

2022-2024

Master de Psychologie clinique, Psychopathologie et Psychologie de la Santé
Psychologie du Vieillessement Normal et Pathologique (PVNP)

Représentations sociales et attitudes des professionnels de santé vis-à-vis du couple âgé institutionnalisé

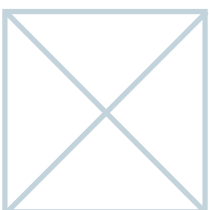
L'âgisme et le couple âgé

Réunif Tibo

Sous la direction de Mme
Potard Catherine

Membres du jury

Potard Catherine | Professeur des Universités en Psychologie Clinique de la santé, Maître de
Conférences en Psychologie Clinique et de la santé et Psychologue
El Haj Mohamad | Professeur des Universités



Soutenu publiquement le :
27 juin 2024



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Nombreux sont ceux sans qui ce travail n'aurait pas pu être abouti. Je tiens à remercier chacun d'entre eux.

En premier lieu, je remercie Mme Potard, ma directrice de mémoire, pour son aide précieuse et son accompagnement tout au long des deux années de master.

Un grand merci à mes tuteurs de stage qui m'ont accompagné sur les différents lieux de stage, et m'ont ainsi permis de développer mes connaissances dans le domaine de la psychologie.

Mes remerciements vont également aux établissements et aux professionnels qui ont participé sur la base du volontariat et sur leurs temps personnels, pour répondre au protocole de passation et ainsi jouer un rôle actif dans cette recherche.

Enfin, mes derniers remerciements s'adressent à mes parents, mon frère, ma grand-mère, mes cousins, mes oncles, mes tantes et mes amis qui n'ont jamais cessé de croire en moi et de m'encourager.

RÉSUMÉ

Introduction : Les représentations sociales âgistes renvoient aux stéréotypes et discriminations envers les personnes âgées. L'âgisme se manifeste à trois niveaux : institutionnel, interpersonnel et personnel. Au-delà des pratiques discriminatoires, l'âgisme influence également nos attitudes par rapport aux personnes âgées et celles-ci ne sont pas sans conséquence sur la santé des âgés. Récemment, des études ont montré que les représentations négatives liées à l'âge influencent les actes professionnels vis-à-vis des personnes âgées. **Objectif :** Cette recherche vise à étudier le lien entre les représentations sociales âgistes et les attitudes des professionnels de santé dans leur prise en charge quotidienne des couples âgés en EHPAD. **Méthode :** Pour cela, l'échantillon est composé de 36 professionnels en gériatrie, âgés de 16 à 57 ans. Le matériel utilisé est la *Fraboni Scale of Ageism-Revisited* (FSA-R) et un questionnaire créé pour répondre aux besoins de l'étude. **Résultats :** Concernant l'aisance et l'acceptabilité envers le couple âgé, cette recherche a mis en évidence une différence hautement significative, la moyenne des professionnels moins âgistes est supérieure à celle des plus âgistes. **Conclusion :** Les résultats de cette recherche, permettent de conclure que les représentations sociales âgistes influencent les attitudes des professionnels par rapport aux personnes âgées, se traduisant le plus souvent par des attitudes négatives envers le couple âgé. Des investigations supplémentaires, en tenant compte des limites de cette recherche, seraient pertinentes.

Mots-clés : Couple, Attitudes, Professionnels, Représentations sociales, Agisme, Agés, Structure, Sexualité

ABSTRACT

Introduction : Ageist social representations refer to stereotypes and discrimination against older people. Ageism manifests itself at three levels: institutional, interpersonal and personal. In addition to discriminatory practices, ageism also influences our attitudes towards the elderly, and these attitudes are not without consequences for their health. Recent studies have shown that negative representations linked to old age might influence professional actions towards the elderly. **Objective :** The aim of this research is to study the link between ageist social representations and the attitudes of healthcare professionals in their day-to-day care of elderly couples in nursing homes. **Method :** The sample consisted of 36 geriatric professionals aged between 16 and 57. The material used was the *Fraboni Scale of Ageism-Revisited* (FSA-R) and a questionnaire created to meet the needs of the study. **Results :** In terms of ease and acceptability towards the elderly couple, this research revealed a highly significant difference, the mean score obtained by the least ageist professionals is superior than the one obtained by those with higher ageism rate. **Conclusion :** The results of this research allow us to conclude that ageist social representations influence the attitudes of professionals towards the elderly, most often resulting in negative attitudes towards elderly couples. Further investigations, considering the limits of this research, would be relevant.

Keywords : Couple, Attitudes, Professionals, Social representations, Agism, Elderly, Structure, Sexuality

Sommaire

REPRESENTATIONS SOCIALES ET ATTITUDES DES PROFESSIONNELS DE SANTE VIS-A-VIS DU COUPLE AGE INSTITUTIONNALISE

INTRODUCTION

PARTIE THEORIQUE

1. Le couple des sujets âgés résidant en structure

- 1.1. Définitions et théories du couple en psychologie
- 1.2. Le couple vieillissant en structure
- 1.3. Relation de couple des personnes âgées et leur santé
- 1.4. Les facteurs facilitant et restreignant l'instauration du couple en institution

2. Représentations sociales et attitudes des professionnels de santé à l'égard du couple âgé institutionnalisé

- 2.1. Représentations sociales et attitudes : définitions et liens entretenus
- 2.2. Les représentations et attitudes en contexte gériatrique
- 2.3. Répercussions en termes de santé pour les personnes âgées
- 2.4. Représentations et attitudes des professionnels à l'égard des sujets âgés vieillissant en structure

3. Problématique et hypothèses

PARTIE EXPERIMENTALE

1. Méthodologie

- 1.1. Population
- 1.2. Outils
- 1.3. Procédure
- 1.4. Analyses statistiques

2. Résultats

- 2.1. Données démographiques
- 2.2. Analyse de corrélations entre l'âge du professionnel et les représentations sociales âgées
- 2.3. Analyse de comparaison de moyennes d'aisance et d'acceptabilité face au couple âgé, entre les professionnels les moins âgés et les plus âgés
- 2.4. Analyse de comparaison de moyennes d'aisance et d'acceptabilité, face aux comportements sexuels des couples âgés, entre les professionnels moins âgés et les plus âgés
- 2.5. Analyse complémentaire de comparaison de deux moyennes issues de deux échantillons appariés

PARTIE DISCUSSION

1. Discussion

2. Limites et perspectives de recherche

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE DES 7 SCENARIOS CONSTRUIT POUR LES BESOINS DE CETTE ETUDE

ANNEXE 2 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

ANNEXE 3 : RECUEIL DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES

ANNEXE 4 : FRABONI SCALE OF AGEISM-REVISITED (FSA-R)

ANNEXE 5 : TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS SELON LA SITUATION MARITALE ET L'AGE

TABLE DES TABLEAUX

Représentations sociales et attitudes des professionnels de santé vis-à-vis du couple âgé institutionnalisé

Introduction

Actuellement, les couples des sociétés occidentales sont confrontés à de nombreux défis et pressions qui peuvent nuire au maintien des relations de couples, comme l'allongement des heures de travail ou le départ tardif des enfants du foyer parental. Cette pression peut amener le couple à ne pas prendre le temps de cultiver leur relation. Depuis le début du 21^e siècle, des changements ont été constatés dans les unions intimes avec un retard dans l'entrée du mariage. De plus, de nombreux pays ont constaté un déclin du mariage et une hausse des divorces accompagnée d'une hausse des unions reconstituées. Au cours des dernières décennies, une autre forme de relation de couple appelée « Living apart together » (LAT) a été observée par les chercheurs en sciences sociales. Strohm et al. (2009) définissent ces relations comme des partenaires non mariés, vivant séparément, tout en s'identifiant comme un couple. Levin et Trost (1999) ont également utilisé cette théorie du LAT pour des couples mariés possédant deux ménages. Les chercheurs ont identifié plusieurs raisons justifiant les choix des couples à vivre séparément. Des raisons personnelles comme le fait de ne pas se sentir émotionnellement prêt à vivre ensemble ou en raison de contraintes professionnelles et financières. Les raisons varient également en fonction de l'âge des partenaires, par exemple, les jeunes couples vivants séparément chez leurs parents.

Les êtres humains ont un besoin fondamental de former et de maintenir des relations interpersonnelles stables. En effet, les relations intimes procurent des récompenses importantes, difficiles à obtenir en dehors de ces relations. Ces besoins sont nécessaires à tout âge de la vie et l'intérêt de cette recherche va être de s'intéresser aux couples vieillissants dans sa globalité, ainsi que les différentes représentations sociales associées. Premièrement, la partie théorique va parler du couple des sujets vieillissants institutionnalisés. L'objectif sera d'évoquer la conception du couple en psychologie, sa place en contexte gériatrique, son impact sur la santé et les facteurs facilitant et restreignant son instauration en institution. Deuxièmement, la partie théorique va parler des représentations sociales et des attitudes des professionnels de santé à l'égard du couple âgé en institution. L'objectif sera de définir ces concepts, en s'intéressant à leurs rôles dans le contexte gériatrique, leurs répercussions sur la santé et leurs impacts sur le quotidien des professionnels de santé.

Partie théorique

1. Le couple des sujets âgés résidant en structure

1.1. Définitions et théories du couple en psychologie

Les familles ont connu de profonds changements depuis quelques années comme l'émergence des familles monoparentales ou des couples homosexuels. Les définitions de la famille varient, la définir implique souvent de tracer des frontières en identifiant les personnes à inclure et ceux à exclure. Ces frontières sont fluides et changent en fonction des naissances, des décès, mais également en fonction de la formation et de la séparation des partenariats. Selon Noller et Karantzas (2012), le couple correspond à la formation d'un partenariat entre deux individus soient de même sexe ou de sexe différent. Pour le dictionnaire Larousse, ce sont deux personnes unies par le mariage, liées par un pacs ou vivant en concubinage. Le site de la langue française ajoute les notions d'amours, de sentiments et d'intérêts qui unissent deux personnes.

Afin de comprendre les processus en jeu au sein des relations de couples, Bowlby (1982) a proposé une théorie regroupant deux systèmes, le système d'attachement et le système des comportements sexuels. Bowlby (1982) a émis l'hypothèse que le système d'attachement régit la dépendance d'une personne à l'égard d'une autre personne. Ce système correspond à une fonction biologique permettant de protéger une personne contre le danger ou la souffrance en veillant à ce que la personne reste proche d'une autre personne qui l'aime et la soutienne. Néanmoins, le bon fonctionnement de ce système exige que la figure d'attachement soit disponible en cas de besoin, afin de répondre aux demandes de proximité du partenaire et en soulageant sa détresse. Pour Buss et Kenrick (1998), le système des comportements sexuels a pour objectif, du moins chez les hétérosexuels, d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire de sexe opposé pour avoir un enfant. Cependant, les individus peuvent également rechercher le plaisir sexuel sans espérer qu'une grossesse en résulte. Les méthodes modernes de contrôle des naissances ainsi que l'homosexualité permettent de séparer ces deux objectifs. L'activité sexuelle offre alors aux couples un moyen d'exprimer leur intimité et leur affection dans leur relation. Pour Sprecher et Cate (2004), les relations dans lesquelles les deux partenaires satisfont leurs besoins sexuels contribuent à la satisfaction, à la stabilité de la relation et renforcent les sentiments d'amour et d'engagement. Néanmoins, les dysfonctionnements de ce système sont souvent responsables de conflits relationnels, d'instabilités et de rupture éventuelle de la relation. Selon cette théorie, les différences individuelles dans les paramètres des systèmes d'attachement et sexuel peuvent affecter la qualité des relations amoureuses. Le bon fonctionnement de ces deux systèmes rapproche les partenaires en renforçant les sentiments d'amour. Celui-ci est souvent crucial pour former et maintenir des relations de couples intimes, satisfaisantes et durables. De plus, des études (Collins et Read, 1990; Simpson, 1990) ont révélé

des associations entre l'attachement évitant ou anxieux et des scores plus faibles sur l'intimité et l'engagement relationnel. Les études ont également révélé la présence de réactions émotionnelles destructrices dans la relation, à l'égard du partenaire. Par ailleurs, ce type de relations conduit généralement à une rupture du couple.

A travers les époques, le couple de tout âge a connu de profonds changements. En effet, les divorces et ruptures sont devenus beaucoup plus fréquents depuis un demi-siècle tout comme les remises en couple, notamment chez les sujets âgés. Selon Solaz (2021), avant l'an 2000, les couples des sujets âgés de 50 ans n'avaient connu la plupart du temps qu'une seule union. Aujourd'hui, les couples de 50 ans ont connu plusieurs unions cohabitantes. Le nombre de personnes ayant rompu augmente de génération en génération, en raison d'une augmentation des séparations associée à une moindre désapprobation sociale vis-à-vis des personnes séparées et divorcées. Cette désapprobation change les perspectives des plus de 50 ans qui peuvent plus facilement se séparer et reformer une union après une rupture conjugale. Delbès et Gaymu (2005) ont ajouté que le parcours de vie des couples a changé. En effet, le parcours de vie des sujets âgés évoluant au 20e siècle avait été rythmé par une vie de couple avec le même partenaire pendant plusieurs années. Dans la majorité des cas, ces relations étaient rompues par le décès d'un des deux partenaires. Ce parcours était vécu par les femmes, car les hommes décédaient généralement en premier. Alors qu'au 21e siècle, les aînés franchiront de plus en plus souvent les diverses étapes de leur vie de retraité ensemble, en lien avec la baisse du veuvage. Néanmoins, les aînés seront plus enclins à divorcer. Avant, le veuvage était donc à l'origine de la fin du couple, aujourd'hui, le veuvage recule, mais s'accompagne d'une augmentation des divorces. Malgré le caractère ancien de l'article, Delbès et Gaymu (2005) avaient déjà anticipé l'augmentation des divorces chez les âgés, en prédisant que les aînés aborderaient davantage la vieillesse en étant de plus en plus non marié dû à l'augmentation des divorces.

1.2. Le couple vieillissant en structure

Malgré le recul du veuvage, le couple vieillissant peut faire face à différentes détériorations sur le plan cognitif et/ou physique qui peuvent déstabiliser l'équilibre du couple. Au niveau du couple, Goldbeter-Merinfeld (2003) explique que les différents temps des individus ne se coordonnent pas toujours. Ainsi, malgré l'âge de la retraite, l'un des partenaires peut encore être actif et exercer une activité alors que l'autre connaît des limitations sur le plan somatique qui empêche toute activité, ce qui peut engendrer une crise au sein du couple. Des changements de rôles peuvent également être source de difficultés, par exemple, lorsque celui qui est malade a été la personne plus forte dans le couple jusqu'à présent.

Delbès et Gaymu (2005) expliquent que vivre à deux a un effet protecteur sur la santé physique, psychique et permet également de retarder l'institutionnalisation. Cependant, le fait de vivre en couple n'empêche pas l'entrée en institution. En maison de retraite, les couples font

figure d'exception, la population étant généralement constituée de femmes veuves. Néanmoins, de plus en plus de personnes vieillissent en étant en couple à des âges très avancés et ce pourcentage continuera d'augmenter (Bonvalet et Lelièvre, 2005). Cette tendance aura pour conséquence, l'augmentation du nombre de couples vivants en institution ainsi que son alternative, qui est la séparation du couple par l'institutionnalisation. Selon Carter (2018), trois cas de figure existent concernant les couples âgés institutionnalisés. Le premier cas fait référence aux couples qui vivent ensemble en institution. Le deuxième correspond aux personnes qui sont séparées par l'institutionnalisation d'un des conjoints. Le dernier cas fait référence aux couples dont les deux conjoints évoluent dans deux établissements distincts.

