'affectera pas les autres dispositions de la présente entente, et la disposition jugée invalide ou non susceptible d'exécution sera alors présumée non écrite ou non existante.

16. Lois de gouvernance

Cette Entente sera interprétée et régie conformément aux lois de la province de Québec et aux lois du gouvernement du Canada qui y sont applicables.

17. Arbitrage

Tout différend ou litige qui viendrait à se produire à la suite ou à l'occasion de la présente Entente sera tranché définitivement par voie d'arbitrage selon les dispositions pertinentes du Code de procédure civile du Québec, à Trois-Rivières, province de Québec, à l'exclusion des liturgaux.

18. Avis



Les avis requis en vertu de cette Entente seront transmis par courrier recommandé ou livraison en main propre avec accusé de réception à la personne et à l'adresse indiquée ci-dessous, à moins d'un changement d'adresse écrit. Tout avis par la poste est réputé reçu le troisième jour après sa mise à la poste, sauf s'il y a interruption des services postaux. Dans le cas d'une transmission par télécopieur, l'avis sera considéré avoir été reçu la journée de l'envoi. Les coordonnées des Parties sont les suivantes :

Destinataire : CIUSSS MCQ
 Attention : Madame Martine Gauthier, PhD
 Titre : Directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche
 Adresse : 3265, rue Foucher, Trois-Rivières (Québec), G6Z 1M6
 No de télécopieur : 819 379-5155

Destinataire : Monsieur Hugues Daucet
 Directeur
 Bureau de liaison entreprise-université
 Université du Québec à Trois-Rivières
 3351, boul. des Forges, C. P. 500
 Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ,

À TROIS-RIVIÈRES, ce _____ 2016

<p>UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES</p> 	<p>CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET- DU-CENTRE-DU-QUÉBEC</p> 
<p>Par : Hugues Doucet Directeur, Bureau de liaison entreprise-université</p>	<p>Par : Marlène Gaudin, PhD Directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche</p>
<p><u>21 juin 2016</u> Date</p>	<p><u>23 juin 2016</u> Date</p>

Madame France Cloutier à titre de directrice de mémoire de l'étudiante-chercheuse Anne-Marie Fortaine à l'UQTR reconnaît avoir pris connaissance du projet de recherche et accepte son rôle de directrice scientifique.



France Cloutier
Professeure au Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Date _____

Appendice H

Troisième certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie et
du Centre-du-Québec

Québec

BUREAU INTÉGRÉ DE L'ÉTHIQUE

Téléphone 819-372-1133 poste 52303
bureau_integre_de_l'ethique@ciussmccq.ca

No d'approbation
éthique CIUSSSMCQ :

CÉR-2015-038-03

Certificat d'approbation éthique

Description du projet de recherche :

Titre du projet :	La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée
Numéro du projet :	CÉR-2015-038
Chercheur :	Madame Anne-Marie Fontaine

Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :

Date de la version

Formulaire d'information et de consentement	2016-07-19
Protocole	2016-07-12
Grille d'entrevue du projet	2016-04-20

Approbation éthique :

Étude initiale du projet par notre CÉR :	2016-02-18
Certificat actuel :	
Raison d'émission :	Renouvellement annuel
Date d'étude par notre CÉR :	2018-09-11
Période de validité :	Du 2017-03-31 au 2019-03-31



Bernard Deshaies
Président
Comité d'éthique de la recherche volet médical



À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.

Appendice I

Quatrième certificat d'approbation éthique du CIUSSS MCQ

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la région
de Québec

Québec

BUREAU INTÉGRÉ DE L'ÉTHIQUE

Téléphone : 514-310-3130 poste 5000

Fax : 514-310-3130 Bureau intégré de l'éthique pour la CSSS

No d'approbation
éthique CIUSSS-MCQ :

CÉR-2015-038-04

Certificat d'approbation éthique

Description du projet de recherche :

Titre du projet :	La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée
Numéro du projet :	CÉR-2015-038
Chercheur :	Madame Anne Marie Fontaine

Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :

Date de la version

Formulaire d'information et de consentement	2015-07-19
Protocole	2015-07-12
Grille d'entrevue du projet	2015-04-20

Approbation éthique :

Étude initiale du projet par notre CÉR :	2015-02-18
Certificat actuel :	
Raison d'émission :	Renouvellement annuel
Date d'étude par notre CÉR :	2019-03-27
Période de validité :	Du 2019-03-31 au 2020-03-31

Bernard Deshaies

Bernard Deshaies
Président
Comité d'éthique de la recherche volet médical



À noter que le présent document est approuvé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.