Différentes études et recherches ont été menées concernant le cas des âgés en couple vivant en institution. Anchisi et al. (2014) ont mené des investigations auprès de 4 couples vivants en maison de retraite en Suisse. Les auteurs se sont à la fois intéressés aux couples et aux professionnels. Deux faits intéressants ont été relevés, le premier est la déssexualisation et l'infantilisation du couple. En effet, l'étude a mis en avant que dans l'attitude et le discours des professionnels, le couple de personnes âgées est très souvent infantilisé. Par exemple, les professionnels décrivent les couples comme étant « choux, jolis, mignons ou encore à croquer ». Cette infantilisation est accompagnée d'une déssexualisation de la part des professionnels en utilisant l'expression « tant que c'est sage » pour décrire l'intimité des couples. Dans la conception des professionnels, le couple vieillissant est décrit comme celui des enfants avec une normalisation de la vie de couple privée de sexualité. Ces résultats sont similaires à ceux d'une étude menée aux USA par Frankowski et Clark (2009) dans différents établissements. Les auteurs avaient montré que le ton condescendant utilisé à certains moments par le personnel vis-à-vis des personnes âgées est similaire à celui utilisé pour parler aux enfants.

De plus, la plupart des membres du personnel considèrent les personnes âgées comme asexuées et que les comportements sexuels seraient mal perçus. Frankowski et Clark (2009) ont montré que les institutions donnent une importance considérable à la vision des enfants des résidents. En effet, les enfants ne considèrent pas leurs parents comme des êtres sexuels, les institutions ne vont donc pas considérer cette question afin d'éviter le sujet. Pour les institutions, l'objectif est d'apaiser les enfants en prenant en compte seulement leurs volontés et non celle des résidents eux-mêmes. La déssexualisation n'est pas seulement le seul obstacle à l'intimité des résidents. En effet, un certain nombre d'éléments dissuadent ou empêchent de manière significative l'activité sexuelle ou l'expression de l'intimité (Bauer, 1999). Les portes non verrouillées, la vérification régulière des chambres ou encore l'entrée dans les chambres par le personnel sans la permission des résidents sont des facteurs négatifs pour l'expression de toute intimité. La plupart des publications sur ce sujet font référence au besoin de formation du personnel et des directions sur la gestion de l'expression de l'intimité et de la sexualité (Di Napoli et al., 2013; Doll, 2013).

Le deuxième fait exposé par Anchisi et al. (2014), c'est la force que le couple peut exprimer. En effet, à travers les propos de certains professionnels comme les animatrices, le couple est associé à une force que le résident seul ne peut pas forcément exprimer. Pour les animatrices, les couples sont des entités à part et plus indépendants que la moyenne des résidents. Dans ce cas, leurs rôles passent donc au second plan, les couples ont moins besoins de leur présence, en faisant plus de choses entre eux et de façon indépendante. De manière générale, les résidents en couple sont plus forts que les résidents seuls, par exemple, les couples vont plus avoir tendance à s'affirmer. Le couple est donc en rupture avec l'accent mis, par les institutions, sur les trajectoires individuelles en mettant le résident au centre. Le couple a un effet perturbateur sur cette volonté des institutions.

Pour Goffman (1968), l'efficacité de « l'institution totale » dépend entre autres du degré de rupture que l'institution occasionne avec l'univers familial ou familial du reclus. Le fait de maintenir des liens conjugaux s'oppose alors à cette logique. Au mieux pour les professionnels, le couple étonne et au pire, le couple dérange. Néanmoins, le couple évoluant en institution doit faire des concessions comme les autres, par exemple, concernant les horaires des repas normés par les professionnels. De plus, du fait de l'avancée en âge, le futur des personnes âgées en couple est habité par la menace de la dépendance et de la mort. Cette menace de la mort est d'autant plus importante lorsque le couple est institutionnalisé. Le problème qui se pose est le devenir du conjoint toujours en vie notamment si sa présence en institution n'est pas nécessaire au regard de son état de santé ou encore si le couple évoluait en chambre de couple. Selon Anchisi et al. (2014), l'institution *via* sa logique marchande, reprend ses droits et opère une mise à l'ordre du temps du deuil et de l'adieu à l'époux ou l'épouse qui reste.

Peu d'études ont décrit les répercussions sur une relation lorsque l'un des conjoints évolue en maison de retraite. Dans leur méta-analyse, Walker et Luszcz (2009) ont relevé deux études nord-américaines (Gladstone, 1995; Kaplan et al., 1995) et deux études suédoises (Lundh et al., 2000; Sandberg et al. 2001) ayant exploré l'expérience du mariage lorsque l'un des conjoints a déménagé dans un établissement de soins de longue durée. Les études ont permis de comprendre comment le conjoint non institutionnalisé perçoit la poursuite de son mariage et de sa vie de couple. Gladstone (1995) a constaté que dans l'ensemble, l'institutionnalisation ne semblait pas avoir un impact direct sur la façon dont les personnes interrogées percevaient leur mariage. L'institutionnalisation du conjoint n'affectait pas nécessairement le mariage surtout si le partenaire non institutionnalisé se sentait capable de conserver un rôle actif dans le mariage ou sur le plan personnel. Atchley (1989) explique cette réaction *via* la théorie de la continuité. Cette théorie postule que dans la vie de tous les jours et lorsque les sujets âgés sont confrontés à un défi, les sujets âgés recherchent des moyens pratiques et symboliques afin de conserver une certaine normalité face aux changements. Ainsi, quel que soit le changement physique lié à la séparation, la préservation de la relation conjugale, comme avoir des activités communes, peut contribuer à maintenir la relation et le bien-être des deux conjoints. Néanmoins, les

chercheurs ont constaté que c'était la détérioration de la santé qui affectait plus négativement les relations que la séparation en elle-même.

De plus, les auteurs nord-américains ont mis en avant le besoin des conjoints non-institutionnalisés de réévaluer leurs rôles. En effet, Kaplan et al. (1995) ont constaté que pour faire face à la situation, les épouses recadrent la notion de couple dans l'une des trois catégories : « pas de couple », « faible couple » et « fort couple » en fonction de l'effet de l'institutionnalisation sur leurs relations conjugales et leurs besoins de réévaluer leurs nouveaux rôles. Les études suédoises ont également mis en avant, la notion de continuité lors d'une institutionnalisation (Lundh et al., 2000; Sandberg et al., 2001). Les épouses vont faire plus d'efforts pour maintenir la relation. De nombreux couples l'ont vu comme important de poursuivre la relation tout en créant de nouveaux rôles et de nouvelles relations avec le personnel. Selon Carter (2018), la problématique d'une relation séparée par l'institutionnalisation d'un des conjoints est l'accessibilité. En Angleterre, par exemple, ce cas est le plus fréquent, les conjoints mettent en avant des difficultés en ce qui concerne les déplacements et les visites du conjoint liées au transport. De plus, la difficulté devient plus importante quand l'argent vient à manquer.

Deux nuances peuvent être apportées concernant ces études. Dans un premier temps, les études se focalisent seulement sur le point de vue du conjoint non-institutionnalisé et ne prennent pas en compte celui-ci du conjoint institutionnalisé. Les études ne se basent également que sur les cas où ce sont les maris qui sont institutionnalisés et non celui des conjointes. Dans un second temps, les études s'intéressent seulement aux couples hétérosexuels et non aux autres types de couples, comme le cas des couples homosexuels. Selon Cooney et Dunne (2001), ces formes de couples deviendront plus prévalant dans les décennies à venir.

Jusqu'en 1973, dans les pays nord-américains, l'homosexualité était considérée comme étant une maladie mentale. Par conséquent, les couples homosexuels se souviennent avoir été victime de discriminations dans le système de santé et ont développé une méfiance à l'égard de ces professionnels. Brotman et al. (2003) ont interrogé des couples homosexuels et leurs familles concernant une entrée en institution. Les auteurs ont pu identifier de la peur concernant la divulgation de leur identité sexuelle. Les résultats sont similaires de ceux obtenus par Furlotte et al. (2016), qui ont indiqué que les sujets âgés homosexuels craignaient de divulguer leur orientation sexuelle et d'être rejetés par les résidents et le personnel. Tolley et Ranzijn (2006) ont souligné qu'au Canada, le personnel de soins pensent que les sujets âgés homosexuels, sont peu présents dans leur prise en charge. De plus, selon le personnel de santé, les résidents sont tous hétérosexuels. Cette représentation renvoie à l'hétérosexisme développé par Croteau et al. (2004), qui consiste à ne pas affirmer ou à ne pas reconnaître les relations sexuelles entre individus de même sexe ou en supposant que quelqu'un est hétérosexuel sans lui avoir demandé. Les sujets âgés sont plus vulnérables aux forces sociales comme l'hétérosexisme et

l'homophobie, ce qui engendre une discrimination cachée pouvant entraîner des répercussions sur leur santé et leur bien-être.

1.3. Relation de couple des personnes âgées et leur santé

La relation entre mari et femme à un âge avancé est de plus en plus reconnue comme un facteur important contribuant à la santé. Selon Stimpson et Peek (2005), le/la conjoint/e est généralement la source de soutien social, de stabilité et associé à la santé physique. Les sujets âgés préfèrent rester en couple, car les relations conjugales jouent un rôle majeur dans la capacité à rester indépendant *via* la mise en place d'un soutien. Rancher (2002) a réalisé une étude, auprès de 19 sujets âgés en couple. L'auteur a mis en avant que les couples âgés font davantage d'activités et de tâches quotidiennes ensemble. Ce qui vient altérer ce soutien, c'est la présence d'un déséquilibre dans les rôles ou d'une déficience cognitive qui ne leur permet plus de communiquer aussi efficacement. La relation conjugale peut influencer la santé, mais l'apparition d'une mauvaise santé chez l'un des conjoints peut à son tour influencer la relation.

Les études montrent que le partenaire conjugal exerce une influence importante sur la santé de son conjoint. Dans leur méta-analyse, Walker et Luszcz (2008) ont relevé des études mettant en avant une concordance de l'état émotionnel et physique au sein des couples. En effet, au niveau émotionnel, Tower et Kasl (1995) ont mis en avant une concordance de l'état dépressif chez des sujets âgés de 65 ans et plus vivant en couple. Les auteurs ont montré que les symptômes dépressifs chez l'un des conjoints influençaient ceux de l'autre. Une autre étude menée par Tower et Kasl (1996) a montré que la convergence de la dépression pourrait être plus élevée chez les couples qui sont émotionnellement proches. Les auteurs expliquent ce processus *via* la théorie de la contagion émotionnelle qui intervient lorsque les individus interagissent dans une relation étroite. Ce processus conduit parfois à une convergence des émotions comme l'humeur négative. Néanmoins, la qualité du mariage peut modérer la contagion émotionnelle.

Au niveau somatique, une étude menée par Peek et Markides (2003) a démontré que des maladies chroniques chez l'un des conjoints comme l'hypertension, le cancer et l'arthrite, augmentent significativement la probabilité que l'autre conjoint développe les mêmes affections. Cela a conduit les auteurs à suggérer que les couples ont des comportements similaires en matière de risques pour la santé. Selon Stimpson et Peek (2005), l'IMC, le risque de fumer ou de consommer de l'alcool s'est avéré similaire à l'autre conjoint. De plus, une autre étude de Padula et Sullivan (2006) menée auprès de 40 couples âgés aux USA a trouvé une faible corrélation entre les conjoints en termes de comportements favorisant la santé, la gestion de la santé, la réduction du stress, le repos, l'exercice et la nutrition. L'ensemble de ces études sur la concordance émotionnelle et physique au sein des couples, mettent en avant les aspects négatifs qu'à la relation de couples sur la santé des partenaires. Néanmoins, des preuves existent sur l'impact positif des relations de couple sur la santé chez les sujets âgés.

Dans leur méta-analyse, Walker et Luszcz (2008) ont relevé des études qui ont cherché à étudier l'interaction entre la qualité du mariage et le bien-être. L'étude de Birgersson et al. (2004) sur la maladie de Parkinson et celle de Roberto et al. (2004) sur l'ostéoporose ont suggéré que les couples font preuve d'une résilience considérable qui peut contrecarrer les effets négatifs inhérents à la maladie. Une autre étude de Robinson et al. (2005) sur l'impact de la démence sur le couple a suggéré que le diagnostic peut avoir des effets néfastes majeurs sur la relation des couples âgés. Cependant, les partenaires qui comprennent et acceptent le diagnostic vont mettre en place des processus communs pour faire face au problème du quotidien et s'adaptent au mieux à la démence du conjoint. Néanmoins, deux études ont suggéré que la maladie des conjoints peut entraîner de la détresse chez l'autre conjoint (Druley et al., 2003; Hagedoorn et al., 2001). Cependant, la détresse n'est pas la même pour les maris ou les femmes.

En effet, pour Kaës (1988) le vieillissement n'est pas vécu de la même manière au masculin et au féminin. Selon l'étude de Hagedoorn et al. (2001) auprès de 995 couples de sujets âgés au Pays-Bas, les femmes ont une détresse associée à leur maladie chronique et celle de leur mari. Tandis que les hommes ont seulement une détresse en lien avec leur propre maladie. De son côté Skarupski et al. (2006) ont constaté que lorsque la femme a des troubles cognitifs, le mari a de grandes chances d'avoir des symptômes dépressifs, mais pas l'inverse. Les auteurs justifient cette découverte en déterminant que les hommes ont tendance à avoir seulement leur femme comme confidente émotionnelle. Le fait que l'épouse soit atteinte de troubles cognitifs génère la fin de leur principale source d'intimité et de soutien émotionnel, d'où l'impact négatif sur leur santé mentale. Cette notion s'inscrit dans le cadre de la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle selon laquelle les hommes ont tendance à avoir moins de confidents émotionnels et en vieillissant, les hommes vont davantage réduire leurs relations sociales de sorte que la dyade conjugale se rapproche encore plus (Carstensen, 1992).

Dans l'ensemble, ces études démontrent que les relations conjugales affectent et sont affectées par la maladie, le bien-être, la santé et la longévité. Les différentes études qui ont examiné le lien entre les relations conjugales et les résultats en matière de santé mentale ont mis en évidence que les relations conjugales positives, caractérisées par le soutien et la proximité, peuvent protéger le bien-être psychologique (Miller et al., 2004; Skarupski et al., 2006). Tandis que les relations conjugales négatives, caractérisées par le désaccord et la violence, sont associées à de mauvais résultats en matière de santé mentale pour l'un des membres du couple ou les deux (Miller et al., 2004; Skarupski et al., 2006). Cela souligne la nécessité d'une meilleure prise de conscience du rôle du conjoint dans la modulation de la maladie, parmi les professionnels travaillant avec les sujets âgés, mais aussi parmi les couples âgés eux-mêmes.

1.4. Les facteurs facilitant et restreignant l'instauration du couple en institution

Malgré certains impacts négatifs de la relation de couple sur la santé des sujets âgés, des impacts positifs existent également. Dans l'ensemble, les sujets âgés préfèrent rester en couple, car les relations conjugales jouent un rôle majeur dans la capacité à rester indépendant *via* la mise en place d'un soutien dans les activités de la vie quotidienne. Néanmoins, la littérature met en avant l'existence de facteurs restreignant l'instauration du couple en institution.

Une étude de Bender et al. (2020) a interrogé des résidents pour identifier les grandes barrières de l'intimité en institution. Les auteurs ont défini les trois barrières suivantes : l'accès aux partenaires souhaitables, une vie privée qui est limitée et un ensemble de règles sociales et de normes qui restreignent les couples. Pour les auteurs, l'accès aux partenaires souhaitables est une première limite à l'expression de l'intimité. En effet, les institutions mettent en place des politiques qui limitent les déplacements des résidents que ce soit à l'intérieur et l'extérieur des établissements. Pour l'accès à l'extérieur, les institutions mettent en place des établissements fermés, dans lesquels les sorties ne se font que *via* un accompagnement d'un proche ou un membre du personnel et par une demande de sortie. De plus, les infrastructures sont également équipées d'un code à composer pour sortir afin d'éviter les sorties imprévues. Ces dispositifs rejoignent l'argument énoncé par Carter (2018) avec la difficulté, lorsque les couples sont séparés par l'institutionnalisation, à assurer les visites et les déplacements liée au transport notamment quand l'argent vient à manquer. L'ensemble de ces dispositifs mettent en difficulté les couples à entretenir leur relation en cas de séparation liée à l'institutionnalisation d'un des conjoints.

Concernant les couples évoluant au sein de la même structure, Bender et al. (2020) ont mis en avant que le fonctionnement des institutions limite la vie privée des résidents et encore plus celle des couples. En effet, les actions du personnel limitent l'intimité des résidents notamment dans leur espace personnel, qui est leur chambre. Le fait de ne pas avertir les résidents avant d'entrer ou d'ouvrir la porte, bien que celle-ci soit verrouillée, est l'un des reproches énoncés par les résidents interrogés. Ces faits rejoignent ceux trouvés par Bauer (1999) qui avaient mis en évidence que certains facteurs dissuadent ou empêchent de manière significative l'activité ou l'expression de l'intimité et de la sexualité en institution. Les portes non-verrouillées, la vérification régulière des chambres par le personnel ou encore le signalement d'activité sexuelle en font partie.

Enfin, des règles et des normes sociales existent et viennent influencer l'expression de l'intimité. Selon Bender et al. (2020), ces éléments influencent les actions et les interactions des résidents en générant un obstacle supplémentaire à l'expression de l'intimité. Certains résidents considèrent tout comportement intime, encore plus ceux impliquant un contact sexuel, comme étant banni et interdit au sein des structures malgré l'absence de politiques de restrictions. Les

auteurs ont également souligné que les résidents avaient la crainte des ragots concernant leur comportement et agissement. La direction et les membres du personnel ne sont pas les seuls à restreindre l'expression de l'intimité, des barrières existent également au niveau des résidents eux-mêmes. De plus, Carter (2018) ajoute que la pénurie de personnel et l'instabilité financière sont des facteurs à prendre en compte dans les barrières de l'expression de l'intimité. Carter (2018) a indiqué que ces éléments exerçaient une pression au quotidien sur le personnel de santé dans la prise en charge des personnes âgées. Cette pression contraint le personnel à seulement se focaliser sur les soins tout en délaissant les autres sphères de la vie des résidents.

Dans la littérature, très peu de facteurs existent pour faciliter l'instauration du couple en institution. Généralement, les représentations du personnel sur les couples demeurent relativement stéréotypées (Thibaud et Hanicotte, 2007). Dans l'étude d'Anchisi et al. (2014), les professionnels considèrent que les couples des sujets vieillissants n'ont pas les mêmes besoins que les couples adultes. De plus, le couple vieillissant est aussi associé à des pertes et à des renoncements évoluant avec un temps résigné et sans avenir commun. Pour améliorer les compétences liées à la gestion de l'expression de l'intimité et de la sexualité des couples, la plupart des publications font référence au besoin de formation du personnel et des directions (Di Napoli et al., 2013; Doll, 2013).

2. Représentations sociales et attitudes des professionnels de santé à l'égard du couple âgé institutionnalisé

2.1. Représentations sociales et attitudes : définitions et liens entretenus

L'attitude est l'un des concepts importants de la psychologie sociale. Selon Allport (1935), l'attitude est le concept le plus caractéristique et le plus indispensable de la société. Les attitudes correspondent à des versions du monde construites par les individus au cours de leurs interactions avec les autres. L'approche par les attitudes se concentre principalement sur la réponse de l'individu à un objet ou à une situation particulière (Howarth et al., 2004; Jodelet, 1991). Laljee et al. (1984) définissent les attitudes comme des actes de communication qui déduisent des évaluations favorables ou défavorables à propos d'une classe, d'objets, d'individus ou d'événements. A un moment donné de l'histoire, ce qui était une attitude était très similaire à ce qui est appelé aujourd'hui la représentation sociale. Depuis, la façon dont est utilisée le terme d'attitudes en psychologie sociale a changé et ces concepts sont devenus plus complexes.

Les travaux concernant les représentations sociales sont issus de ceux développés par Durkheim (1898) sur le concept des représentations collectives. Le sociologue l'imagine pour désigner un ensemble de savoirs qui sont produits par une société dans sa globalité. Moscovici (1961) a transformé par la suite, les représentations collectives de Durkheim (1898) en représentation sociale. Moscovici (1961) étaye l'idée que l'individu ne conçoit les objets sociaux

ni à partir d'une réalité objective ni de manière individuelle, l'individu va réagir à ces objets sur la base d'une réalité construite collectivement et socialement. Moscovici avance l'idée d'une représentation contextualisée et construite à travers les interactions interindividuelles et celle-ci permet à l'acteur de s'adapter à la réalité du moment. Cette réalité entraîne par la suite la définition des groupes qui la construisent. Les représentations sociales sont alors construites à partir de l'expérience quotidienne et déterminent la manière d'interagir et de se comporter. Les représentations sociales interviennent donc comme un système circulaire où pratiques et représentations s'influencent mutuellement (Abric, 1994). Pour Moscovici (1961), la représentation sociale joue une double fonction, d'une part, elle établit un ordre dans l'environnement, ce qui permet à l'individu de s'approprier le savoir et d'en tirer profit. D'autre part, la représentation sociale facilite la communication en offrant, aux membres du groupe, des catégories sociales et des codes communs pour désigner et classer les objets.

Deux processus sont à l'origine des représentations sociales. Premièrement, le processus d'ancrage permet d'attribuer du sens aux nouvelles images forgées. En d'autres termes, l'ancrage permet de relier le système de pensée existant aux nouveaux éléments afin de les rendre familiers. Deuxièmement, l'objectivation désigne le processus par lequel des idées ou des concepts abstraits deviennent concrets. L'ancrage et l'objectivation sont des processus imbriqués qui se déroulent plutôt simultanément que dans un ordre séquentiel (Abric, 1994; Moscovici, 1994). Dans l'ensemble, les représentations sociales constituent une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée. Les représentations sociales ont une finalité pratique et convergente dans la construction d'une réalité commune qui est utilisée par un groupe social. De plus, cette connaissance est relativement naïve, naturelle et se différencie de la connaissance scientifique (Jodelet, 1991).

Représentations sociales et attitudes sont des entités compatibles. Moscovici (1981) avait proposé de considérer les représentations sociales comme des fondements sur lesquels se construisent les attitudes. Dans son étude sur les représentations sociales de la psychanalyse, Moscovici (1981) semble plutôt prendre position que les attitudes sont des aspects sous-dimensionnels de la représentation sociale. L'un des modèles les plus connus qui articule l'attitude et les représentations sociales est celui de l'architecture de la pensée sociale (Rouquette, 1996). Ce modèle suggère que les différentes formes de pensées sociales peuvent être conçues comme faisant partie d'une organisation hiérarchique entre l'idéologie, la représentation sociale et l'attitude. L'idéologie en tant que forme de pensée sociale, contribuerait alors à l'élaboration par les individus de leur construction sociale du monde. L'idéologie serait l'une des clés nécessaires à l'interprétation de la situation par les individus confrontés à un objet ou à un événement. Dans ce modèle, l'idéologie se situe au niveau le plus élevé et serait la cause des représentations sociales (Rouquette, 1996). L'idéologie est immédiate et organisera les représentations sociales et les représentations sociales à leur tour organiseront les attitudes. Selon l'architecture de la pensée sociale, le niveau représentationnel coordonnerait les attitudes

(Vergès, 1994). Cependant, ce modèle n'est pas le seul à avoir tenté de relier ces trois notions. Rateau (2000) a suggéré l'existence d'un système hiérarchique dans lequel l'idéologie se situe au-dessus et les attitudes en dessous. Dans la structure de la pensée sociale (Rouquette, 1996), cette relation n'est pas directe et les représentations sociales se situent entre les deux.

Dans la littérature, plusieurs recherches vont allant à l'encontre de la notion des représentations sociales. En effet, l'un des facteurs les plus solides de résistance face à la diffusion du paradigme des représentations sociales peut être identifié par la crainte d'abandonner le concept d'attitude. Beaucoup de chercheurs pensent comme Allport (1935), l'attitude est le concept le plus caractéristique et le plus indispensable de la société. Malgré les études approfondies des articulations entre ce paradigme, le concept d'attitude et d'autres concepts apparentés, tels que l'idéologie (Rouquette, 1996), de nombreux chercheurs se demandent si le paradigme des représentations sociales a un sens. Certains chercheurs continuent à croire en l'existence d'une modification du concept plus consolidé de l'attitude (Jaspars et Fraser, 1984). Dans un examen approfondi des relations existant entre le concept d'attitude et celui de représentation sociale. Jaspars et Fraser (1984) soulignent comment le développement historique du concept d'attitude a été détourné d'une signification initialement individuelle en termes sociaux et collectifs. L'approche européenne des représentations sociales (Forgas, 1981) qui met l'accent sur la communauté, les pratiques collectives et l'institutionnalisation des connaissances sociales a souvent été comparée à l'américanisation du concept d'attitude liée aux discours de l'individualisme et l'évaluation subjective. D'autres auteurs ont réagi en suggérant que le concept d'attitude est incapable d'intégrer le social de manière significative et qu'une psychologie véritablement sociale a besoin de nouveaux outils conceptuels (Potter, 1996; Shotter, 1993; Wetherell et Potter, 1992). Pour Moscovici (1961), les représentations sociales peuvent être considérées comme sociales, car les représentations sociales sont partagées par de nombreux individus. Les représentations sociales créent donc une réalité sociale qui peut influencer le comportement individuel.

Les représentations sociales se trouvent dans l'esprit des individus, mais les représentations sociales sont également évidentes dans le monde, dans la santé publique, dans les institutions culturelles, les pratiques religieuses et dans la société en général (Moscovici, 1998). Les représentations sociales sont particulièrement appropriées lorsque le sujet d'étude implique de multiples perspectives sociales, présente des défis, des difficultés et se caractérise par la communication d'idées dans l'arène publique. L'âge constitue un sujet d'étude des représentations sociales et sa définition dépend de la manière dont une société crée ses concepts d'âge en distribuant les rôles entre les différentes catégories d'âge. Le groupe des âgés est aujourd'hui un groupe au sein duquel cohabite plusieurs générations et de nombreuses terminologies ont fait leur apparition pour nommer ce groupe d'âge. Par exemple dans les années 70, l'apparition des clubs du troisième âge a donné lieu au terme troisième âge renvoyant à des personnes actives pratiquant des activités de loisirs. Puis dans les années 80 avec l'avancée en

âge et l'allongement de la durée de vie, le quatrième âge a fait son apparition incluant des personnes plus âgées en perte d'autonomie. D'autres terminologies existent et quelle que soit la terminologie utilisée, chacune implique une représentation de la personne différente véhiculant son lot de stéréotypes positifs ou négatifs (Alaphilippe et Bailly, 2014).

2.2. Les représentations et attitudes en contexte gérontologique

Cuddy et al. (2008) ont montré que les personnes âgées sont considérées comme chaleureuses par les plus jeunes. Malgré cette considération positive, les sujets âgés sont souvent stéréotypés comme physiquement et cognitivement incompetentes et sont considérés comme des non-compétiteurs en occupant des positions inférieures dans la hiérarchie sociale. Les auteurs ont également montré que la pitié était la réponse affective prédominante à ce stéréotype ambivalent. Cette réponse émotionnelle provoque des comportements biaisés envers les personnes âgées, tels qu'un comportement d'aide active, par exemple, laisser sa place dans le bus ou alternativement, un préjudice passif, par exemple, l'institutionnalisation destinée à aider les personnes âgées qui peuvent les isoler (Cuddy et al., 2008). Des études existantes ont montré que les étudiants en psychologie peuvent afficher des attitudes indifférentes (Chonody et al., 2014) ou négatives envers les personnes âgées (Allan et Johnson, 2009) encore plus que les étudiants en soins infirmiers ou en travail social (Gonçalves et al., 2011). De plus, les études ont démontré que les étudiants en psychologie expriment le plus faible niveau d'intérêt à travailler avec des personnes âgées, seuls quelques-uns travailleront avec des personnes âgées. Ce manque d'intérêt peut s'expliquer par les attitudes négatives des étudiants envers les personnes âgées (Bryant et Koder, 2015; Chonody et al., 2014). Notamment, parce que les étudiants pensent que les personnes âgées sont résistantes ou incapables de changer, sont rigides et inflexibles aux nouvelles idées, et sont globalement proches de la fin de la vie pour accepter le changement (Lee et al., 2003). Ces attitudes négatives à l'égard des personnes âgées font partie du concept d'âgisme (Butler, 1969) et peuvent entraîner des conséquences néfastes sur la santé des personnes âgées.

Selon le rapport mondial sur l'âgisme publié par l'Organisation des Nations Unies et l'Organisation Mondiale de la santé (ONU et OMS, 2021), une personne sur deux a déjà fait preuve d'âgisme envers les personnes âgées. Pour Butler (1969), l'âgisme renvoie initialement aux stéréotypes et discriminations envers les vieilles personnes. Butler (1975) met en avant trois composantes de l'âgisme. Premièrement, la composante cognitive renvoie à une méconnaissance de la personne âgée avec l'intégration de fausses croyances, stéréotypes et mythes. Deuxièmement, la composante affective renvoie aux anticipations négatives de son propre vieillissement avec une projection de ses peurs, de la maladie, de la dépendance, d'une déchéance physique et cognitive qui accompagne la vieillesse. Dernièrement, la composante comportementale renvoie aux attitudes discriminatoires de la part d'un groupe qui viserait à exclure les personnes âgées du partage des ressources sociales. Au fil du temps, ce terme en est venu à désigner plus largement les représentations, stéréotypes, préjugés et discriminations

fondées sur l'âge. Autrement dit, toute personne quel que soit son âge peut un jour être confrontée à l'âgisme.

Selon l'ONU et l'OMS (2021) une personne sur trois a déjà été la cible d'âgisme en Europe. L'âgisme ne se diffuse pas avant les années 80 en France, dans les années 70, le terme de racisme anti-vieux est utilisé et fait référence à la situation de relégation sociale des vieilles personnes. Ce terme s'inspire de la dénonciation des autres formes de ségrégation et de discrimination. Rennes (2020) démontre la présence de deux combats menés par les anti-âgismes. Premièrement, contre le modèle de l'itinéraire biographique métaphorisé par une pyramide sur laquelle trône au sommet, l'adulte non-vieux productif, reproducteur et autonome. Les enfants et les personnes âgées sont en bas de cette pyramide. Cette position fait écho à l'infantilisation des personnes âgées explicitée dans la première partie. Les personnes âgées ne sont plus tout à fait des adultes car les sujets âgés ont cessé d'exercer une activité rémunérée. Deuxièmement, contre la séparation socio-spatiale par tranches d'âge qui s'est consolidée au cours du siècle dernier, à travers des différentes catégories d'âges, préscolaire, scolaire allant jusqu'à la généralisation des établissements pour personnes âgées. Cette séparation limite les expériences et les activités en commun entre des personnes éloignées en âge. Ce processus encourage l'altérisation des personnes âgées et la perpétuation des préjugés âgistes.

Plan et al. (2022), l'âgisme se manifeste à trois niveaux. Au niveau institutionnel, représenté au niveau des lois, règles, normes sociales, politiques et les pratiques des institutions. Par exemple, dans le monde professionnel, l'âge peut-être un frein pour accéder à un emploi ou à une formation. Au niveau interpersonnel, représenté lors des interactions entre deux ou plusieurs individus. Par exemple, quand une personne parle automatiquement plus fort et avec un mode d'expression simplifié à une personne âgée. Au niveau personnel avec l'auto-âgisme, c'est quand l'âgisme est intériorisé et dirigé contre soi. Par exemple, quand quelqu'un se dévalorise, se limite dans ses choix, activités ou ses droits parce que l'âge le justifierait. Le site Ageing Equal (<https://ageing-equal.org/learn-about-ageism/>) met en avant que l'âgisme est partout, dans les publicités, les lois, les convictions, les remarques, les hôpitaux, les contes de fée ou encore dans les attitudes.

Au-delà des pratiques discriminatoires, l'âgisme révèle des préjugés et des émotions négatives à l'égard des âges extrêmes. Dans les travaux de recherche sur l'âgisme, les représentations sont généralement décrites en termes généraux. Des représentations négatives tels que la maladie, le déclin, la laideur, la décrépitude ont été observés (Palmore, 2005). Bien que des représentations positives soient également utilisées pour dépeindre les personnes âgées, ces représentations font référence à leur gentillesse et à leur personnalité chaleureuse (Cuddy et Fiske, 2002). Cuddy et al. (2005) ont mené une vaste étude interculturelle montrant que dans de nombreuses cultures, les personnes âgées sont systématiquement perçues par les plus jeunes comme chaleureuses mais incompetentes. Lockenhoff et al. (2009) ont également

montré que le nombre de personnes âgées présentes dans un pays influence les représentations des âgés, plus que la culture elle-même. Les pays ayant un faible pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans ont les perceptions les plus positives de l'avancée en âge notamment dans les pays asiatiques. Inversement, les pays avec un fort pourcentage de personnes âgées ont les représentations les plus négatives notamment en Europe. La littérature montre également que l'âge joue un rôle dans le processus âgiste. En effet, selon Rupp et al. (2005), les individus les plus jeunes ont les scores d'âgisme les plus élevés envers les personnes âgées.

L'âgisme dans sa globalité entraîne des conséquences sur les personnes âgées et leurs comportements. En effet, dans la littérature, la notion de passing (Rennes, 2020) désigne le travail que fait un individu pour masquer un statut qui lui est assigné. Le passing fait référence aux dissimulations liées à l'âge et englobe les dimensions chronologiques, générationnelles et corporelles. Une personne peut chercher à dissimuler son appartenance générationnelle afin de sembler être née plus tard et se situer à une étape antérieure de la vie. La personne peut également dissimuler sa date de naissance ou encore les dimensions corporelles de l'âge en ayant recours à la chirurgie esthétique, à des produits cosmétiques et pharmacologiques visant à masquer les signes apparents du vieillissement. La notion de passing peut-être en lien avec la notion de l'âge subjectif qui se définit comme l'âge ressenti (Alaphilippe et Bailly, 2014). Kleinspehn-Ammerlahn et al. (2008) ont suivi pendant 6 ans, 516 hommes et femmes de plus de 70 ans afin de mesurer leur âge subjectif. Les résultats ont indiqué que les participants s'estiment plus jeunes que leur âge réel. Le biais de rajeunissement observé explique le fait que les âgés ne se retrouvent pas forcément dans les appellations utilisées. La personne âgée ce n'est jamais soi, mais quelqu'un de plus âgé et de plus marqué par le déclin physique. Comme le souligne Hummel (1995), la société est dans une situation où un objet social, la vieillesse, fait l'objet d'un consensus autour d'une représentation alors que cette représentation n'a pas de sujet. Finalement, l'âgisme enferme les personnes âgées dans une fausse homogénéité en occultant leur individualité.

2.3. Répercussions en termes de santé pour les personnes âgées

Historiquement, deux représentations ambivalentes existent concernant le vieillissement. Premièrement, une représentation positive associant les personnes âgées aux notions de sagesse, d'expérience, de transmissions et de partage actif. Deuxièmement, la représentation négative associant les personnes âgées à la folie, la sénilité, le fardeau, la maladie ou encore le déclin. La société actuelle s'oriente davantage vers la représentation négative des personnes âgées en valorisant le jeunisme, avec la volonté de rester jeune, ce qui explique l'engouement pour la chirurgie esthétique ou les produits pharmacologiques. Cette représentation négative du vieillissement n'est pas sans conséquence. Pour Plan et al. (2022), l'âgisme a un impact multidimensionnel pour les personnes âgées. Cette représentation est associée à une espérance de vie plus courte d'environ 7 ans et demi, à des problèmes de santé physique et mentale comme la dépression, un isolement social, un sentiment de solitude, une baisse de la qualité de vie et

du bien-être (Plan et al., 2022). Levy (2009) a montré que les individus ayant initialement une représentation négative du vieillissement sont et se déclarent en moins bonne santé physiques dans les années qui suivent. Les sujets âgés ayant une représentation négative auraient tendance à présenter un déclin des fonctions mnésiques plus marqué dans les années qui suivent comparativement à des sujets ayant une représentation positive (Levy, 2009). De même, l'activation des représentations âgistes ont un impact sur le fonctionnement cognitif du sujet âgé (Abrams et al., 2006).

L'âgisme influence également nos attitudes par rapport aux personnes âgées et celles-ci ne sont pas sans conséquence sur la santé des âgés (Adam et al., 2013). L'over-accomodation se caractérise par l'utilisation de phrases simples, d'un excès de politesse et par le fait de parler plus fort et plus lentement lorsqu'une personne est confrontée à une personne âgée. Cette attitude pseudo-positive part du présupposé que les personnes âgées ont des problèmes auditifs et un fonctionnement cognitif altéré (Adam et al., 2013). Pour Avorn et al. (1982), les attitudes d'aides actives comme le fait de faire les choses à leur place, contribueraient à une baisse des performances et à moindre confiance dans la capacité à réaliser une tâche chez les âgés. De plus, des études ont fréquemment observé des attitudes et des propos paternalistes ou d'infantilisation de la part des professionnels de santé (Le Sommer-Péré, 2012). Ces attitudes participent à l'infantilisation des personnes âgées et à l'ancrage des représentations âgistes tout en impactant leur santé.

La représentation négative liée à l'âge influence les actes professionnels vis-à-vis des patients âgés. Madan et al. (2001) montrent que les étudiants en médecine ne proposent pas les mêmes prestations de soins à l'égard des âgés. En effet, les patients âgés cancéreux bénéficient de moins de procédures conservatrices et sont également sous-traités comparativement à des patients plus jeunes. De plus, la perception de l'âgisme par les patients cancéreux âgés chez leurs soignants est associée à plus de douleurs corporelles ressenties, une moins bonne santé mentale et une satisfaction moindre par rapport aux soins proposés (Madan et al., 2001). Ces résultats suggèrent que les attitudes des soignants peuvent influencer directement l'évolution de la santé des patients âgés.

La littérature illustre d'autres arguments mettant en avant l'influence des représentations négatives sur les actes professionnels dans le domaine de la santé. Lagacé (2015) indique que les personnes âgées seraient moins dépistées et traitées pour des cancers où des traitements efficaces, parce que leur famille et plusieurs médecins intègrent les attitudes défaitistes et les représentations négatives concernant les âgés. Steel et al. (2008) rapportent que les problèmes de santé médicaux conventionnels sont mieux pris en charge que ceux catégorisés comme gériatriques. Identiquement, en général, les cliniciens ont tendance à sous-estimer la qualité de vie des patients âgés, en la jugeant en fonction de leurs propres croyances et valeurs personnelles (Woodhead et al., 2004). Dans l'ensemble, les soignants et leurs interventions

seraient différentes devant les problématiques des âgés, et leurs réponses ne seraient généralement pas équitables et adaptées par rapport aux plus jeunes. L'ensemble de ces représentations négatives du vieillissement induisent des biais dans la perception de la situation de santé des personnes âgées et mènent à des attitudes qui ont pour conséquence une offre de soins de moins bonne qualité. De plus, le paternalisme et l'infantilisation sont encore trop présents dans le domaine de la santé pour les personnes âgées avec la mise en place de choix thérapeutique sans les avoir consultées au préalable (Lagacé, 2015).

2.4. Représentations et attitudes des professionnels à l'égard des sujets âgés vieillissant en structure

En EHPAD, les couples font figure d'exception, la population est généralement constituée de femmes veuves. Cependant, de plus en plus de personnes vieillissent en étant en couple à des âges très avancés et ce pourcentage continuera d'augmenter (Bonvalet et Lelièvre, 2005) notamment en institution.

Selon Tonks (1999), les soins de santé sexuelle s'appuient sur des présomptions d'âgisme. Les attitudes du personnel contribuent au milieu social, ce qui peut se traduire par un comportement asexué chez les résidents et être le reflet d'une attitude de rejet de la part du personnel (Lyder, 1992). Les études montrent également des niveaux égaux de désir sexuel entre les personnes âgées institutionnalisées et ceux en dehors. Néanmoins, la concrétisation a rarement lieu et le secteur de soins des personnes âgées a largement ignoré ou pathologisé l'expression sexuelle des résidents (Gilmer et al., 2010).

Dans la plupart des pays industrialisés, les individus ont des représentations négatives du vieillissement et sont davantage accentuées à l'égard de la sexualité (Wiley et Bortz, 1996). La raison la plus évidente reste la représentation que les médias donnent de la sexualité. La représentation est généralement associée à la jeunesse, la beauté et cela pousse à penser que les personnes âgées sont asexuées. La nécessité est de réévaluer les représentations âgistes notamment en ce qui concerne la sexualité, car les sensations sexuelles sont parmi les dernières à se détériorer et constituent une source durable de plaisir (Kaplan, 1990). Roach (2004) a montré que les représentations âgistes et les croyances des individus sur la sexualité ont un impact profond sur la vie des âgés et sur la façon dont les professionnels peuvent négliger les besoins sexuels des résidents. Cela s'illustre dans les attitudes des soignants, par exemple dans l'étude de Roach (2004), un couple marié a été autorisé à partager une chambre parce que leur relation était jugée normale, c'est-à-dire sans la présence de relation sexuelle. Les institutions ne veulent pas faire face aux questions de sexualité, ces pratiques de travail sont considérées non pas comme négatives, mais comme habituelles par les institutions.

De plus, la pratique de séparation des couples est relativement courante. De nombreux couples qui ont vécu intimement ensemble pendant des années se retrouvent séparés lors de

leur admission en établissement de soins (Parke, 1991). Cette pratique s'accompagne de la mise en place de barrières face à l'expression de l'intimité comme le fait de déplacer une personne dans une autre pièce ou encore des attitudes de menaces et de punitions. Les directives des institutions, visant à limiter l'intimité interpersonnelle, peuvent inhiber la capacité de la personne à s'épanouir, conduire à un isolement social et nuire à la santé mentale (Rothman et Sebastian, 1990). L'environnement des EHPAD peut présenter plusieurs obstacles à l'engagement des personnes âgées dans des activités intimes et sexuelles comme le manque d'intimité et les représentations négatives des autres résidents, du personnel et des membres de la famille (Mahieu et Gastmans, 2015). Dans l'étude de Thys et al. (2019), les infirmières ont eu des attitudes positives à l'égard des comportements qui peuvent être catégorisés comme des expressions d'amour, d'attention et des attitudes négatives à l'égard des comportements qui peuvent être classés comme érotiques.

Une étude, explorant le couple dans sa globalité, met en avant que les représentations du personnel d'EHPAD sur les couples demeurent globalement stéréotypées (Anchisi et al., 2014). Dans les représentations du personnel, le couple vieillissant est déssexualisé et infantilisé. Les couples âgés n'ont également pas les mêmes besoins et envies que ceux des adultes plus jeunes en termes de projets. Le couple vieillissant est alors associé à des pertes et à des renoncements tout en évoluant avec un temps résigné et sans avenir commun. La notion de séparation du couple en institution ne les effleure pas et cette notion relève d'une pratique habituelle. De plus, les animatrices considèrent le couple comme des « mauvais clients » (Anchisi et al., 2014). En effet, les couples sont des entités à part et plus indépendantes que les autres résidents, le rôle de l'animatrice passe donc au second plan. Autrement dit, en couple, les sujets âgés sont plus forts que les résidents seuls. Néanmoins, les couples doivent faire des concessions comme les autres par exemple, concernant l'horaire des repas normés par l'institution. Dans son ensemble, les représentations du couple en institution restent relativement négatives.

3. Problématique et hypothèses

Le contexte actuel est marqué par une société ayant une vision davantage négative que positive du vieillissement (Adam et al., 2013). Les établissements pour personnes âgées fonctionnent sur le mode parental, tentant de contrôler les comportements, plutôt que de soutenir les choix autonomes des résidents. Ces différents points ne sont pas sans conséquences sur le bien-être et la santé des aînés. L'ensemble de ces croyances stéréotypées induisent des préjugés dans la perception des personnes âgées et mènent à des attitudes qui ont pour conséquence une offre de soins de moins de moins bonne qualité. Selon Le Sommer-Péré (2012), en contexte gériatrique, la relation entre soignant et personne âgée n'est rarement égalitaire. Le plus souvent la relation est marquée par une asymétrie de la relation au détriment du résident.

L'enjeu de ce travail est d'étudier si un lien existe entre les représentations sociales âgistes et les attitudes des professionnels de santé dans leur prise en charge quotidienne des couples en EHPAD. Les représentations sociales âgistes des professionnels de santé ont-elles des conséquences dans leurs attitudes vis-à-vis des couples dans leur prise en charge quotidienne ?

Hypothèses générales :

Hypothèse 1 : Les professionnels jeunes auront davantage de représentations sociales âgistes par rapport aux professionnels les plus âgés.

Hypothèse 2 : L'adhésion aux représentations sociales âgistes va être associée à davantage d'attitudes négatives par rapport au couple institutionnalisé.

Hypothèse 3 : L'adhésion aux représentations sociales âgistes va être associée à davantage d'attitudes négatives par rapport au système des comportements sexuels du couple âgé institutionnalisé.

Hypothèses opérationnelles :

Hypothèse 1 : L'âge et les représentations sociales âgistes seront corrélés négativement.

Hypothèse 2 : La moyenne des scores d'aisance et d'acceptabilité, face au couple âgé, des professionnels les moins âgistes sera supérieure à la moyenne des scores d'aisance et d'acceptabilité, des professionnels les plus âgistes.

Hypothèse 3 : La moyenne des scores d'aisance et d'acceptabilité, face aux comportements sexuels des couples âgés, des professionnels les moins âgistes sera supérieure à la moyenne des scores d'aisance et d'acceptabilité, des professionnels les plus âgistes.

Partie expérimentale

1. Méthodologie

1.1. Population

Les participants de cette étude sont au nombre de 36 professionnels en gérontologie, âgés de 16 à 57 ans ($M=40,80$; $ET=12,66$), recrutés sur la base du volontariat dans différents établissements de soins pour personnes âgées.

Pour la sélection des participants, un certain nombre de critères d'inclusions et d'exclusions ont été respectés. Les participants doivent réaliser leur accompagnement dans des services accueillant des personnes âgées institutionnalisées (EHPAD, Unité de vie pour personnes âgées désorientées, Pôle d'activités et de soins adaptés, Salle d'animation, etc.). Les participants ont été retenus selon leur fonction au sein de leur établissement : ces fonctions retenues sont celles qui participent à l'accompagnement quotidien des personnes âgées évoluant en institution (Infirmière diplômée d'état (IDE), Aide-soignant (AS), Aide-soignant en milieu hospitalier (ASH), Aide médico-psychologique (AMP), animateur, Ergothérapeute, etc.). De plus, les participants occupant le statut de stagiaire dans ces fonctions ont également été inclus.

Les fonctions non retenues sont celles qui n'ont pas de contact direct ou qui interviennent de manière ponctuelle dans l'accompagnement quotidien des personnes âgées (Médecin coordonnateur, Cadre de Santé, Personnel administratif, Hôtière, Lingère, etc.) et celles exercées par des intervenants extérieurs aux établissements (Kinésithérapeute, Orthophoniste, etc.).

1.2. Outils

Dans le cadre de cette étude, deux questionnaires ont été administrés à la totalité des participants. La *Fraboni Scale of Ageism-Revisited* (FSA-R) a été proposée afin de déterminer le niveau d'âgisme des participants. Un second questionnaire créé pour cette étude a été proposé afin de recueillir les attitudes des participants à l'égard du couple âgé institutionnalisé.

La *Fraboni Scale of Ageism-Revisited* (FSA-R) a été proposée par Rupp et al. (2005). Cette version révisée, se basant sur l'échelle développée par Fraboni et al. (1990), a été construite pour évaluer le niveau d'âgisme tel que défini par Butler (1969). La version de Fraboni et al. (1990) est composée de 29 items, répartis sur trois dimensions (Propos Antipathiques, Évitement et Discrimination). Chaque item est assorti d'une échelle de Likert en 4 points. Une moyenne élevée est indicative d'un fort âgisme. La version révisée (FSA-R) est composée de 23 items répartis, dont 5 inversés (10, 17, 18, 19, 20), sur 3 dimensions permettant de mesurer les composantes affectives et cognitives de l'âgisme à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points.

La première dimension nommée « Stéréotypes » compte 10 items (1, 2, 3, 4, 11, 14, 15, 21, 22, 23), la deuxième dimension nommée « Séparation » compte 8 items (5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16) et la dernière dimension nommée « Attitudes Affectives » compte 5 items (12, 17, 18, 19, 20). Cette version révisée a été traduite en Français par Boudjemad (2009). Les participants sont conduits à se positionner autour d'items divers impliquant les personnes âgées : « Le suicide des adolescents est plus tragique que celui des personnes âgées » (Item 1, Stéréotypes), « Parfois, quand je vois des personnes âgées, j'évite de croiser leur regard » (Item 5, Séparation), « Personnellement, je ne souhaiterais pas passer beaucoup de temps en compagnie d'une personne âgée » (Item 12, Attitudes Affectives). Un niveau élevé d'âgisme est indiqué dans la FSA-R à travers l'obtention d'un score élevé aux trois dimensions proposées par Rupp et al. (2005). Les coefficients alpha de Cronbach du FSA-R sont supérieurs à .70 (DeVellis, 2003).

Le deuxième questionnaire proposé a été créé pour cette étude afin de recueillir les attitudes des participants à l'égard du couple âgé institutionnalisé. Ce questionnaire se présente sous la forme de 7 scénarios construits pour les besoins de cette étude (Annexe 1). Chacun des scénarii met en jeu un couple de sujet âgé et ses différentes dimensions : la sexualité, l'accompagnement de fin de vie, l'accompagnement de la vie quotidienne, les crises et la pression familiale. La sexualité est évaluée *via* les scénarii 2 et 3, l'accompagnement de la vie quotidienne *via* les scénarii 1 et 5, l'accompagnement de fin de vie par le scénario 4, les crises et la pression familiale par les scénarii 6 et 7. Les dimensions choisies et évaluées viennent illustrer les apports théoriques cités précédemment. Pour chaque scénario, le professionnel est invité, dans un premier temps, à indiquer son niveau d'aisance par rapport à la situation sur une échelle allant de 0 à 10. Dans un second temps, le participant doit indiquer son niveau d'acceptation de la situation sur une échelle allant de 0 à 10. Pour finir, le participant doit indiquer si oui ou non, une intervention serait nécessaire, selon lui, pour la situation indiquée. Si la réponse est oui, le professionnel doit expliciter ses interventions *via* une question ouverte. Deux moyennes sur 10 sont calculées, se basant sur les 7 scénarios, pour déterminer le niveau d'aisance et d'acceptation des professionnels vis-à-vis du couple âgé et des différentes dimensions. Un faible score pour les deux dimensions se traduit par une faible acceptation et un faible niveau d'aisance vis-à-vis du couple âgé institutionnalisé. Deux moyennes peuvent également être réalisées pour chaque dimension afin de rendre compte de différence dans les approches des professionnels vis-à-vis du couple âgé. Le nombre d'interventions est également relevé et mis en valeur par les réponses rédigées des participants.

1.3. Procédure

Dans cette étude, les participants ont été rencontrés au sein des établissements de soins. La participation se réalisait sur la base du volontariat et selon les critères d'inclusions et d'exclusions cités précédemment. Les professionnels ont été rencontrés de manière individuelle ou collective (binôme ou trinôme), en fonction de leur disponibilité.

La rencontre commençait par une brève présentation de l'étude et de ses objectifs. Après cette introduction, la rencontre se poursuivait par la présentation d'un protocole de passation, anonymisé, constitué de la lettre d'information et de consentement, puis des deux questionnaires à compléter. Dans un premier temps, les participants devaient remplir le formulaire d'information et de consentement (Annexe 2) et la valider par une signature. Par la suite, les participants devaient répondre aux quelques questions concernant les données sociodémographiques (Annexe 3). Dans un second temps, les participants devaient remplir d'abord le questionnaire de la FSA-R (Annexe 4) et finir par le questionnaire des scénarii mettant en jeu le couple du sujet âgé en respectant les consignes indiquées sur le protocole (Annexe 1). Cette rencontre permettait également de répondre aux questions des participants.

Après cette présentation, la passation pouvait se réaliser sur leur lieu de travail ou à domicile en fonction de leur disponibilité et retransmettre le protocole en main propre ou dans le bureau du psychologue.

1.4. Analyses statistiques

Dans un premier temps, une analyse de corrélations non paramétriques R de Spearman a été faite afin de tester le lien entre l'âge et les représentations sociales âgistes des professionnels. De plus, une analyse complémentaire de corrélations non paramétriques R de Spearman a été faite afin de tester le lien entre l'ancienneté professionnelle et les représentations sociales âgistes des professionnels.

Dans un second temps, des tests t de Student pour échantillon indépendant ont été administrés afin de comparer la moyenne d'aisance et la moyenne d'acceptabilité, des professionnels les moins et les plus âgistes, face au couple âgé. Le test t de Student et le U de Mann-Whitney ont également été administrés afin de comparer la moyenne d'aisance et la moyenne d'acceptabilité, des professionnels les moins âgistes et les plus âgistes, face au comportement sexuel des couples âgés.

Pour finir, une analyse complémentaire a été réalisé à l'aide du test t de Student pour échantillons appariés. Ici, le test t de Student pour échantillons appariés compare la moyenne d'aisance des professionnels face au comportement sexuel du couple âgé et la moyenne d'aisance des professionnels face aux autres dimensions du couple âgé : la pression familiale, l'accompagnement de la vie quotidienne, les crises et l'accompagnement de fin de vie. Le test t de Student pour échantillons appariés compare également la moyenne d'acceptabilité des professionnels face au comportement sexuel du couple âgé et la moyenne d'acceptabilité des professionnels face aux autres dimensions du couple âgé.

L'ensemble des tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel JASP (0.18.3). Le seuil de significativité retenu est de $<.05$. De plus, l'arrondi à 2 chiffres après la virgule a été appliqué pour l'ensemble des tests statistiques.

2. Résultats

2.1. Données démographiques

Cette partie présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon. Pour rappel, les participants de cette étude sont au nombre de 36 professionnels en gérontologie, âgés de 16 à 57 ans ($M=40.81$; $ET=12.66$), recrutés sur la base du volontariat dans différents établissements de soins pour personnes âgées. L'ancienneté professionnelle des participants oscille entre 0 et 37 ans ($M=13.25$; $ET=10.51$). Parmi les 36 professionnels, 2 (5.60%) participants sont masculins et 34 (94.40%) sont féminins. Les sujets masculins sont âgés de 37 et 49 ans ($M=43.00$; $ET=8.49$) avec une ancienneté de 1 an et 18 ans ($M=9.50$; $ET=12.02$). Les sujets féminins sont âgés de 16 à 57 ans ($M=40.68$; $ET=12.94$) avec une ancienneté allant de 0 à 37 ans ($M=13.47$; $ET=10.58$) (voir tableau 1 pour plus de détails).

Tableau 1 : Récapitulatif des données démographiques des participants selon le genre, l'âge et l'ancienneté

	Age		Ancienneté	
	F	M	F	M
Nombre de participants	34	2	34	2
Moyenne	40.68	43.00	13.47	9.50
Ecart-type	12.94	8.49	10.58	12.02
Minimum	16.00	37.00	0.00	1.00
Maximum	57.00	49.00	37.00	18.00

Note. F : Féminin ; M : Masculin.

Les professions occupées sont diverses, avec majoritairement des AS (36.10%) suivi par IDE (19.40%), AMP (11.10%), ASH (11.10%), ergothérapeutes (5.50%), animateurs (5.50%), stagiaire AS (5.50%), stagiaire IDE (2.70%) et psychomotricien (2.70%). Le tableau 2 montre la répartition de ces différentes fonctions selon l'ancienneté professionnelle.

Tableau 2 : Récapitulatif des données démographiques des participants selon la fonction et l'ancienneté

	Ancienneté								
	AMP	AS	ASH	Animation	Ergothérapeute	IDE	Psychomotricien	Stagiaire AS	Stagiaire IDE
Nombre de participants	4	13	4	2	2	7	1	2	1
Moyenne	17.75	11.17	10.88	0.58	18.00	23.14	18.00	0.00	0.00
Ecart-type	13.28	7.45	9.00	0.59	5.66	10.29		0.00	
Minimum	8.00	0.16	1.50	0.16	14.00	2.00	18.00	0.00	0.00
Maximum	37.00	24.00	20.00	1.00	22.00	32.00	18.00	0.00	0.00

Note. AMP : Aide médico-psychologique ; AS : Aide-soignant ; ASH : Aide-soignant en milieu hospitalier ; IDE : Infirmière diplômée d'état.

Concernant la situation maritale des participants (Célibataire, concubinage, divorcé, marié, pacsé et séparé), les professionnels sont majoritairement mariés ($n = 18$, 50.0%). Le tableau en annexe 5 montre la répartition des situations maritales selon l'âge.

2.2. Analyse de corrélations entre l'âge du professionnel et les représentations sociales âgistes

L'analyse de la corrélation (Tableau 3) a pour objectif de vérifier l'hypothèse 1, c'est à dire d'étudier si un lien existe entre l'âge et les représentations sociales âgistes des professionnels. Quatre données ont été prises en compte pour cette analyse ; l'âge, les scores de stéréotypes et de séparation obtenus à la FSA-R et le score global d'âgisme à la FSA-R. L'ancienneté professionnelle a également été prise en compte afin de réaliser des analyses complémentaires.

Tableau 3 : Matrice de corrélation entre l'âge, l'ancienneté et les représentations sociales âgistes ($n = 36$)

		Corrélation de Spearman				
Variables		Age	Ancienneté	FSA-R Ste	FSA-R Sep	Score global Ste Sep
1. Age	<i>Rho</i> de Spearman	—				
	p-value	—				
2. Ancienneté	<i>Rho</i> de Spearman	0.59	—			
	p-value	***	—			

Corrélation de Spearman						
Variables		Age	Ancienneté	FSA-R Ste	FSA-R Sep	Score global Ste Sep
3. FSA-R Stéréotypes	<i>Rho</i> de Spearman	-0.29	-0.05	—		
	p-value	0.08	0.76	—		
4. FSA-R Séparation	<i>Rho</i> de Spearman	-0.18	-0.10	0.28	—	
	p-value	0.30	0.55	0.10	—	
5. FSA-R Score global d'âgisme	<i>Rho</i> de Spearman	-0.31	-0.06	0.84	0.72	—
	p-value	0.07	0.72	***	***	—

Note. FSA-R : Fraboni Scale of Ageism-Frevisited ; Sep : Séparation ; Ste : Stéréotypes. *** $p < .001$

Concernant l'âge et les représentations sociales âgistes des professionnels, aucun résultat significatif n'a été montré. Une analyse complémentaire a été réalisé en prenant en compte l'ancienneté à la place de l'âge, aucun résultat significatif n'a été montré.

2.3. Analyse de comparaison de moyennes d'aisance et d'acceptabilité face au couple âgé, entre les professionnels les moins âgistes et les plus âgistes

L'analyse de la comparaison de moyennes a pour objectif de vérifier l'hypothèse 2, c'est-à-dire de déterminer l'existence ou non d'une différence significative concernant les attitudes envers le couple âgé entre les professionnels moins âgistes et les professionnels plus âgistes. Pour cela, deux groupes distincts ont été créés sur la base des résultats de stéréotypes et de séparation obtenus à la FSA-R. Le score global des deux dimensions, stéréotypes et séparation, a été retenu. Le premier groupe est constitué des participants avec des scores globaux inférieurs au 50^{ème} percentile, ce groupe est considéré comme étant les moins âgistes ($n = 21$). Le deuxième groupe est constitué des participants avec des scores globaux supérieurs au 50^{ème} percentile, ce groupe est considéré comme étant les plus âgistes ($n = 15$). Pour cette analyse, les moyennes prises en comptent sont celles obtenues pour les 7 scénarios du questionnaire créé pour cette étude afin de recueillir les attitudes des professionnels à l'égard du couple âgé institutionnalisé.

Tableau 4 : Résultats des analyses de comparaison de moyennes d'aisance et d'acceptabilité entre les professionnels moins âgistes et les plus âgistes envers le couple âgé institutionnalisé

Variables		Professionnels Moins âgistes	Professionnels Plus âgistes	Comparaison de groupes indépendants			Résultats
		<i>n</i> = 21	<i>n</i> = 15	Test de Student	<i>t</i> <i>p</i>	<i>d</i> de Cohen	
		Moyenne (Ecart-type)	Moyenne (Ecart-type)				
Attitudes envers le couple âgé	Score d'aisance	7.32 (.80)	6.48 (.97)	2.85	**	.96	Moins âgistes > Plus âgistes
	Score d'acceptabilité	7.51 (.69)	6.66 (.95)	3.14	**	1.06	Moins âgistes > Plus âgistes

Note. *t* : Test de Student. ** *p* < .01.

Concernant l'aisance envers le couple âgé, les données mettent en évidence une différence hautement significative, la moyenne des professionnels moins âgistes (*M*=7.32) est supérieure à celle des plus âgistes (*M*=6.48) (*t*(34)=2.85 ; *p*<.01). L'écart entre les deux moyennes est grand (*d*=0.96). Concernant l'acceptabilité envers le couple âgé, les données mettent en évidence une différence hautement significative, la moyenne des professionnels moins âgistes (*M*=7.51) est supérieure à celle des plus âgistes (*M*=6.66) (*t*(34)=3.14 ; *p*<.01). L'écart entre les deux moyennes est très grand (*d*=1.06).

2.4. Analyse de comparaison de moyennes d'aisance et d'acceptabilité, face aux comportements sexuels des couples âgés, entre les professionnels moins âgistes et les plus âgistes

L'analyse de la comparaison de moyennes a pour objectif de vérifier l'hypothèse 3, c'est-à-dire de déterminer l'existence ou non d'une différence significative, concernant les attitudes envers les comportements sexuels des couples âgés, entre les professionnels moins âgistes et les professionnels plus âgistes. Pour cela, deux groupes ont été créés sur la même base que l'analyse précédente. Quant aux moyennes, celles prises en compte sont celles obtenues pour le scénario 2 et 3, mettant en jeu la sexualité des couples âgés en institution.

Tableau 5 : Résultats des analyses de comparaisons de moyennes d'aisance et d'acceptabilité entre les professionnels les moins âgistes et les plus âgistes envers les comportements sexuels du couple âgé institutionnalisé

Variables	Professionnels Moins âgistes	Professionnels Plus âgistes	Comparaison de groupes indépendants		Résultats
	<i>n</i> = 21	<i>n</i> = 15	Test (Student) ou de <i>U</i> (Mann- Whitney)	<i>t</i> <i>p</i>	
	Moyenne (Ecart-type) Médiane	Moyenne (Ecart-type) Médiane			
Attitudes envers le couple âgé	Score d'aisance	6.21 (2.40)	5.60 (2.49)	.75 .49	Moins âgistes = Plus âgistes
	Comportement sexuel	6.50	6.50		
	Score d'acceptabilité	6.26 (1.97)	5.10 (1.88)	215.00 .07	Moins âgistes = Plus âgistes
	Comportement sexuel	6.50	5.00		

Note. *t* : Test de Student ; *U* : Test de Mann-Whitney.

Concernant l'aisance et l'acceptabilité envers les comportements sexuels des couples âgés, les données n'ont pas permis de mettre en évidence une différence significative entre les professionnels les moins âgistes et les plus âgistes.

2.5. Analyse complémentaire de comparaison de deux moyennes issues de deux échantillons appariés

Une analyse complémentaire a été proposée afin d'établir si une différence existait dans les attitudes des professionnels concernant les comportements sexuels et les autres dimensions du couple âgé institutionnalisé (les crises, la pression familiale, l'accompagnement de la vie quotidienne et l'accompagnement de fin de vie). Deux comparaisons de moyennes issues d'échantillons appariés ont été réalisées, la première concerne la moyenne d'aisance des professionnels face aux comportements sexuels et la moyenne d'aisance des professionnels face aux autres dimensions du couple âgé vivant en institution (les crises, la pression familiale, l'accompagnement de la vie quotidienne et l'accompagnement de fin de vie). La deuxième comparaison concerne la moyenne d'acceptabilité des professionnels face aux comportements sexuels et la moyenne d'acceptabilité des professionnels face aux autres dimensions du couple âgé vivant en institution.

Pour le comportement sexuel, la moyenne se base sur les scores obtenus aux scénarios 2 et 3 du questionnaire créé pour cette étude. Pour les autres dimensions du couple âgé vivant en institution (les crises, la pression familiale, l'accompagnement de la vie quotidienne et l'accompagnement de fin de vie), la moyenne se base sur les scores obtenus aux scénarios 1, 4, 5, 6 et 7 du questionnaire créé pour cette étude.

Tableau 6 : Résultats des analyses de comparaisons de moyennes d'aisance et d'acceptabilité des professionnels face aux comportements sexuels et face aux autres dimensions du couple âgé institutionnalisé

Variables		Comportement sexuel	Autres dimensions	Comparaison de groupes appariés			
		<i>n</i> = 36	<i>n</i> = 36	Test de Student	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
		Moyenne (Ecart-type)	Moyenne (Ecart-type)				Résultats
Attitudes envers le couple âgé	Score d'aisance	5.96 (2.42)	7.35 (1.07)	-3.00	**	-.50	Comportement sexuel < Autres dimensions
	Score d'acceptabilité	5.78 (1.99)	7.77 (.89)	-6.04	***	-1.01	Comportement sexuel < Autres dimensions

Note. *t* : Test de Student. ** *p* < .01. *** *p* < .001.

Concernant l'aisance des professionnels, les données ont permis de mettre en évidence une différence hautement significative, la moyenne d'aisance face aux comportements sexuels (*M*= 5.96) est inférieure à la moyenne d'aisance face aux autres dimensions du couple âgé vivant en institution (*M*= 7.35) (*t*(35)=-3.00 ; *p*<.01). L'écart entre les deux moyennes est petit (*d*=0.50). Concernant l'acceptabilité des professionnels, les données ont permis de mettre en évidence une différence très hautement significative, la moyenne d'acceptabilité face aux comportements sexuels (*M*= 5.78) est inférieure à la moyenne d'acceptabilité face aux autres dimensions du couple âgé vivant en institution (*M*= 7.77) (*t*(35)=-6.04) ; *p*<.001). L'écart entre les deux moyennes est très grand (*d*=1.01).

Partie discussion

Pour rappel, le contexte actuel est marqué par une société ayant une vision davantage négative que positive du vieillissement (Adam et al., 2013). En outre, les établissements pour personnes âgées fonctionnent sur le mode parental, tentant de contrôler les comportements, plutôt que de soutenir les choix autonomes des résidents. Ces différents points ne sont pas sans conséquences sur le bien-être et la santé des aînés.

1. Discussion

L'enjeu de ce travail est d'investiguer l'existence ou non d'un lien entre les représentations sociales âgistes et les attitudes des professionnels dans leur prise en charge quotidienne des couples en EHPAD. Pour cela, trois hypothèses générales ont été proposées.

La première hypothèse supposait que les professionnels jeunes auraient davantage de représentations sociales âgistes par rapport aux professionnels les plus âgés. Après une analyse complète des corrélations entre l'âge des professionnels et les représentations sociales âgistes, les résultats mettent en évidence aucune corrélation significative. Ainsi, l'hypothèse de départ n'est pas validée, contrairement à ce qui était attendu. Par ailleurs, une analyse complémentaire, supposant l'existence ou non d'une relation entre l'ancienneté professionnelle et les représentations sociales âgistes, a été réalisée. Les professionnels avec une ancienneté moindre auraient davantage de représentations sociales âgistes par rapport aux professionnels avec une ancienneté plus importante. Après une analyse complète des corrélations entre l'ancienneté professionnelle et les représentations sociales âgistes, les résultats mettent en évidence aucune corrélation significative. Ainsi, l'hypothèse de l'analyse complémentaire n'est pas validée.

Ces résultats sont en contradictions avec certaines études décrivant un lien entre l'âge et les représentations sociales âgistes (Bryant et Koder, 2015; Chonody et al., 2014; Cuddy et al., 2008; Lee et al., 2003; Rupp et al., 2005). Néanmoins, ces études s'intéressent seulement aux jeunes de la société en générale et aux étudiants en psychologie en particulier, sans tenir compte des jeunes professionnels de santé. En outre, ces résultats sont cohérents avec ceux mis en évidence par d'autres auteurs (Goncalves et al., 2011) montrant que les étudiants en soins infirmiers ou en travail social ont moins d'attitudes négatives envers les personnes âgées que les étudiants en psychologie. Les résultats sont également cohérents avec les études qui mettent en avant que le contact intergénérationnel, est l'une des interventions les plus efficaces pour réduire l'âgisme (Burnes et al., 2019). Les résultats de l'étude montrent que les jeunes professionnels de santé, ayant un contact régulier avec les personnes âgées, sont moins concernés par les représentations sociales âgistes par rapport aux jeunes de la société en générale.

La deuxième hypothèse postulait une différence significative concernant les attitudes envers le couple âgé institutionnalisé entre les professionnels les moins âgistes et les professionnels les plus âgistes. Plus précisément, l'adhésion aux représentations sociales âgistes va être associée à davantage d'attitudes négatives par rapport au couple âgé institutionnalisé. Après une analyse complète des comparaisons de moyennes d'aisance et d'acceptabilité face au couple âgé, les résultats ont mis en évidence une différence hautement significative entre les professionnels les moins âgistes et les plus âgistes, validant l'hypothèse de départ.

Ces résultats sont cohérents avec les études de la littérature postulant que l'âgisme influence nos attitudes par rapport aux personnes âgées, se traduisant le plus souvent par une over-accomodation et des attitudes infantilisantes envers les personnes âgées (Adam et al., 2013; Avorn et al., 1982). Les résultats sont également cohérents avec les études rapportant l'existence d'attitudes paternalistes et infantilisantes de la part des professionnels de santé (Lagacé, 2015; Le Sommer-Péré, 2012). Les résultats suggèrent que les représentations négatives liées à l'âge influencent les actes professionnels vis-à-vis des personnes âgées. En outre, les résultats vont dans le sens d'auteurs postulant que les représentations du personnel de santé sur les couples âgés demeurent relativement stéréotypées (Thibaud et Hanicotte, 2007). Ces représentations stéréotypées sont en cohérences avec les actions du personnel qui limitent la vie privée des résidents : les portes non-verrouillées et la vérification régulière des chambres (Bauer, 1999; Bender et al., 2020). Néanmoins, ces études partant du postulat que l'ensemble des professionnels de santé ont des représentations globalement stéréotypées vis-à-vis du couple âgé, ont nuancé leur propos en soulignant que c'est le fonctionnement général des institutions qui limite la vie privée des résidents et encore plus celle des couples (Bender et al., 2020; Carter, 2018; Frankowski et Clark, 2009; Parke, 1991).

Une troisième hypothèse postulait une différence significative concernant les attitudes envers les comportements sexuels des couples âgés entre les professionnels les plus âgistes et les professionnels les moins âgistes. Plus précisément, l'adhésion aux représentations sociales âgistes va être associée à davantage d'attitudes négatives par rapport à l'expression de la sexualité du couple âgé institutionnalisé. Après une analyse complète des comparaisons de moyennes d'aisance et d'acceptabilité face aux systèmes des comportements sexuels du couple âgé, les résultats n'ont pas permis de mettre en évidence une différence significative entre les professionnels les moins âgistes et les plus âgistes. Ainsi l'hypothèse de départ n'est pas validée. Par ailleurs, une analyse complémentaire a été réalisée afin d'établir si une différence existait dans les attitudes des professionnels concernant les comportements sexuels et les autres dimensions (les crises, la pression familiale, l'accompagnement de la vie quotidienne et l'accompagnement de fin de vie) du couple âgé institutionnalisé. Les attitudes des professionnels seraient davantage négatives envers les comportements sexuels des couples âgés par rapport aux autres dimensions du couple. Les résultats de l'analyse complémentaire ont permis de valider cette hypothèse.

Ces résultats sont cohérents avec les études de la littérature postulant que les soins de santé sexuelle s'appuient sur des présomptions d'âgisme (Gilmer et al., 2010; Rothman et Sebastian, 1990; Tonks, 1999). Les attitudes du personnel de santé contribuent au milieu social, ce qui peut se traduire par un comportement asexué chez les résidents et être le reflet d'une attitude de rejet de la part du personnel (Lyder, 1992). Les résultats mettent en avant les attitudes davantage négatives pour les comportements sexuels des professionnels par rapport aux autres dimensions du couple. Cette ambivalence rejoint l'étude postulant une différence dans les attitudes des infirmières concernant les comportements qui peuvent être catégorisés comme des expressions d'amour, d'attention et les comportements qui peuvent être classés comme érotiques (Thys et al., 2019). Les résultats rejoignent les études postulant que pour les professionnels, le couple âgé institutionnalisé est comparé au couple des enfants avec une normalisation de la vie de couple privée de sexualité (Anchisi et al., 2014). Néanmoins, les études évoquent également le poids de l'institution dans la déssexualisation des résidents et des couples âgés (Frankowski et Clark, 2009). Plus précisément, les résultats montrent que la sexualité des couples âgés institutionnalisés est moins bien perçue par les professionnels de santé quelques soit leur adhésion aux représentations sociales âgistes. En outre, les résultats sont en accord avec la plupart des publications qui font référence au besoin de formation des professionnels et des directions pour améliorer les compétences liées à la gestion et à l'acceptation de l'expression de l'intimité et de la sexualité des couples (Di Napoli et al., 2013; Doll, 2013).

2. Limites et perspectives de recherche

Ce travail de recherche comporte un certain nombre de limites, notamment au niveau du recrutement des participants, du biais de désirabilité sociale, de la construction des groupes et du choix des outils.

Tout d'abord, les participants ont été recrutés sur la base du volontariat lors de rencontre individuelle ou collective (binôme ou trinôme). Dans l'ensemble, 50 participants ont été rencontrés et ont reçu le protocole de passation. Parmi, les 50 professionnels rencontrés, 36 protocoles ont pu être récupéré. Cet écart de 14 protocoles est une limite dans le cadre de cette étude. En effet, certains professionnels ont pu rapporter différentes difficultés : manque de temps, perte du protocole, charge de travail trop importante, perte de vue des professionnels contractuels etc. Ce paramètre a entraîné des conséquences sur le recueil des protocoles en sollicitant à plusieurs reprises les professionnels afin de récupérer les protocoles.

Deuxièmement, même si les données démographiques indiquent que l'échantillon est représentatif de la population générale, des limites existent concernant leur recrutement. En effet, les professionnels ont été recrutés dans deux établissements de soins pour personnes âgées dépendantes (33 dans une première structure et 3 dans une seconde structure). Cette inégalité dans la répartition du recrutement ainsi que le manque de diversité dans les structures sollicitées

constituent une limite dans le cadre de cette étude. Dans la littérature, les études ont montré que le fonctionnement des institutions n'est pas sans conséquence sur la prise charge proposée par les professionnels de santé (Bender et al., 2020; Frankowski et Clark, 2009). De plus, le manque de stabilité au sein de la direction d'une institution vient majorer davantage ce phénomène (Napadlek, 2023). Dans le cadre de cette étude, une structure sollicitée était touchée par ce phénomène d'instabilité au sein de la direction. Cette instabilité avait pour conséquence la rupture brutale de certain contrat de travail créant ainsi une inquiétude grandissante au sein des professionnels de santé. Ce paramètre a potentiellement entraîné des conséquences sur les professionnels recrutés et sur leurs disponibilités psychologiques lors de la réalisation du protocole de passation.

Le biais de désirabilité sociale a pu également influencer les réponses des professionnels. En effet, le terme désirabilité sociale décrit la tendance des individus à donner des réponses socialement désirables lorsque les individus répondent à des tests ou des enquêtes. Dans le cadre de ce travail, les professionnels de santé ont pu vouloir répondre aux questionnaires en donnant des réponses socialement désirables au détriment de l'expression sincère de leurs opinions et croyances personnelles. Ce biais a pour conséquence de réduire la validité des conclusions tirées sur la base des réponses des individus.

La construction de groupe constitue une limite : en l'absence de note seuil. Les groupes ont été réalisés pour répondre aux besoins de l'étude et ne détermine pas le niveau d'âgisme réel des professionnels, notamment pour les professionnels étant considérés comme les plus âgistes. De plus, des analyses réalisées par Boudjemad et Gana (2009) ont montré que sur les 23 items de la FSA-R, 9 items n'offraient pas les qualités suffisantes pour prétendre être de bons indicateurs de l'âgisme. Les auteurs ont montré que la FSA-14 disposait de qualités psychométriques supérieures à la FSA-R.

Enfin, les qualités psychométriques du test créé pour l'étude sont une limite dans le cadre de cette étude. En effet, le test a été créé pour répondre aux besoins de l'étude afin de recueillir les attitudes des professionnels à l'égard du couple âgé institutionnalisé. La création des scénarios du test s'est basée sur des expériences professionnels et sur des données de la littérature. Par la suite, les scénarios ont été répartis selon différentes dimensions : la sexualité, l'accompagnement de fin de vie, l'accompagnement de la vie quotidienne, les crises et la pression familiale. Néanmoins, les qualités psychométriques du test, validité et fiabilité, n'ont pas été évaluées.

Malgré ces limites, les perspectives de recherches sont nombreuses et importantes à prendre en compte. En effet, de plus en plus de personnes vieillissent en étant en couple à des âges très avancés et ce pourcentage continuera d'augmenter (Bonvalet et Lelièvre, 2005) notamment en institution. Ces relations de couples sont de plus en plus reconnues comme un facteur important contribuant à la santé : source de soutien social, de stabilité, meilleure santé

physique (Stimpson et Peek, 2005). L'hypothèse de Hyde et Golant (2008) stipule que la génération des baby-boomers (nés entre 1946 et 1964) à l'âge avancé pourraient être plus exigeante concernant la satisfaction de leurs besoins d'intimité et de sexualité. Les données dans le cadre de ce travail vont dans le sens de la plupart des publications faisant référence aux besoins de formation du personnel et des directives sur la gestion de l'expression de l'intimité et de la sexualité (Di Napoli et al., 2013; Doll, 2013). Ces formations permettraient d'améliorer les compétences liées à la discussion et à la gestion de la sexualité à l'égard de l'ensemble des résidents : couples hétérosexuels, homosexuels, recomposées, avec ou sans troubles cognitifs, etc. Ces formes alternatives de couples et de relations intimes deviendront plus prévalant dans les décennies à venir (Cooney et Dunne, 2001; Noller et Karantzas, 2012).

Enfin, du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population générale, cette étude a pour perspective d'améliorer les données de la recherche afin de mieux comprendre l'âgisme et les moyens de réduire ses effets. Au regard des conséquences négatives de l'âgisme sur la santé de la population en générale (Abrams et al., 2006; Avorn et al., 1982; Le Sommer-Péré, 2012; Levy et al., 2009; Plan et al., 2022) et sur la prise en charge des sujets âgés (Lagacé, 2015; Madan et al., 2001; Steel et al., 2008; Woodhead et al., 2004) la sensibilisation aux valeurs positives de la vieillesse et le contact intergénérationnel (Burnes et al., 2019) sont primordiaux afin de changer le regard de la société sur les personnes âgées.

Conclusion

Cette étude porte sur l'implication des représentations sociales des professionnels dans la prise en charge quotidienne des couples âgés institutionnalisés. Plus spécifiquement, l'objectif était d'observer l'existence ou non d'une relation entre les représentations sociales âgistes des professionnels et leurs attitudes face au couple âgé institutionnalisé. Les données de la littérature à l'égard de ce sujet sont nombreuses, notamment par rapport à la sexualité des personnes âgées évoluant en institution et sur l'impact de l'âgisme sur la santé. Ces données importantes s'inscrivent dans l'approche holistique qui se développent davantage ces dernières années dans le système de santé. Cette approche considère le résident dans son ensemble, en prenant en compte ses dimensions physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles. De plus, la littérature rapporte que le couple âgé et la sexualité sont de plus en plus reconnus comme des facteurs importants contribuant à la santé (Stimpson et Peek, 2005). Cette étude s'inscrit donc dans cette perspective tout en améliorant les données de la recherche pour mieux comprendre l'âgisme et les moyens de réduire ses effets.

Les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence une différence significative entre les professionnels les moins âgistes et les plus âgistes dans leurs attitudes envers le couple âgé institutionnalisé. Par ailleurs, l'analyse complémentaire a mis en avant une différence significative dans les attitudes des professionnels envers la sexualité par rapport aux autres dimensions du couple âgé. Les résultats obtenus sont concordants avec les données de la littérature stipulant que les soins de santé sexuelle et la prise en charge des couples âgés s'appuient sur des présomptions d'âgisme (Anchisi et al., 2014; Gilmer et al., 2010; Rothman et Sebastian, 1990; Tonks, 1999).

L'étude comporte plusieurs limites dont leurs importances sont nécessaires à prendre en compte afin de poursuivre les recherches sur ce thème : plus grand échantillon, plus de diversité dans les structures recrutées, utilisation de meilleurs outils psychométriques, etc. Cette étude présente aussi des intérêts majeurs, dans la mesure où l'espérance de vie des sujets âgés augmente et que les générations futures seront plus exigeantes concernant la satisfaction de leurs besoins d'intimité et de sexualité (Hyde et Golant, 2008). Les données de l'étude et de la littérature mettent en avant la nécessité de formation et de sensibilisation des professionnels de santé à l'égard de l'âgisme et de ses conséquences sur la santé et la prise en charge du couple âgé institutionnalisé. Cette perspective de formation et de sensibilisation contribuerait à l'amélioration de la prise en charge globale des couples âgés institutionnalisés. Entraînant ainsi des conséquences positives sur la santé des couples et sur le vécu de leur institutionnalisation, car les couples âgés, qui y sont admis, y entrent avant tout pour continuer leur vie.

Bibliographie

- Abrams, D., Eller, A., & Bryant, J. (2006). An age apart: the effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychology and aging*, 21(4), 691.
- Abric, J. C. (2008). Pratiques sociales et représentations. In *Pratiques sociales et représentations* (pp. 253-253).
- Adam, S., Joubert, S., & Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme: conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs!. *Revue de neuropsychologie*, 5(1), 4-8.
- Alaphilippe, D., Bailly, N. (2014). *Psychologie de l'adulte âgé*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.alaph.2014.01>
- Allan, L. J., & Johnson, J. A. (2008). Undergraduate attitudes toward the elderly: The role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educational gerontology*, 35(1), 1-14.
- Allport, G. W. (1935). *Attitudes: a handbook of social psychology*. USA: Worcester Mass.
- Anchisi, A., Palazzo Crettol, C., & Dallera, C. (2014). Vieillir ensemble en maison de retraite: quand le couple réenchante l'institution. *Pensée plurielle*, (1), 125-134.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The gerontologist*, 29(2), 183-190.
- Avorn, J., & Langer, E. (1982). Induced disability in nursing home patients: A controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 30(6), 397-400.
- Bauer, M. (1999). Their only privacy is between their sheets. *Journal of gerontological nursing*, 25(8), 37-41.
- Bender, A. A., Burgess, E. O., & Barmon, C. (2020). Negotiating the lack of intimacy in assisted living: resident desires, barriers, and strategies. *Journal of Applied Gerontology*, 39(1), 28-39.
- Birgersson, A. M. B., & Edberg, A. K. (2004). Being in the light or in the shade: persons with Parkinson's disease and their partners' experience of support. *International journal of nursing studies*, 41(6), 621-630.
- Bonvalet, C., & Lelièvre, É. (2005). Relations familiales des personnes âgées. *Retraite et société*, (2), 43-67.
- Boudjemad, V., & Gana, K. (2009). L'âgisme: Adaptation française d'une mesure et test d'un modèle structural des effets de l'empathie, l'orientation à la dominance sociale et le dogmatisme sur l'âgisme. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 28(4), 371-389.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: Attachment*, Vol. 1 2nd Edn New York. NY: Basic Books.[Google Scholar].
- Brotman, S., Ryan, B., & Cormier, R. (2003). The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *The Gerontologist*, 43(2), 192-202.
- Bryant, C., & Koder, D. (2015). Why psychologists do not want to work with older adults—and why they should. *International psychogeriatrics*, 27(3), 351-354.
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson Jr, C. R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American journal of public health*, 109(8), 1-9.
- Buss, D. M., & Kenrick, D. T. (1998). Evolutionary social psychology.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist*, 243-246.
- Butler, R. N. (1975). Why survive? Being old in America.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and aging*, 7(3), 331.

- Carter, L. (2018). 'Til the care home do us part? Keeping older couples together. *Nursing And Residential Care*, 20(11), 590-592.
- Chonody, J. M., Webb, S. N., Ranzijn, R., & Bryan, J. (2014). Working with older adults: Predictors of attitudes towards ageing in psychology and social work students, faculty, and practitioners. *Australian Psychologist*, 49(6), 374-383.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644.
- Cooney, T. M., & Dunne, K. (2001). Intimate relationships in later life: Current realities, future prospects. *Journal of Family Issues*, 22(7), 838-858.
- Couple. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/couple/19854>
- Couple. (s. d.). Dans *La langue française en ligne*. <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/couple>
- Croteau, J. M., Lark, J. S., Lidderdale, M. A., & Chung, Y. B. (2004). *Deconstructing heterosexism in the counseling professions: A narrative approach*. Sage Publications.
- Cuddy, A. J., & Fiske, S. T. (2002). Doddering but Dear: Process, Content, and Function in Stereotyping of Older Persons. *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, 1.
- Cuddy, A. J., Norton, M. I., & Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of social issues*, 61(2), 267-285.
- Cuddy, A. J., Fiske, S. T., & Glick, P. (2008). Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype content model and the BIAS map. *Advances in experimental social psychology*, 40, 61-149.
- Delbès, C., & Gaymu, J. (2005). Situations matrimoniales et ménages des personnes âgées: quelles évolutions?. *Retraite et société*, (2), 69-87.
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Sage publications.
- 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.
- Doll, G. M. (2013). Sexuality in nursing homes: Practice and policy. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(7), 30-37.
- Druley, J. A., Stephens, M. A. P., Martire, L. M., Ennis, N., & Wojno, W. C. (2003). Emotional congruence in older couples coping with wives' osteoarthritis: exacerbating effects of pain behavior. *Psychology and Aging*, 18(3), 406.
- Durkheim, É. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de métaphysique et de morale*. In Sociologie, 1967. Paris : Presses Universitaires de France.
- Forgas, J. P. (1981). Social cognition: Perspectives on everyday understanding. (No Title).
- Fraboni, M., Saltstone, R., & Hughes, S. (1990). The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 9(1), 56-66.
- Frankowski, A. C., & Clark, L. J. (2009). Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexuality Research and Social Policy Journal of NSRC*, 6, 25-37.

- Furlotte, C., Gladstone, J. W., Cosby, R. F., & Fitzgerald, K. A. (2016). "Could we hold hands?" Older lesbian and gay couples' perceptions of long-term care homes and home care. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 35(4), 432-446.
- Gilmer, M. J., Meyer, A., Davidson, J., & Koziol-McLain, J. (2010). Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nursing Praxis in Aotearoa New Zealand*, 26(3), 17-24.
- Gladstone, J. W. (1995). The marital perceptions of elderly persons living or having a spouse living in a long-term care institution in Canada. *The Gerontologist*, 35(1), 52-60.
- Goffman, E. (1968). *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux reclus*. Minuit.
- Goldbeter-Merinfeld 1, E. (2003). Temps familial et temps des générations. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, (2), 61-73.
- Gonçalves, D. C., Guedes, J., Fonseca, A. M., Pinto, F. C., Martín, I., Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Attitudes, knowledge, and interest: Preparing university students to work in an aging world. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 315-321.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Ranchor, A. V., Brilman, E. I., Kempen, G. I., & Ormel, J. (2001). Chronic disease in elderly couples: are women more responsive to their spouses' health condition than men?. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 693-696.
- Howarth, C., Foster, J., & Dorrer, N. (2004). Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research—and vice versa?. *Journal of health psychology*, 9(2), 229-243.
- Hummel, C. (1995). Images de la vieillesse, représentation de l'altérité. Mémoire de diplôme d'études supérieures en sociologie, Université de Genève, 1995.
- Hyde, J., & Golant, S. (2008, October). The future of assisted living in the United States according to the experts. In *Gerontologist* (Vol. 48, pp. 618-619).
- Jaspars, J., & Fraser, C. (1984). Attitudes and social representations. *Social representations*, 101, 23.
- Jodelet, D. (1991). L'idéologie dans l'étude des représentations sociales. *Idéologies et représentations sociales*, 15-33.
- Kaes, R. (1988). La crise du milieu de la vie et l'interférence du temps des générations. *Journal des psychologues*, 43-69.
- Kaplan, H. S. (1990). Sex, intimacy, and the aging process. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18(2), 185-205.
- Kaplan, L., Ade-Ridder, L., Hennon, C. B., Brubaker, E., & Brubaker, T. (1995). Preliminary typology of couplehood for community-dwelling wives: "I" versus "we". *The International Journal of Aging and Human Development*, 40(4), 317-337.
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn D. et Smith J. (2008). Self-perceptions of aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 63(6):P377-85
- Lagacé, M. (2015). *Représentations et discours sur le vieillissement-La face cachée de l'âgisme?*. Presses de l'Université Laval.
- Lalljee, M., Brown, L. B., & Ginsburg, G. P. (1984). Attitudes: disposition, behaviour or evaluation?. *British journal of social psychology*, 23(3), 233-244.

- Lee, K. M., Volans, P. J., & Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Aging & mental health*, 7(2), 133-141.
- Le Sommer-Péré, M. (2012). Ethique et pratiques soignantes : L'expérience de la gérontologie.
- Levin, I., & Trost, J. (1999). Living apart together. *Community, work & family*, 2(3), 279-294.
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current directions in psychological science*, 18(6), 332-336.
- Löckenhoff, C.E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R.R., De Bolle, M., et Costa, P.T. Jr. et al. (2009). Perceptions of Aging across 26 Cultures and their Culture-Level Associates. *Psychology and Aging*, 24, 941-954.
- Lundh, U., Sandberg, J., & Nolan, M. (2000). 'I don't have any other choice': spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden. *Journal of advanced nursing*, 32(5), 1178-1186.
- Lyder, C. H. (1992). NPs play major role in promoting sexuality among institutionalized elderly. *The Nurse Practitioner*, 17(9), 10-13.
- Madan, A. K., Aliabadi-Wahle, S., & Beech, D. J. (2001). Ageism in medical students' treatment recommendations: the example of breast-conserving procedures. *Academic Medicine*, 76(3), 282-284.
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International journal of nursing studies*, 52(12), 1891-1905.
- Miller, B., Townsend, A. L., & Ishler, K. J. (2004). Change in marital dissatisfaction, health, and depression in older married couples. *Journal of Mental Health and Aging*.
- Moscovici, S. (1961). La psychanalyse, son image et son public [Psychoanalysis, its image and its public]. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1998). The history and actuality of social representations. *The psychology of the social*, 209247.
- Napadlek, S. (2023, 20 septembre). EHPAD sans direction : l'effet domino de conséquences négatives. LinkedIn. <https://fr.linkedin.com/pulse/absence-de-direction-en-ehpad-leffet-domino-n%C3%A9gatives-stephan>
- Noller, P., & Karantzas, G. C. (Eds.). (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of couples and family relationships*. John Wiley & Sons.
- Organisation des Nations Unies et Organisation mondiale de la santé. (2021, mars). *Rapport mondial sur l'âgisme, 2021*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340206/9789240020528-fre.pdf?sequence=1>
- Padula, C. A., & Sullivan, M. (2006). Long-Term Married Couples' Health Promotion Behaviors. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(10).
- Palmore, E. (2005). Three decades of research on ageism. *Generations*, 29(3), 87-90.
- Parke, F. (1991). Sexuality in later life. *Nursing Times*, 87(50), 40-42.
- Peek, M. K., & Markides, K. S. (2003). Blood pressure concordance in older married Mexican-American couples. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1655-1659.
- Plan, O., Zekopoulos, K., Dancourt, S., & Raoult, N. (2022). L'âgisme. *Pour*, 242(1), 61-72.
- Potter, J. (1996). Attitudes, social representations and discursive psychology.
- Racher, F. E. (2002). Synergism of frail rural elderly couples: influencing interdependent independence. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(6), 32-39.
- Rateau, P. (2000). Idéologie, représentation sociale et attitude: étude expérimentale de leur hiérarchie. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 13(1), 29-57.

- Rennes, J. (2020). Conceptualiser l'âgisme à partir du sexisme et du racisme. *Revue française de science politique*, 70(6), 725-745.
- Roach, S. M. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of advanced nursing*, 48(4), 371-379.
- Roberto, K. A., Gold, D. T., & Yorgason, J. B. (2004). The influence of osteoporosis on the marital relationship of older couples. *Journal of Applied Gerontology*, 23(4), 443-456.
- Robinson, L., Clare, L., & Evans, K. (2005). Making sense of dementia and adjusting to loss: Psychological reactions to a diagnosis of dementia in couples. *Aging & mental health*, 9(4), 337-347.
- Rothman, B., & Sebastian, H. (1990). Intimacy and cognitively impaired elders. *The Canadian Nurse*, 86(5), 32-34.
- Rouquette, M. L. (1996). Représentations et idéologie. *Des attitudes aux attributions*, 163-173.
- Rupp, D. E., Vodanovich, S. J., & Credé, M. (2005). The multidimensional nature of ageism: Construct validity and group differences. *The Journal of social psychology*, 145(3), 335-362.
- Sandberg, J., Lundh, U., & Nolan, M. R. (2001). Placing a spouse in a care home: the importance of keeping. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell)*, 10(3).
- Shotter, J. (1993). *Cultural politics of everyday life: Social constructionism, rhetoric and knowing of the third kind*. University of Toronto Press.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 971.
- Skarupski, K. A., De Leon, C. F. M., McCann, J. J., Bienias, J. L., Wilson, R. S., & Evans, D. A. (2006). Is lower cognitive function in one spouse associated with depressive symptoms in the other spouse?. *Aging and Mental Health*, 10(6), 621-630.
- Solaz, A. (2021). La hausse des ruptures et des remises en couple chez les cinquante ans et plus. *Population & Sociétés*, 1-4.
- Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 245-266). Psychology Press.
- Steel, N., Bachmann, M., Maisey, S., Shekelle, P., Breeze, E., Marmot, M., & Melzer, D. (2008). Self reported receipt of care consistent with 32 quality indicators: national population survey of adults aged 50 or more in England. *Bmj*, 337.
- Stimpson, J. P., & Peek, M. K. (2005). Peer reviewed: concordance of chronic conditions in older Mexican American couples. *Preventing chronic disease*, 2(3).
- Strohm, C. Q., Seltzer, J. A., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2009). "Living apart together" relationships in the United States. *Demographic research*, 21, 177.
- Thibaud, A., & Hanicotte, C. (2007). Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants?. *Gérontologie et société*, 30122(3), 125-137.
- Thys, K., Mahieu, L., Cavolo, A., Hensen, C., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2019). Nurses' experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 28(5-6), 836-849.
- Tonks, A. (1999). Medicine must change to serve an ageing society. *BMJ*, 319(7223), 1450-1451.

- Tolley, C., & Ranzijn, R. (2006). Predictors of heteronormativity in residential aged care facilities. *Australasian Journal on Ageing*, 25(4), 209-214.
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and aging*, 10(4), 625.
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1996). Depressive symptoms across older spouses: longitudinal influences. *Psychology and aging*, 11(4), 683.
- Vergès, P. (1994). Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. *Structures et transformations des représentations sociales*, 277, 233-53.
- Walker, R. B., & Luszcz, M. A. (2009). The health and relationship dynamics of late-life couples: A systematic review of the literature. *Ageing & Society*, 29(3), 455-480.
- Wetherell, M., & Potter, J. (1992). *Mapping the language of racism: Discourse and the legitimation of exploitation*. Columbia University Press.
- Wiley, D., & Bortz, W. M. (1996). Sexuality and aging—usual and successful. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 51(3), M142-M146.
- Woolhead, G., Calnan, M., Dieppe, P., & Tadd, W. (2004). Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think?. *Age and ageing*, 33(2), 165-170.

Table des Annexes

Annexe 1 : Extrait du questionnaire des 7 scénarios construit pour les besoins de cette étude	42
Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement	43
Annexe 3 : Recueil des données démographiques	45
Annexe 4 : <i>Fraboni Scale of Ageism-Revisited</i> (FSA-R)	46
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des données démographiques des participants selon la situation maritale et l'âge	48

Annexe 1 : Extrait du questionnaire des 7 scénarios construit pour les besoins de cette étude

Questionnaire des 7 scénarios

En dessous de chaque scénario, répondez aux questions proposées selon votre ressenti.

- Scénario 1 : Mr et Mme O

« Mr et Mme O sont mariés et vivent en EHPAD depuis un an. L'entrée en EHPAD a été précipitée par la perte d'autonomie de l'épouse dans les activités de vie quotidienne à domicile. Mr et Mme O vivent tous les deux au premier étage de l'EHPAD. Ils ont la possibilité de se voir plus facilement. Néanmoins, Mr O rapporte qu'il n'est pas satisfait lors des repas car il ne peut pas manger avec son épouse. La raison, c'est que les places des repas sont déterminées en fonction du numéro de chambre. Il faut que les chambres soient voisines pour qu'ils puissent manger à côté. »

Est-ce que vous seriez à l'aise vis-à-vis de cette situation ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout à l'aise					Moyennement à l'aise					Très à l'aise

Pensez-vous que cette situation est acceptable ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout acceptable					Moyennement acceptable					Très acceptable

Interviendriez-vous ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, qu'est-ce que vous feriez comme interventions ?

.....

.....

.....

.....

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement



Formulaire d'information et de consentement

Projet de Mémoire pour le Master 2 de Psychologie du vieillissement normal et pathologique (PVNP) : Représentations sociales et attitudes des professionnels de santé vis à vis du couple âgé institutionnalisé

Réalisé par l'étudiant Monsieur Tibo Réunif, sous la direction du Professeur en Psychologie Madame Catherine POTARD à l'Université d'Angers

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document.

Objectif :

L'objectif du projet est d'étudier le lien entre les représentations sociales des professionnels de santé et leurs attitudes vis-à-vis du couple vieillissant en structure, au cours d'un protocole constitué de deux séries de questionnaires.

Nature de la participation :

Votre participation sera requise pour la passation d'un protocole constitué de deux questionnaires écrits d'environ 20 minutes. Cette rencontre aura lieu à ..., selon vos disponibilités.

Votre participation à la recherche ne comporte pas d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner un peu de votre temps. Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire, confidentiel et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, le but étant de recueillir vos ressentis et expériences personnelles.

Confidentialité :

Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront

strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les données recueillies le sont à seules fins de ce mémoire de recherche.

Résultats de la recherche :

Vous serez informé des résultats de la recherche.

Consentement libre du participant :

Je,.....(nom, prénom), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature du participant :

Fait à....., le.....

Annexe 3 : Recueil des données démographiques

Recueil des données démographiques

Quel est votre genre ?

Quel est votre âge ?

Quelle est votre fonction (IDE, Aide-soignante, ASH, AMP, Animateur...) ?

Quelle est votre ancienneté par rapport à cette fonction ?

Quelle est votre situation maritale (Célibataire, mariée, pacsé, veuve, divorcée, concubinage, union libre) ?

Annexe 4 : *Fraboni Scale of Ageism-Revisited (FSA-R)*

A côté de chaque question entouré le chiffre qui correspond au mieux à votre réponse.

0=Pas du tout d'accord	1=Pas d'accord	2=Ni en désaccord ni d'accord	3=D'accord	4=Tout à fait d'accord
------------------------	----------------	-------------------------------	------------	------------------------

1. Le suicide des adolescents est plus tragique que celui des personnes âgées.	0	1	2	3	4
2. Beaucoup de personnes âgées sont avares et amassent leur argent et leurs biens.	0	1	2	3	4
3. De nombreuses personnes âgées ne voient pas l'intérêt de se faire de nouveaux amis et préfèrent se contenter du cercle d'amis qu'ils ont depuis des années.	0	1	2	3	4
4. Beaucoup de personnes âgées ne font que vivre dans le passé.	0	1	2	3	4
5. Parfois, quand je vois des personnes âgées, j'évite de croiser leur regard.	0	1	2	3	4
6. Je n'apprécie pas que les personnes âgées engagent la conversation avec moi.	0	1	2	3	4
7. On ne peut espérer une conversation intéressante et complexe avec la plupart des personnes âgées.	0	1	2	3	4
8. Il peut paraître normal de se sentir déprimé quand on est entouré de personnes âgées.	0	1	2	3	4
9. Les personnes âgées devraient se trouver des amis de leur âge.	0	1	2	3	4
10. Les personnes âgées devraient se sentir les bienvenues dans les réunions entre jeunes.	0	1	2	3	4

Rappel :

0=Pas du tout d'accord	1=Pas d'accord	2=Ni en désaccord ni d'accord	3=D'accord	4=Tout à fait d'accord
------------------------	----------------	-------------------------------	------------	------------------------

11. Si on m'invitait, je préférerais ne pas participer à une journée porte ouverte d'un club de troisième âge.	0	1	2	3	4
12. Personnellement, je ne souhaiterais pas passer beaucoup de temps en compagnie d'une personne âgée.	0	1	2	3	4
13. Les personnes âgées n'ont pas vraiment besoin d'utiliser les installations sportives de la collectivité.	0	1	2	3	4
14. On ne devrait pas faire confiance à la plupart des personnes âgées pour s'occuper d'enfants.	0	1	2	3	4
15. Beaucoup de personnes âgées sont plus heureuses lorsqu'elles sont en compagnie de personnes de leur âge.	0	1	2	3	4
16. Il est préférable que les personnes âgées vivent là où elles ne gênent personne.	0	1	2	3	4
17. La plupart des personnes âgées sont d'agréable compagnie.	0	1	2	3	4
18. Il est triste de constater la situation difficile dans laquelle se trouvent les personnes âgées dans la société actuelle.	0	1	2	3	4
19. On devrait encourager les personnes âgées à exprimer leurs idées politiques.	0	1	2	3	4
20. La plupart des personnes âgées sont intéressantes car chacune possède sa propre identité.	0	1	2	3	4
21. Beaucoup de personnes âgées auraient une mauvaise hygiène corporelle.	0	1	2	3	4
22. La plupart des personnes âgées peuvent être agaçantes car elles racontent sans cesse les mêmes histoires.	0	1	2	3	4
23. Les personnes âgées se plaignent davantage que les autres.	0	1	2	3	4

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des données démographiques des participants selon la situation maritale et l'âge

	Age						
	Célibataire	Concubinage	Divorcé	Marié	Non renseigné	Pacsé	Séparé
Nombre de participants	5	3	3	18	1	4	2
Moyenne	22.80	29.67	53.67	46.62	23.00	34.25	53.00
Ecart-type	7.86	10.60	4.04	8.40		2.63	1.41
Minimum	16.00	20.00	49.00	28.00	23.00	32.00	52.00
Maximum	36.00	41.00	56.00	57.00	23.00	37.00	54.00

Table des matières

REPRESENTATIONS SOCIALES ET ATTITUDES DES PROFESSIONNELS DE SANTE VIS-A-VIS DU COUPLE AGE INSTITUTIONNALISE	1
INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE	2
1. Le couple des sujets âgés résidant en structure.....	2
1.1. Définitions et théories du couple en psychologie	2
1.2. Le couple vieillissant en structure	3
1.3. Relation de couple des personnes âgées et leur santé.....	7
1.4. Les facteurs facilitant et restreignant l'instauration du couple en institution	9
2. Représentations sociales et attitudes des professionnels de santé à l'égard du couple âgé institutionnalisé.....	10
2.1. Représentations sociales et attitudes : définitions et liens entretenus	10
2.2. Les représentations et attitudes en contexte gérontologique.....	13
2.3. Répercussions en termes de santé pour les personnes âgées.....	15
2.4. Représentations et attitudes des professionnels à l'égard des sujets âgés vieillissant en structure ...	17
3. Problématique et hypothèses.....	18
PARTIE EXPERIMENTALE	20
1. Méthodologie	20
1.1. Population	20
1.2. Outils	20
1.3. Procédure.....	21
1.4. Analyses statistiques.....	22
2. Résultats.....	23
2.1. Données démographiques.....	23
2.2. Analyse de corrélations entre l'âge du professionnel et les représentations sociales âgistes.....	24
2.3. Analyse de comparaison de moyennes d'aisance et d'acceptabilité face au couple âgé, entre les professionnels les moins âgistes et les plus âgistes	25
2.4. Analyse de comparaison de moyennes d'aisance et d'acceptabilité, face aux comportements sexuels des couples âgés, entre les professionnels moins âgistes et les plus âgistes	26
2.5. Analyse complémentaire de comparaison de deux moyennes issues de deux échantillons appariés ..	27
PARTIE DISCUSSION	29
1. Discussion.....	29
2. Limites et perspectives de recherche	31
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35
TABLE DES ANNEXES.....	41
ANNEXE 1 : EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE DES 7 SCENARIOS CONSTRUIT POUR LES BESOINS DE CETTE ETUDE	42
ANNEXE 2 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	43
ANNEXE 3 : RECUEIL DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES.....	45
ANNEXE 4 : FRABONI SCALE OF AGEISM-REVISITED (FSA-R)	46
ANNEXE 5 : TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS SELON LA SITUATION MARITALE ET L'AGE.....	48
TABLE DES TABLEAUX	50

Table des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des données démographiques des participants selon le genre, l'âge et l'ancienneté ..	23
Tableau 2 : Récapitulatif des données démographiques des participants selon la fonction et l'ancienneté.....	24
Tableau 3 : Matrice de corrélation entre l'âge, l'ancienneté et les représentations sociales âgistes ($n = 36$)	24
Tableau 4 : Résultats des analyses de comparaison de moyennes d'aisance et d'acceptabilité entre les professionnels moins âgistes et les plus âgistes envers le couple âgé institutionnalisé.....	26
Tableau 5 : Résultats des analyses de comparaisons de moyennes d'aisance et d'acceptabilité entre les professionnels les moins âgistes et les plus âgistes envers les comportements sexuels du couple âgé institutionnalisé	27
Tableau 6 : Résultats des analyses de comparaisons de moyennes d'aisance et d'acceptabilité des professionnels face aux comportements sexuels et face aux autres dimensions du couple âgé institutionnalisé	28

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Réunif Tibo
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **23 / 03 / 2024**



**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00