Appendice J

**Formulaire de demande de renouvellement annuel
de l'approbation du projet de recherche**



Formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche

Date de dépôt du formulaire: 2020-04-03 18:14

Discovered by: General J. Miller

Date d'approbation du projet par le CCR : 2010-08-11

Identifiant Nacoms: Perception infirmières: sexualité des Pd

FOUO/Intels only for project : 2016-63, 437, CIA-2015-010

Formulary PB-C02-004

Signal du formulaire : 42900000

Section réservée au CÉR

2. Type d'évaluation choisie par le président:
Mode de l'essai

2. **Décision du CER:**
Demande approuvée

3. **Signature de l'évaluateur**
Julia Gelman
Titre du signataire:
Bureau intégré de l'éthique
Date de signature:
2020-04-01

Renseignements généraux

1. Indiquez, en français, le titre complet du projet de recherche
La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée
2. Indiquez le numéro du certificat éthique:
3. Indiquez le nom du chercheur principal
Cloutier, France
4. Y a-t-il des cochercheurs et collaborateurs qui collaborent au projet de recherche?
Non

Établissements visés

2. Veuillez indiquer les établissements de RSSS du Québec visés par la présente demande

Déroulement du projet

1. Date à laquelle le projet de recherche a commencé:
2. Date à laquelle le projet de recherche devrait se terminer:
3. Indiquez le statut actuel du projet de recherche
 - ☐ Projet en cours dont le recrutement est en cours
 - ☐ Projet en cours dont le recrutement est terminé
 - ☐ Projet en cours pour lequel aucun participant n'a encore été recruté
 - ☐ Projet interrompu
 - ☐ Projet en attente
4. Expliquez brièvement l'état d'avancement et de déroulement du projet :

Participants

1. Pour le ou les centres concernés (le cas échéant), veuillez inscrire les informations concernant les participants recrutés dans l'étude :

Événement(s) significatif(s)

1. Y-a-t-il des problèmes, y compris les difficultés éthiques, qui sont survenus pendant l'année, si oui, quels sont les moyens pris pour les résoudre et assurer la protection des participants?
2. Au cours de la dernière année, y-a-t-il eu des événements significatifs qui n'ont pas été portés à l'attention du CER ?
 - ☐ Non applicable
 - ☐ Modification(s)
 - ☐ Réaction(s) indélébile(s)
 - ☐ Deviation(s)
 - ☐ Autre (préciser à la sous-questions suivante)

Document(s) soumis(s)

1. Y-a-t-il des documents soumis en lien avec cette demande?

Signature

1. J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts.

Appendice K

Troisième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains,
de l'UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée

Chercheur(s) : Anne-Marie Fontaine
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CDERS-16-7-06.10

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 31 mars 2018 au 31 mars 2019

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 27 mars 2018

Appendice L

Quatrième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains,
de l'UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée

Chercheur(s) : Anne-Marie Fontaine
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CDERS-16-7-06.10

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 31 mars 2019 au 31 mars 2020

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 05 avril 2019

Appendice M

Cinquième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains,
de l'UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée

Chercheur(s) : Anne-Marie Fontaine
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CDERS-16-7-06.10

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 31 mars 2020 au 31 mars 2021

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Appendice N

Sixième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains,
de l'UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée

Chercheur(s) : Anne-Marie Fontaine
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CDERS-16-7-06.10

PÉRIODE DE VALÉDITÉ : Du 31 mars 2021 au 31 mars 2022

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Me Richard LeBlanc
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 19 avril 2021

Appendice O

Septième certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains,
de l'UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : La perception des infirmières en ce qui a trait à la sexualité des personnes âgées résidant en hébergement de soins de longue durée

Chercheur(s) : Anne-Marie Fontaine
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement.

N° DU CERTIFICAT : CDERS-16-7-06.10

PÉRIODE DE VALEUR : Du 31 mars 2022 au 31 mars 2023

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Me Richard LeBlanc
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité