

**Vie affective, relationnelle et sexuelle des résident.e.s
en EHPAD :**

Quelle place pour le Conseil Conjugal et Familial ?

Anne TORTEL

Ecrit de fin de formation

Session de Formation 2020/2021

Planning familial de Marseille

Remerciements

Mes remerciements s'adressent aux formatrices et conseillères conjugales et familiales du Planning Familial 13, en particulier Viviane, Miléna, Aurélie et Julie, à l'EHPAD Val de Régnys de Marseille, en particulier la directrice Adjointe, la psychologue et la psychomotricienne, à Ladaycia C. formatrice au Planning Familial de Vaucluse, à Michelle C, conseillère conjugale libérale ainsi qu'à mes collègues de formation.

A Romain

« Je n'ai cessé depuis de ressentir l'urgence du désir. De penser la sensualité comme essence de la vie. Il semble qu'on aime différemment quand on vit avec cette conscience intime de la vieillesse. Je ne parle pas de la peur de la mort, et de la boulimie sexuelle liée à notre condition éphémère ; non, je parle de l'idée d'accumuler ; peut-être naïvement, un trésor de beauté pour les jours d'immobilité physique. »

David Foenkinos, Les Souvenirs, Gallimard, 2013.

Sommaire

Introduction

Partie 1 : Définir les notions clefs de santé et personne âgée dépendante

I) Notions clefs autour de la santé, du vieillissement et de la dépendance

1.1 Définition globale de la santé selon l'OMS

1.2 La personne âgée dans le contexte de perte d'autonomie

1.3 Ménopause et andropause

II) La vie affective et sexuelle en EHPAD

2.1 Exemple d'un projet mené par la résidence du Château de Louche

2.2 Le droit à la vie affective et sexuelle en Institution : que dit la Loi ?

2.3 Au-delà du cadre légal, regarder la santé affective et sexuelle sous l'angle éthique ? :

2.4 L'exemple de l'assistance sexuelle à l'étranger

Partie 2 : Les problématiques spécifiques en lien avec la santé relationnelle, affective et sexuelle en EHPAD

I) L'invisibilité, le consentement et l'intimité de la personne âgée et la sexualité en EHPAD

1.1. La notion de consentement

1.2 La notion d'intimité

1.3 La notion d'invisibilité

II) Les risques possibles impactant la santé en EHPAD :

2.1 Les infections sexuellement transmissibles

2.2 Les associations luttant contre les discriminations : l'exemple de « Greypride » et des « Audacieuses et des Audacieux »

Partie 3 : Les EHPAD, un espace de promotion de la vie affective, relationnelle et sexuelle pour le Conseil Conjugal ?

I) Rappel du référentiel de compétences et d'activités d'un/e CCF

II) Que disent les professionnels travaillant en EHPAD de la vie affective, relationnelle et sexuelle des résidents ?

2.1 Retranscription d'un entretien semi-directif

2.2 Analyse de l'entretien semi-directif

III) Le Programme pour agir du Planning Familial : Handicap et alors? Une application possible en EHPAD ?

IV) La formation « Vieillir, désirs, plaisirs » du Planning Familial de Vaucluse

V) Proposition d'une intervention auprès des professionnel.le.s en EHPAD sur le thème « Vieillissement et santé sexuelle »

Conclusion

Ressources documentaires

INTRODUCTION

La formation en Conseil Conjugal et Familial (CCF) au Planning Familial 13 me conduit à avoir un regard plus large sur la question des discriminations en général, et en particulier sur le droit d'avoir une sexualité comme liberté fondamentale de tout être humain et la capacité de chacun à pouvoir s'exprimer par ce biais en tant qu'un élément important de sa santé et de sa vie relationnelle.

Or, quand on aborde la question de la sexualité, on est rapidement pris dans des représentations qui associent sexualité et jeunesse, sexualité et performance sans oublier les notions de beauté, et de capacité à se reproduire. Les personnes concernées seraient jeunes, si possible belles (en particulier quand il s'agit des femmes) et sexuellement actives.

Ainsi, il semble que la sexualité n'aurait qu'un temps dans la vie, celui qui correspond à l'image que l'on se fait d'y avoir plus ou moins droit, soit un temps limité et autorisé mais pas vraiment au-delà. Dès lors, penser la sexualité du côté de la personne âgée, qui plus est dépendante, si l'on pense aux personnes vivant en EHPAD (Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes), amène des opinions réticentes voire discriminantes. La vision de la société sur cette question demeure sujette à débat ou se trouve fréquemment invisibilisée, reléguée au plan des questions superflues et taboues.

De fait, je me suis interrogée sur le type de discriminations à l'œuvre dans ce domaine, notamment l'âgisme, l'hétéro normativité ainsi que le droit à une vie intime en EHPAD. Nous verrons que ces représentations que l'on peut considérer comme disqualifiantes de la personne âgée prennent racine dans nos cultures occidentales (même si la personne âgée est davantage valorisée dans d'autres cultures) et expliquent en partie pourquoi sexualité et vieillesse nous semblent en opposition.

Néanmoins, en tentant de regarder la sexualité sous un autre angle, c'est-à-dire une sexualité plus relationnelle que « mécanique » ainsi qu'en ouvrant les yeux sur une réalité qui concerne les personnes âgées, il devient difficile d'ignorer cette question et il est même important à mon sens de lui faire une place.

Au-delà des aspects médicaux et soignants qui traitent des dysfonctionnements de la vie sexuelle des individus, je fais l'hypothèse que la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées, notamment, celles résidant en EHPAD, devrait faire l'objet d'une attention particulière, de propositions de conseil en direction des personnes intéressées qui, malgré leur vulnérabilité pour certaines, ont toujours besoin de nourrir leur vie affective et sexuelle. En effet, même si dans les esprits, la fin de vie « plane » souvent dans les couloirs des EHPAD, « un individu est vivant jusqu'à sa mort » (Paul Ricoeur).

Ainsi, j'essaierai de réfléchir à la place que peut avoir un.e CCF intervenant en EHPAD dans une optique de promotion de la vie affective, relationnelle et sexuelle, à la fois comme discours posé pour lutter contre les discriminations évoquées et éventuellement pour penser une éducation à la sexualité des personnes âgées.

[Santé affective, relationnelle et sexuelle des personnes résidant en EHPAD : quelle place pour le Conseil Conjugal et familial ?](#)

Cette question soulève deux problématiques majeures, celle de s'interroger sur une vie affective, relationnelle et sexuelle en EHPAD et celle de questionner une éventuelle place du Conseil Conjugal et Familial dans ce cadre. Il existe donc une problématique autour d'une question liée à des représentations qui vient rencontrer celle de la place d'un.e CCF en EHPAD. Deux problématiques probablement en une puisqu'il n'existe a priori pas de CCF en EHPAD. Ces deux notions, l'une qui parle de notre société et de ses normes, l'autre qui se place sur le plan d'une mission dans ce domaine sont intimement nouées, l'une étant sans doute la conséquence de l'autre.

Ces deux problématiques sous-tendent de se demander dans quelle mesure les résidents en EHPAD développent ou non l'axe de leur vie relationnelle, affective et sexuelle et si oui, comment. Cela amène à poser la question du regard de la société sur ces questions, des réticences qu'elle suscite puisque la sexualité et le vieillissement sont deux notions gênantes voire taboues à elles-seules. La combinaison des deux notions que sont le grand âge et la sexualité paraît rendre le regard posé sur elles encore plus jugeant.

Le cadre de vie EHPAD permet peut-être de tenter de répondre à ces questions dans la mesure où les personnes sont réunies au sein d'un même lieu de vie, en collectivité et que l'encadrement soignant peut-être aussi un moyen de questionner les professionnels qui sont au cœur du quotidien des résidents.

L'idée sera donc de développer les notions de vieillissement dans ses dimensions variées ainsi que de définir ce que veut dire vie affective, relationnelle et sexuelle de ces personnes âgées.

Le pont avec la deuxième problématique, celle de la place éventuelle du Conseil Conjugal et Familial en EHPAD pourrait être abordé à partir de la santé. Il me semble plus pertinent de m'interroger sur un possible cadre de travail en CCF me situant sur le plan de la santé affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées. En effet, la santé revêt des aspects vastes et variés, qui dépassent l'aspect somatique et physiologique et permet de réunir à elle seule les dimensions relationnelles, affectives et sexuelles.

Dans une première partie, je me propose de définir des termes clefs que sont la santé sexuelle et la personne âgée. Je m'arrêterai sur la notion de vieillissement du corps et du regard de la société sur celui-ci, en particulier le regard de la société sur le vieillissement des femmes âgées. J'évoquerai également la partie physiologique concernant le corps vieillissant ainsi que le constat de la forte médicalisation dans ce domaine.

Un bref état des lieux de la vie affective et sexuelle en EHPAD sera abordé pour avoir une idée des quelques expériences et études menées sur ce sujet y compris à l'étranger. Ce sera l'occasion de réfléchir à des notions telles que l'intimité, le droit et le tabou autour de cette problématique. De fait, il me semble utile de faire un détour sur la manière dont l'Institution, l'EHPAD considère cette question. En effet, le cadre légal nous donne un éclairage succinct mais peut-être insuffisant pour faire face aux différentes problématiques rencontrées autour de ces questions. Une réflexion orientée sur la santé et les droits sexuels sous l'angle éthique pourrait permettre d'avancer dans la réflexion.

La deuxième partie de cet écrit, au vu de cette exploration précédente aura comme objectif de s'interroger sur les différents aspects liés à la santé affective, relationnelle et sexuelle des résidents en EHPAD, comme celle du consentement, de la rencontre avec l'autre, des risques en lien avec les infections sexuellement transmissibles, c'est-à-dire des problématiques que l'on peut rencontrer dans les EHPAD et qui peuvent avoir un impact sur l'expression d'une vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées. Ces problématiques à mon sens sont d'ordre varié. Elles concernent le droit (consentement, intimité, vie privée), la santé (troubles cognitifs, dépendance, facteurs de risques tels que les IST) et l'éthique (liberté des personnes âgées d'avoir une vie affective, relationnelle et sexuelle en institution).

Ce sera alors l'occasion, dans la troisième partie de cet écrit, de réfléchir plus concrètement au travail d'un.e CCF en EHPAD en m'interrogeant sur quelques pistes de projet possibles,

- Présentation d'un exemple de projet de développement de vie affective, relationnelle et sexuelle mené en 2018 dans une résidence de région parisienne, le Château de Louche à Annet sur Marne
- Proposition d'un entretien semi-directif auprès de deux professionnelles d'un EHPAD, Val de Régný à Marseille sur la question de la vie affective, relationnelle et sexuelle des résidents. L'idée est de recueillir le regard des professionnels sur ce sujet.

Au terme de ces éléments issus de cette enquête de terrain à « géométrie variable », je tenterai de répondre en conclusion à la question :

[Quelle place pour le Conseil Conjugal et Familial en EHPAD ?](#)



Partie 1 Définir les notions clefs de santé et personne âgée dépendante

I) Notions clefs autour de la santé, du vieillissement et de la dépendance

Pour introduire cette première partie, voici un bref aperçu de ce que l'on appelle le vieillissement selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers :

« Le vieillissement est un « processus physiologique, psychologique, social, que subit normalement tout organisme vivant dans la dernière période de sa vie. Il se manifeste par une diminution de la fonction de chaque organe et des grandes fonctions corporelles, selon des rythmes propres à chaque personne. C'est un processus dynamique qui intègre les notions de vie et de temporalité, et donc la problématique de la mort et le repli narcissique». ¹

L'OMS définit l'âge mûr à partir de 65 ans. Cette période de vie est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie, les facteurs économiques (catégorie socioprofessionnelle), sociaux (isolement), psychologiques (faire le deuil d'un conjoint), neurologiques (perte de la mémoire). »

Concernant le « bien vieillir » voici ce qu'écrit Simone de Beauvoir dans son roman « La vieillesse » :

« Il existe une plasticité existentielle du sujet âgé, particulièrement attestée chez les femmes, qui se traduit notamment par le maintien ou la réactivation d'activités artistiques ou réflexives comme la pratique de la littérature. Il y a bien aussi une façon de vieillir en œuvres, parallèle à la façon dont elles nous renvoient aux représentations du sujet humain transformé par le temps. » ²

1.1 La santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé:

En 1946, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition pose donc la santé non pas uniquement comme un bon état de fonctionnement physiologique mais aussi comme un état de bien-être, d'une forme de plénitude qui touche les sphères de la vie relationnelle d'un individu.

¹ Christine Paillard, Cours IFSI, Que faut-il savoir sur le vieillissement ?

² Simone de Beauvoir, La Vieillesse

Cette approche va permettre de réfléchir à la santé comme un bien et un droit pour tous, une qualité de vie optimale et ne se focalise pas uniquement sur l'aspect mécanique du corps humain dont l'on pourrait réparer les défaillances et dysfonctionnements.

La santé sexuelle :

La définition de la santé sexuelle par l'OMS apparue plus tardivement, en 1975, recoupe cette conception en y ajoutant « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personne humaine de la communication et de l'amour. »

Cette définition est bien plus riche car elle reconnaît des dimensions affectives et intellectuelles à la sexualité reconnue comme un moyen pour s'épanouir, pour communiquer et aimer. C'est dire si la santé sexuelle est éminemment relationnelle et donc fondamentale pour une personne. Elle revêt également l'intégration d'aspects romantiques et émotionnels sur lesquels j'aurais l'occasion de revenir.

En 2000, l'OMS complétera cette définition en l'enrichissant encore de notions sur lesquelles je m'appuierai pour développer le cheminement de ma pensée dans cet écrit. La santé sexuelle est donc « l'expérience de bien-être physique, psychologique et socioculturel relatif à la sexualité. La santé sexuelle est naturellement dans l'expression libre et responsable de ses capacités sexuelles encouragent le bien-être personnel et social et enrichissant la vie individuelle et sociale... pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, il est nécessaire que les droits sexuels de chacun soient reconnus et maintenus... »

On apprend de cette définition que la santé sexuelle comprend des aspects culturels, qu'elle est donc sujette à variations selon les lieux, les individus et les époques et qu'elle est donc une construction sociale, ce qui permet déjà de se dire que nous avons des représentations par rapport à la sexualité et que comme toute représentation, il est possible et même souhaitable d'y réfléchir, voire de les déconstruire... La notion même d'expression laisse la place à la créativité de chacun.e, à la sexualité qui lui convient (dans la limite de la loi) mais également à la notion de droit à la santé sexuelle qui pourrait sembler anecdotique mais qui fait bien l'objet de droits qui doivent être reconnus et maintenus.

La santé sexuelle est par ailleurs « pertinente tout au long de la durée de vie de l'individu... à la fois les jeunes et les personnes âgées. »³. Le rapport du Haut Conseil en Santé Publique en 2016 va dans ce sens en soulignant l'importance de l'éducation à la sexualité à tous les âges dans un cadre de d'égalité, d'estime de soi et de respect des autres. Dans la même idée, l'OMS ajoute encore un point pour évoquer la « saine sexualité ». Il s'agit du « droit à l'information sexuelle, de considérer la sexualité aussi bien pour le plaisir que la procréation. » Cette précision nous amènera par la suite à aborder le concept d'éducation sexuelle.

Cependant, dans le contexte et les enjeux de la sexualité humaine du XXI^{ème} siècle, « une des peurs face aux perspectives en santé sexuelle, c'est la sexualité des séniors ».⁴

1.2 La personne âgée en perte d'autonomie

Comment maintenant imaginer une personne âgée, souvent très âgée, la moyenne d'âge étant de 84 ans en EHPAD, ayant une vie affective ou sexuelle ?

Un personne résidente en EHPAD est souvent « placée » en Institution, non pas de son plein gré mais parce que des circonstances familiales ou de santé l'y oblige. Beaucoup de résidents souffrent de troubles cognitifs, nécessitent des aides pour les actes de leur vie quotidienne et font l'objet de soin répétés. C'est à dire qu'entre la dégradation probable de certaines facultés physiques ou psychiques pour certains, et l'institution qui sécurise mais renforce la passivité et réduit le libre-arbitre, il semblerait que la dépendance ne fait que s'accroître. Cette perte d'autonomie, d'ailleurs évaluée objectivement grâce à une grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) semble a priori en contradiction avec l'idée d'un possible « agir » et donc d'une sexualité. Dépendance, fragilité, vulnérabilité ne riment pas avec une vie sexuelle en EHPAD. Or, si l'on ne peut nier que la sexualité peut être plus difficile avec l'âge puisqu'elle met dans une certaine mesure les capacités du corps en jeu, on ne peut pas nier que nos représentations de la sexualité comme étant réservée à la jeunesse n'aident pas à franchir le cap de nos stéréotypes. Il existe une sorte d'équation simple, voire simpliste qui associe beauté, jeunesse et indépendance à la sexualité et même au droit de l'exprimer. A contrario, un corps vieillissant donc potentiellement déficient, laid, voire repoussant qui voudrait exprimer sa sexualité se heurte à l'incompréhension, à la dérision et même au dégoût.

³ Mooc 1, Santé sexuelle et droits humains, Contextes et enjeux de la sexualité humaine pour le XXI^{ème} siècle, p.24

⁴ Mooc 1, Contextes et enjeux de la sexualité humaine pour le XXI^{ème} siècle, p.43

Ainsi, la dépendance et la vulnérabilité conjointe supposée systématique marque l'acceptation aux yeux de chacun de la perte d'autonomie et donc de la capacité d'agir et vient donc légitimer la fin de la sexualité. Dans ce contexte, un travail dans le champ du Conseil Conjugal et Familial de prise de conscience des représentations voire des discriminations semblerait être une des réponses possibles.

Dès lors, comment penser vieillesse et santé sexuelle ? Quel est le regard sur la vieillesse et le corps vieillissant ?

Commençons par faire un bref détour anthropologique. Dans son mémoire de recherche de Master 1, intitulé, « Vieillesse et sexualité », Chloé Vallée, anthropologue, explique quels sont les fondements du regard négatif sur la personne âgée dans la société occidentale en prenant soin de distinguer les représentations de la vieillesse masculine et féminine. Dans les deux cas, la vieillesse est péjorative même si elle est encore plus préjudiciable pour les femmes. Dans le monde judéo-chrétien, la jeune femme évoque dans la Bible la mère tandis que la vieille femme qui ne peut plus procréer prend l'image négative de la veuve, éventuellement lubrique et amène dans l'imaginaire collectif des personnages transgressifs et redoutés comme la sorcière ou l'ogresse qui terrorisent les enfants.

Le vieil homme lui, ne se voyant pas vieux et décati, se rend rapidement ridicule et devient lui aussi lubrique, essayant de séduire des femmes plus jeunes grâce à son argent ou son statut social. Les exemples littéraires et artistiques sont nombreux pour mettre en lumière cette vieillesse risible et menaçante. Pour la vieille comme pour le vieux, c'est la laideur qui les caractérise. A contrario, la jeunesse s'associe naturellement à la beauté. La pression sociale est encore plus forte du côté des femmes, qui se doivent de rester jeune. La vieillesse chez la femme est en quelque sorte une « faute de goût ». Cette vieillesse dérange et cette injonction à ne pas vieillir, cet âgisme est bien intériorisé par les personnes âgées elles-mêmes, surtout chez les femmes encore une fois. Elles finissent quelquefois par se retirer du devant de la scène, s'excluent elles-mêmes tout en essayant de conserver le difficile équilibre entre rester jeune mais pas trop pour ne pas paraître ridicules et se faire passer pour qui elles ne sont plus. Dans le fond, que nous montre la vieillesse au loin ? Pourquoi fait-elle si peur ? Pourquoi la vieillesse est toujours celle de l'autre et pas la nôtre ?

Parce que dans nos esprits, au bout de la vieillesse, il y a bien entendu la mort. Avec la sexualité, le deuxième grand tabou de notre société. L'amour érotique et la mort, le fameux Eros et Thanatos de la pensée grecque.

Dans les esprits, la sexualité se tourne vers la vie, est pulsion de vie, donc si une personne âgée se tourne vers la sexualité, elle réalise une forme de transgression. Elle est censée regarder vers la mort et non vers la vie. L'érotisme s'associe à la vitalité, mais non à la vieillesse à la mort. Dès lors, une sexualité convenable pour les aîné.es peut être faite de tendresse mais pas de plaisir charnel. Par ailleurs, le grand âge ne va pas de pair avec l'autonomie et l'indépendance, et donc ne rime pas avec sexualité. On constate de plus que dans les établissements gériatriques, la focalisation est faite sur le corps (toilette, soins), corps que le sujet âgé souvent rejette lui-même. Chloé Vallée parle de « mort sociale » et montre que la « dysmétrie relationnelle » entraîne une auto-dévalorisation.

Le maintien de l'autonomie est d'ailleurs au cœur de certaines luttes féministes pour proposer une auto définition de la vieillesse selon une logique féministe. (Rose-Marie Lagrave, sociologue française, spécialisée dans les questions de genre). L'idée est la préservation du choix de l'identité individuelle et de « ré enchanter la vieillesse » pour contrer l'idée de perte de rôle social des personnes âgées et leur sentiment souvent répandu d'inutilité. Il est avancé que ce qui dévalorise entre autres la vieillesse dans nos sociétés, est la valeur que l'on donne à la productivité et au profit. En EHPAD, s'y ajoute fréquemment un regard infantilisant sur la vie affective et sexuelle des résidents, forme de « dé-sexuation » des aîné.e.s.

Qu'en est-il de la vieillesse du côté de la physiologie et de la médecine ?

1.3 Ménopause et andropause

Dans son article intitulé, « Andropause et ménopause : la sexualité sur ordonnance », Véronique Moulinié nous explique que la ménopause est « apparue » entre 1810 et 1820 et l'andropause en 1940. La ménopause, qui est une construction sociale sujette aux représentations sociales et injonctions culturelles, de façon explicite, devient peu ou prou, une « maladie » de la femme qu'il faut, en toute logique, soigner. Cela signifie qu'entre le XIXe siècle et le XXe, la Faculté de Médecine prend le contrôle du corps et de la sexualité des hommes et des femmes vieillissants bien qu'il existe une nuance, une forme de silence sur l'andropause.

Cette « invention » de la ménopause et de l'andropause, phénomènes fortement médicalisés, aurait imposé une « mort de la sexualité ». En effet, ils marquent du fait de modifications physiologiques une forme de seuil qui indique la fin d'une vie sexuelle sans soucis.

La médecine se propose alors d'y remédier pour prolonger la vie sexuelle ou réduire les désagréments éventuels de ces phénomènes.

Il existe par ailleurs de vieilles pratiques sociales qui légitiment aussi cette position médicale. Par exemple, une mère des siècles derniers ne pouvait plus avoir de vie sexuelle quand sa propre fille devenait mère. Pour éviter la honte d'une grossesse, la mère devenait abstinentes sexuellement. On peut comprendre que pour certaines femmes, l'hystérectomie ou « totale » ait pu être un véritable soulagement pour éviter ces grossesses honteuses. Dans les mentalités de cette époque, l'arrêt de la procréation va avec l'arrêt de la sexualité si l'opération n'est pas pratiquée. Le discours sur le corps vieillissant a heureusement évolué mais même la sexualité des « jeunes » quinquagénaires et sexagénaires n'est pas aussi libre qu'on l'imagine. Pour preuve, la proposition massive de traitements à base d'hormones (traitement hormonaux de substitution pour les femmes par exemple), femmes qui doivent en plus de se surveiller, aussi prendre en main la santé de leurs hommes puisqu'il existe du côté des hommes, une forme de déni ou de silence face au phénomène de l'andropause. Ils laissent donc souvent le soin à leur compagne de prendre rendez-vous chez le médecin quand quelque chose de va pas. La santé et le « care » relève par ailleurs, dans les représentations, davantage traditionnellement des compétences féminines. La femme est vue comme prenant naturellement soin de la famille. On peut ainsi naturellement faire un lien avec les différents attendus des rapports sociaux entre les sexes et de la charge mentale pour les femmes.

Georges Debled, romancier et urologue évoque dans son livre « Au-delà de cette limite, votre ticket est toujours valable », (allusion au roman de Romain Gary, « Au-delà de cette limite, votre ticket n'est plus valable »), les troubles et dysfonctionnements de la sexualité masculine (notamment les troubles de l'érection) et pose la médecine comme réponse à ces troubles.

La sexualité peut donc se poursuivre mais à la condition d'une surveillance médicale.

Ainsi, pour pouvoir encore aimer à un certain âge, il faut s'entretenir et la médecine contrôle encore tout. De plus, comme on l'a déjà évoqué, la sexualité des très âgés n'est pas censée exister, pour preuve, l'analyse des comportements sexuels en France réalisée en 1992⁵ s'arrête à l'âge de 69 ans. Il y aurait donc à la fois une norme et une échéance à respecter.

⁵ ACSF, Nathalie Bajos, Alfred Spira, Sciences Sociales et Santé, 1991

Aujourd'hui, l'andropause appelée aussi « déficit androgénique lié à l'âge » définit des symptômes que connaissent les hommes comme les fluctuations d'hormones sexuelles entraînant des troubles divers (perte de masse musculaire, changements d'humeur, impuissance) qui ne sont pas vraiment encore pris en compte même dans les rangs de l'endocrinologie et la gériatrie. On touche sans doute ici à quelque chose de culturel, les variations physiologiques et psychiques seraient une particularité féminine puisque le corps de la femme est sujet lui-même à des variations du fait du cycle menstruel. La médecine propose aux hommes des traitements à base de testostérone, de DHEA (DéHydroEpiAndrostérone), de mélatonine et d'hormones de croissance qui ne font peut-être que renforcer le sentiment d'obligation d'un suivi médical, comme pour les femmes, en raison des possibles effets secondaires de ces traitements. Parmi ces traitements prescrits, un célèbre médicament contenant du sildénafil a pour but de favoriser l'érection et éviter la panne sexuelle.

On peut s'interroger sur l'importance que revêt cette notion de puissance sexuelle, sans doute phallo-centrée, mettant en avant l'acte sexuel comme nécessairement performant et pénétratif. Mais est-ce que la sexualité devrait être forcément performante et pénétrative ?

La sexualité est-elle une simple mécanique des corps qui fonctionnent ou peut-elle aussi s'envisager sous d'autres formes qui laisseraient moins de contraintes et plus de liberté aux individus ? La sexualité n'est-elle pas, même si on ne peut pas minimiser la participation et la capacité du corps, une activité relationnelle ? Je reviendrai par la suite sur l'importance que je trouve à la dimension relationnelle dans la sexualité.



II) La vie affective et sexuelle en EHPAD

2.1 Exemple d'un projet mené par un EHPAD le Château de Louche

Le Ministère des solidarités et de la santé dénombre quatre objectifs en matière de vie affective et sexuelle en EHPAD :

- . Respecter et prendre en compte les désirs des personnes âgées dans une démarche éthique et déontologique
- . Promouvoir la démarche de prise en compte du désir chez le sujet âgé vieillissant
- . Faire de l'environnement institutionnel un lieu d'épanouissement personnel et de la vie affective
- . Démocratiser la notion de sexualité

Ces quatre objectifs mettent en avant des notions fondamentales qui correspondent à mon sens à l'idée d'une sexualité dans sa dimension relationnelle et accessible. Elle prend en compte le désir et les désirs des personnes âgées, actrices de leur vie affective et sexuelle, l'attention et l'écoute que l'on doit avoir de ces désirs sur une base éthique, permettre que la vie affective et sexuelle puisse s'exprimer en Institution et enfin que la notion de sexualité s'ouvre et ne demeure pas le seul « pré carré » de ceux qui y auraient droit.

Un EHPAD du département de la Seine et Marne, la résidence du Château de Louche situé à Annet sur Marne s'est proposé comme porteur de ce projet initié en 2017 et réalisé en 2018. Tout d'abord, l'âge moyen des résidents en EHPAD était de 84 ans, il s'agissait donc de personnes ayant vécu leur jeunesse avant 1968. Les prochains résidents des EHPAD auront, eux, vécu plus largement mai 1968. Les baby-boomers n'auront sûrement pas la même vision des choses ni le même vécu en ce qui concerne le domaine de la vie affective et sexuelle comme le précise cette analyse. Aujourd'hui, seuls 8% des résidents déclarent avoir une vie sexuelle. Il est probable que ce soit davantage mais il existe une autocensure des personnes âgées sur ces questions. Le constat qui a été fait est que les résidents sont reconnus dans leurs besoins mais pas dans leur besoins éventuellement sexuels. Pourtant, l'EHPAD étant leur lieu de vie, ils doivent naturellement avoir envie d'avoir leur sexualité mais l'Institution a du mal à reconnaître des besoins qui ne s'intègrent pas dans la collectivité. L'objectif est donc de permettre que chaque résident puisse avoir sa propre vie affective et sexuelle, qu'elle soit reconnue sans être un tabou par les professionnel.le.s, qui, à la faveur de cet objectif pourront s'engager dans une réflexion sur ce sujet.

Le premier point de ce projet est de s'engager dans une démarche éthique et déontologique, c'est-à-dire respecter le droit des personnes âgées à avoir une vie affective et sexuelle : droit de recevoir son compagnon ou sa compagne dans sa chambre, accès à l'intimité dans une chambre avec un lit double, formalisation de ce droit dans une charte de séjour.

Le deuxième point, développer le thème de la sexualité des personnes âgées dans un PAP (Projet d'Accompagnement personnalisé) et permettre l'utilisation d'une pancarte à l'entrée de la chambre « ne pas déranger ».

Le troisième point est de laisser s'épanouir la vie affective et sexuelle de chacun qu'il soit en couple ou non et notamment laisser des couples se former au sein de l'EHPAD.

Le quatrième point de ce projet est le suivant : « former/informer le personnel, informer les proches de ces actions tout en respectant le désir et l'intimité du parent. Interventions d'associations spécialisées sur la sexualité. »

L'ensemble de ce projet qui passe par une réflexion éthique et déontologique propose des aménagements concrets qui prennent en compte les besoins des résidents, de fait ces besoins sont réellement reconnus. La notion d'information et de formation large (familles, proches, interventions extérieures) montre que le projet de l'EHPAD du Château de Louche s'inscrit dans une dimension de réflexion qui engage un débat pour tous les acteurs, ce qui me semble très intéressant dans une démarche de promotion du droit à une sexualité et à une intimité en institution.

2.2 Le droit à la vie affective et sexuelle en Institution : que la Loi ?

Quand on pose cette question, il est implicitement question de handicap. En effet, une des conséquences du vieillissement peut-être le handicap (notamment lié à la perte d'autonomie). C'est la raison pour laquelle, on peut s'appuyer sur la loi du 11 février 2005, loi pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui considère la sexualité comme un droit de tout individu.

L'article 1 alinéa 9 du Code Civil fait de son côté référence au droit à la vie privée des personnes handicapées : « Chacun a droit au respect de sa vie privée. » Selon Gérard Cornu, juriste et professeur de Droit, la vie privée est « la sphère d'intimité de chacun ; par opposition à la vie publique, ce qui, dans la vie de chacun, ne regarde que lui et ses intimes : vie familiale ; conjugale, sentimentale, loisirs, etc. »

Par ailleurs, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale renforce cette idée pour les personnes accompagnées dans le cadre d'un établissement social ou médico-social, donc pour les personnes résidant en institution. La loi du 11 février 2005 précédemment citée, a encore renforcé cette idée pour lutter contre les discriminations.

De même, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV), mise en œuvre en septembre 2016, intègre aussi clairement ces droits dans son article 27: « Les maisons de retraite médicalisées [...] sont, à la fois, des lieux de soins et de vie. [Ils] doivent être conçus de manière à mieux intégrer les souhaits de vie privée des résidents, leur intimité et leur vie sexuelle. »⁶

Au niveau européen, l'article 14 de la Convention européenne des Droits de l'Homme de 1950 part du principe que tout individu a une sexualité mais il faut préciser qu'en matière de sexualité, il n'y a pas à proprement parler de « droit à » mais plutôt une liberté. L'État n'a donc pas une obligation à ce sujet. Il est important de prendre en compte cette différence entre droit et liberté qui n'ont pas les mêmes conséquences juridiques.

Enfin, il existe une Charte de la personne âgée dépendante qui précise dans son article 4 que « une personne âgée doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime ».

Nous verrons par la suite que si cela était le cas, c'est-à-dire, que le droit à la sexualité relevait d'une obligation de l'Etat, notamment en France, cela mettrait en avant un enjeu de légalisation de ce que l'on appelle l'assistance sexuelle. Le débat soulève toujours de vives polémiques selon comment on se positionne autour de questions de sexualité des personnes âgées et/ou handicapées en terme d'épanouissement et de bien-être ou bien d'actes qui ont à voir avec des actes sexuels tarifés et donc, auraient trait à de la prostitution.

2.3 Aborder la vie affective et sexuelle des personnes âgées sous l'angle éthique ?

Au vu de ce que soulève la sexualité des plus âgés en terme de liberté plus que de droit à proprement parler, il me semble intéressant de penser ces enjeux éthiquement. Voici une définition de l'éthique qui montre la différence entre la loi et les valeurs morales :

⁶ <https://www.ascelliance-retraite.fr/fr/placement-maison-retraite/sexe-ehpad-senior.html>

« L'éthique regroupe un ensemble de règles qui se différencient et complètent les règles juridiques. Parce qu'elles intègrent le motif, le mobile des activités humaines et trouvent leur fondement dans l'intériorité de l'être, les règles éthiques ont un champ d'action différent de celui des règles juridiques : un acte pourra être légal mais non conforme à l'éthique (par exemple l'achat d'un objet fabriqué par un esclave) ; un acte pourra être illégal mais conforme à l'éthique (par exemple l'assistance à un réfugié politique). »⁷

Ainsi, appliqué à ce questionnement, on pourrait estimer que les textes de droit devraient être complétés par une réflexion éthique car elle intègre des valeurs qui fondent une société.

De fait, pour réfléchir aux questions de droit et de droit et de liberté, de ce que l'on définit comme quelque chose qui est en lien avec l'Être et le Bien, l'on est un peu obligé de faire un détour par une réflexion sur les valeurs, lesquelles font partie du champ philosophique. Sans aller plus loin dans ce petit pas de côté, il me semblait utile de noter que les deux problématiques qui m'intéressent rejoignent un champ qui n'est pas visible au premier regard mais qui a sans doute une importance dans ce questionnement.

2.4 L'assistance sexuelle

La question de l'assistance sexuelle est sans doute à propos quant à cette réflexion. L'assistance sexuelle, que l'on peut définir comme « l'activité qui consiste à accompagner le plaisir sensuel, érotique ou sexuel des personnes en situation de handicap qui en font la demande. » pourrait concerner les personnes âgées résidant en EHPAD dans la mesure où le handicap peut-être une conséquence du vieillissement. Si on la considère comme légitime parce qu'elle apporte du bien-être et concourt à une meilleure santé, elle pourrait trouver sa place. Le problème est qu'elle est légalement interdite en France car considérée comme une activité prostitutionnelle. D'ailleurs l'assistance sexuelle a souvent été dénoncée par les féministes abolitionnistes en ce qu'elle est une forme de marchandisation du corps humain.

Selon Jean-Baptiste Thierry, Directeur de l'institut d'études judiciaires de Lorraine, « il est tout autant question de savoir si l'absence d'assistance sexuelle dans un cadre large est une atteinte juridique à l'égalité que de déterminer si l'assistance sexuelle peut être créée en droit français. »⁸

⁷ L'Éthique, Wikipédia, l'Encyclopédie libre

⁸ Jean-Baptiste Thierry, appréhension juridique de la sexualité de personnes handicapées, in Sexualité,

L'auteur nous rappelle à juste titre que « si les mobiles diffèrent, les pratiques sont formellement identiques et entrent dans la qualification juridique de prostitution.»⁹ Encore une fois, on mesure l'intérêt de réfléchir éthiquement à cette question !

Marcel Nuss, essayiste et spécialiste de la sexualité des personnes handicapées, lui-même handicapé, lutte pour faire reconnaître ce droit aux personnes qui en font la demande. Le combat est loin d'être gagné et il a finalement renoncé en 2015 à la présidence de l'APPAS (Association pour la Promotion de l'Accompagnement Sexuel). Les choses ont quand même avancé et il existe maintenant des formations en lien avec l'activité d'assistant sexuel et de plus en plus d'établissements sollicitent des « mises en relation » entre ces assistants et les personnes demandeuses. Il n'en reste pas moins que Marcel Nuss reste pour ses détracteurs « le proxénète bienveillant ».¹⁰

Au vu de ce débat, on pourra se dire également que l'assistance sexuelle n'est peut-être pas l'unique réponse à la question du besoin et du désir de sexualité des personnes handicapées et/ou âgées, que formuler cette proposition comme réponse unique revient aussi à marginaliser ces personnes et que légiférer est une fois de plus insuffisant pour traiter toutes les dimensions d'un problème.

On ne peut que constater la complexité du débat, d'autant que tous les pays n'ont pas la même législation à ce sujet. Certains ont fait d'autres choix, notamment la Suisse, l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas qui autorisent l'assistance sexuelle :

*« L'assistance sexuelle consiste en une prestation érotique ou sexuelle auprès d'une personne en situation de handicap », selon une étude menée par le centre de ressources Handicaps et Sexualités. Le Comité de bioéthique parle aussi d'« accompagnement pratique à la sexualité [...] qui a pour but de développer, à travers des expériences concrètes, les compétences physiques (relaxation, toucher, masturbation, pénétration, etc.) et mentales (émotionnelles, affectives, imaginatives, etc.) favorisant, au-delà de la simple réalisation du plaisir génital, l'épanouissement sexuel au sens large ».*¹¹

handicaps et vieillissement p.146

⁹ Idem, p.147

¹⁰ Marcel Nuss, Président de l'APPAS : en toute illégalité, l'accompagnement sexuel et l'hypocrisie française, France handicap Info, Pétition et tribune libre, 13/09/2016

¹¹ [https:// www.alterechos.be/assistance-sexuelle-les-ebats-mettent-en-emoi/](https://www.alterechos.be/assistance-sexuelle-les-ebats-mettent-en-emoi/)

Pour exemple, l'association Aditi en Belgique propose un accompagnement sexuel aux personnes handicapées et des formations aux professionnels. Pascale Van Ransbeeck, conseillère conjugale et familiale, et coordinatrice de l'Aditi dont elle a créé la branche francophone en 2014 en Wallonie et à Bruxelles reçoit des subventions du Ministère de l'Action Sociale, de la Santé et de l'égalité des Chances. En Belgique, cependant, l'assistance sexuelle est pratiquée mais non autorisée. Seuls les Pays-Bas, l'Allemagne et le Danemark l'autorisent, comme la prostitution.

Pour ne pas perdre le fil de cette réflexion, il est intéressant de préciser qu'il existe des accompagnements sexuels en EHPAD, précisément en Suisse romande.¹²



¹² <https://www.ascelliance-retraite.fr/fr/placement-maison-retraite/sexe-ehpad-senior.html>

Partie 2 Les problématiques spécifiques en lien avec la santé relationnelle, affective et sexuelle en EHPAD

I) L'invisibilité, le consentement et l'intimité de la personne âgée et la sexualité en EHPAD

1.1 La notion de consentement

Il semble important pour aborder la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées en EHPAD de relever les aspects spécifiques liés à la vie en Institution. Comme on l'a vu précédemment, des textes de loi prévoient de garantir des droits et libertés aux résident.e.s. Parmi ceux-ci, la notion de consentement et d'intimité sont essentielles. Le consentement sexuel, qui concerne tout un chacun et pas uniquement des personnes considérées comme vulnérables (personnes handicapées, personnes âgées, mineur.e.s) représente le droit d'accepter ou refuser des relations sexuelles et de pouvoir l'exercer librement. Il s'agit donc « d'être d'accord » et de réaliser un projet (sexuel ou non) sans contrainte ni violence.

Néanmoins, si la loi est claire sur cette définition, il est plus compliqué de savoir s'il s'agit ou non de consentement dans la vie réelle . Denis Vaginay, docteur en psychologie travaillant en Institution (en particulier en Institut Médico-Educatif), met en lumière cette difficulté : « Le temps de la relation sexuelle qui, si souvent, résulte d'un entraînement de l'un par l'autre, n'est-il pas plutôt une espèce d'accordage, d'ajustements progressifs et continus, que le fruit d'un consentement ?»¹³

On comprend par-là que la délimitation d'un consentement ou non-consentement clairs dans la réalité n'est pas une évidence. De fait, dans les institutions gériatriques, le personnel a plutôt tendance à freiner celui qui lui semblerait abuser d'une personne, insisterait pour avoir ses faveurs avec, à l'esprit, qu'il faut protéger la personne âgée vulnérable, surtout s'il s'agit d'un homme âgé poursuivant une résidente de « ses assiduités ». Or, dans ce cas, il semblerait important de ne pas « sanctionner » immédiatement ce comportement mais plutôt d'aller interroger la personne concernée sur ce qu'elle en pense et ce qu'elle souhaite.

¹³ Denis Vaginay, Sexualité et handicap mental : lois, majorité et consentement in Sexualité, handicaps et vieillissement p.172.

La réponse donnée par l'Institution est peut-être trop rapide et partielle dans la mesure où il est plus simple d'uniformiser les comportements, de mettre en avant la protection et la sécurité de personnes qui peuvent de plus, souffrir de troubles cognitifs pouvant effectivement mettre à mal leur libre-arbitre. Il faut aussi penser à d'éventuelles réclamations des familles à ce sujet, qui ne voient pas toujours d'un bon œil ce type de situations pour leurs parents. Ainsi, pour les personnels, il s'agit de réfléchir à ses propres représentations, à ses croyances afin de protéger les personnes sans restreindre pour autant leurs libertés individuelles. Cela n'est pas envisageable sans un travail de réflexion en équipe.

Dans « l'amour à l'EHPAD », une infirmière de l'EHPAD la Seigneurie à Pantin en Seine-Saint-Denis, dit : « Aller au rythme de leurs désirs, de leurs envies et au rythme de nos équipes. Il faut que la parole circule, ce qui prévaut, s'assurer du consentement des deux parties. On n'a pas à recueillir le consentement de familles. »¹⁴ Ce témoignage nous éclaire qu'une autre prise en charge est possible, qu'il faut aussi respecter les équipes dans leurs ressentis et leurs limites et qu'en ce domaine, le consentement ne vient que des personnes concernées elles-mêmes.

Si l'on considère en effet que la sexualité est un droit et une liberté de chacun, pourquoi ne pas permettre une relation même entre personnes âgées vulnérables, même désorientées si elles le souhaitent ? Dans la même mesure, une institution accueillant des personnes handicapées mentales devrait-elle gommer toutes les manifestations de sexualité sous prétexte que celles-ci sont des incapables majeurs ? N'est-il pas question de s'interroger sur la légitimité du désir de l'autre ?

« Apprécier l'autonomie de décision d'une personne peut s'avérer délicat lorsqu'il existe des troubles cognitifs ou une altération du jugement. La question éthique prend, dans le cas où les capacités de discernement sont atteintes, une dimension particulière. Elle pose alors la question de la responsabilité endossée par les proches, les soignants, l'institution. »¹⁵

¹⁴ France Culture, LSD la série documentaire, Vieillesse et dépendance, la vie sous contrainte, l'Amour à l'EHPAD épisode 3

¹⁵ Comité d'éthique, avis n°8, juillet 2017, quelle intimité pour les personnes âgées en Institution ?

Cependant, selon Véronique Lefebvre des Noëttes, pédopsychiatre de formation puis gériatre dans un grand hôpital de l'AP-HP, spécialiste de la maladie d'Alzheimer et des démences du sujet âgé, « avoir une capacité à être son propre juge et à consentir, est longtemps possible chez des personnes atteintes de démence». ¹⁶

Cette notion de consentement est donc délicate à la fois donc pour des raisons de délimitations claires sur le terrain mais est aussi centrale dans la mesure où les normes médicales (ce qui était considéré comme déviations sexuelles auparavant) et morales ou religieuses de ce qui est bien ou mal sont trop floues. Seule la loi et donc le magistrat est aujourd'hui habilité à dire ce qui relève du consentement ou non.

Pour pouvoir vivre pleinement une vie affective, relationnelle et sexuelle en institution, celle-ci doit également garantir un aspect primordial de la vie privée des personnes qui est l'intimité.

1.2 La notion d'intimité

Robert Neuburger, psychiatre, psychanalyste et thérapeute de couple donne cette définition de l'intimité : « L'intimité indique une clôture, une frontière à ne pas dépasser. Elle est réservée à soi-même ou à certains qui font partie des proches. Les autres, les étrangers, en sont exclus, à moins d'y être explicitement conviés. »¹⁷

La sexualité par exemple, requiert une forme d'intimité physique et émotionnelle, nécessaire à sa mise en œuvre. En effet, les relations sexuelles se déroulent en général pour les êtres humains dans l'intimité. En EHPAD, quelque chose vient heurter l'intime des personnes du fait d'une prise en charge collective et des soins. Chloé Vallée explique que l'intimité ne peut prendre forme du fait de l'espace surveillé, de la « médicalisation du consentement » et du fait que la personne dépendante est considérée comme n'étant pas à même de décider. Par ailleurs, l'avis des familles a un poids concernant ces questions et peut faire obstacle à la vie amoureuse et sexuelle de leurs parents.

¹⁶ Véronique Lefebvre des Noëttes, Jacques Gaillard : Sexualité et avancée en âge, In L'information psychiatrique, n°9, 201

¹⁷ Robert Neuburger, Les territoires de l'intime : l'individu, le couple, la famille p.9

Les personnes âgées n'ont donc pas réellement accès à leur intimité : l'espace privé de la chambre ne l'est pas vraiment (il est souvent noté que le personnel frappe à la porte de la chambre sans attendre la réponse de la personne), le corps est sujet à manipulation, toilette et soins et donc exposé quotidiennement aux soignants, même l'histoire de vie peut être mise à nu même si l'on part de l'idée qu'à l'entrée en EHPAD, il faut recueillir des éléments du parcours de vie de la personne pour mieux la connaître et donc pour adapter sa prise en charge...

Chloé Vallée parle ici d'un paradoxe de l'institution qui est à la fois « curieuse et indifférente ». L'intimité n'est donc que peu prise en compte si l'on s'attache à dire que celle-ci se partage seulement avec certaines personnes souhaitées. Il y a une différence entre une « intimité choisie » et une « intimité contrainte » qui oblige à la promiscuité et à l'intrusion, même, si encore une fois, celles-ci peuvent s'expliquer pour des raisons de sécurité. Il reste à délimiter une marge de liberté possible pour les personnes, de permettre d'avoir encore un jardin secret, dont la sexualité fait partie.

Du fait de ce contexte institutionnel, les rapprochements et a fortiori les relations amoureuses et sexuelles sont difficiles à réaliser. Pourtant, une part conséquente des résident.e.s souhaiterait avoir une vie sexuelle, mais pour cela l'intimité devrait être garantie. Dans la réalité, seuls huit pour cent des personnes âgées déclarent avoir une vie sexuelle en EHPAD. L'organisation spatiale des lieux a aussi son importance, le nombre de chambre double est très restreint et la solution de réserver une « chambre intime » comme cela est possible dans certains établissements peut aussi freiner la spontanéité des résident.e.s s'il faut anticiper le moment de cette demande d'intimité, qui est de plus forcément au vu et au su des personnels. Cette organisation dépend aussi en grande partie de la culture de l'établissement. Le problème est que freiner cette liberté, ce désir est une forme d'atteinte à la possibilité d'entrer en relation. On sait pourtant que les personnes âgées, même vivant en collectivité, souffrent d'isolement. Là encore, le personnel doit s'interroger pour lui-même, comme pour les personnes dont il a la charge, sur ces représentations de ce qui est admis, et se former sur la compréhension et la réalité de la vie amoureuse et sexuelle des personnes âgées. Pourtant, l'aspect sexuel dans le soin est une réalité qu'il faudra de toute façon aborder. L'évincer ne résoudra rien.

Actuellement, les personnels pensent surtout que la sexualité des « vieux » n'est pas convenable et ils font des résident.e.s des êtres asexué.e.s, or, nous naissons sexué.e.s et nous mourrons sexué.e.s. « Chaque individu est sexué, quel que soit son âge, quelle que soit sa maladie, son handicap, le lieu où il se trouve. Denier ce potentiel, c'est aller bien au-delà du sexuel.

C'est poser la question de l'humanité de ces âgé.e.s que l'on se voit dans la nécessité de dénommer « personnes âgées » comme s'il était nécessaire de se souvenir qu'ils sont une personne »¹⁸ explique Gérard Ribes, psychiatre, sexologue et psychothérapeute.

On voit bien ici que le déni de ce potentiel est une façon de déshumaniser les personnes. Ce qui montre également que la sexualité humaine va bien au-delà du simple acte sexuel, elle indique une appartenance au monde, la capacité à être et à entrer en relation avec l'autre tout au long de la vie.

1.3 La notion d'invisibilité

Après la question de l'intime et du consentement, je souhaitais aborder celle de l'invisibilité. En effet, les âgé.e.s deviennent souvent invisibles aux yeux de la société. En dehors des murs de l'EPHAD, les « vieux » sont déjà un peu transparents. Ils ne semblent un peu plus visibles qu'en rapport avec leurs incapacités liées à leur vieillesse : lenteur, manque d'autonomie et ne sont guère regardés... sauf à travers cette loupe qui leur rappelle qu'ils sont vieux. Cet effet est peut-être encore plus prégnant pour les femmes âgées : elles portent les stigmates de la vieillesse dans leurs gestes et ont perdu aux yeux de la société ce qui a pu être une valeur auparavant, c'est-à-dire leur jeunesse. Un vieil homme peut avoir des déficiences, une vieille femme également mais elle aura aussi perdu sa jeunesse et donc sa beauté. C'est, me semble-t-il, pour les femmes une double discrimination : celle liée à l'âge et celle liée au sexe, l'âgisme et le sexisme.

Dans le podcast « Vieilles et alors ? », sur Arte Radio, une féministe prend la parole : « Dans le regard porté sur nos corps vieillissants, y'a comme une espèce de mépris, comme si la société nous renvoyait qu'on n'avait pas le goût d'être aussi vieille, c'est pas ça qu'il faut faire, faut pas être comme ça ! En fait, faut être jeune, faut être toute belle avec des belles couleurs dans les cheveux et une peau magnifique... Non seulement, t'es plus sur le marché du sexe, mais t'es pas non plus sur le marché de la maternité ... Bon, donc, c'est fini, quoi, stop. »

Ce bref extrait en dit beaucoup. Tout d'abord que vieillir est pour les femmes, une faute de goût, comme si l'on avait un pouvoir là-dessus, de fait, en étant vieille, on est vite « en dehors des clous ».

¹⁸ Gérard Ribes, C. Délbès, Sexualité et vieillissement, in Sexualité, handicaps et vieillissement, p.134

Il *faut* être jeune, c'est un devoir et donc aussi celui d'être belle. Il y a un marché de la séduction dont sont évincées les plus âgées qui sont invisibles aux yeux de hommes et n'ont plus la valeur reproductive des mères, le pouvoir d'engendrer. Il ne reste plus grand chose. La date limite de péremption est atteinte, c'est donc la fin de la visibilité pour les femmes.

Le féminisme répond à cette consigne, cette contrainte pour le corps des femmes et leur liberté : « Le féminisme est une révolution pas un réaménagement des consignes marketing !... En ce moment, il me semble que plus je vieillis, plus je me sens sereine, vivante, remplie de joie, de force, je crois aussi que ce sentiment a décuplé depuis que je suis devenue féministe, il y a à peu près 5 ans. C'est un combat de tous jours, une bataille fatigante, mais qui apporte tant ! Je me réconcilie chaque jour avec mon corps... »¹⁹

Au sein de l'EHPAD, cette scission entre deux mondes perdure et s'accroît autant pour les hommes que pour les femmes : d'un côté des personnels souvent jeunes, de l'autre, des résident.e.s vieux/vieilles et placé.e.s ici parce qu'ils/elles le sont justement.

Être en relation, exister en tant qu'individu singulier, quelle que soit son âge, son sexe, son apparence. L'essentiel est d'être au monde avec les autres, d'échanger, de parler, de regarder et d'être regardé.

II) Les risques possibles impactant la santé en EHPAD

2.1 Les infections sexuellement transmissibles

Si l'on considère les problèmes de santé pouvant impacter les personnes âgées en EHPAD, on pense en premier lieu aux pathologies liées au vieillissement car elles ont plus de risque de survenir au grand âge et elles sont multiples : métaboliques, (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies neurodégénératives et psychiques/mentales.)

On imagine cependant moins souvent les risques et pathologies affectant la santé sexuelle comme les IST. On a déjà abordé les aspects physiologiques du vieillissement sur le plan sexuel pour les hommes et les femmes, mais l'on n'a pas abordé les comportements à risque dans ce domaine de la vie sexuelle pour les personnes âgées.

Or, les plus de 60 ans constituent 1/4 de la population française (et le phénomène ne fait que s'accroître, on estime qu'ils représenteront 1/3 de la population en 2040) et depuis 2008, on

¹⁹ Femmes et vieillissements : nouveaux regards, nouvelles réalités, recherches féministes, Erudit, vol 26, n°2

constate une augmentation des infections au VIH chez ces plus de 60 ans. Le phénomène est le même dans tous les pays d'Europe mais tous n'ont pas la même réactivité en terme de prise en charge et de considération pour ce problème.

« Les personnes âgées de plus de 50 ans représentent 20% des diagnostics de VIH en 2016. Ces diagnostics sont posés à un stade avancé de l'infection, traduisant une longue période sans dépistage suite à une prise de risque ancienne. »²⁰

Autre chiffre, bien qu'il soit difficile de trouver des statistiques concernant les IST chez les senior.e.s, ce qui est justement représentatif en termes de représentations : 17% des personnes qui découvrent qu'elles sont séropositives ont plus de 50 ans. Il existe bien une flambée de l'ensemble des IST chez les senior.e.s (blennorragie, syphilis, hépatite, VIH). Les raisons à cela sont liées aux stéréotypes :

Les personnes âgées ne se sentent pas concernées, les IST sont pour certaines des maladies de jeunes ou de groupes « déviants ». Dans les esprits, le risque de grossesse étant écarté, le préservatif est oublié car il ne représente qu'un moyen de contraception et non une protection contre les IST. Par ailleurs, la difficulté possible de mettre un préservatif du fait de probables troubles de l'érection complique le recours à celui-ci.

L'âge constitue pourtant un facteur de transmissibilité du VIH pour les femmes du fait d'une plus grande perméabilité du col de l'utérus, d'une moins bonne réponse aux traitements et d'une absence de dépistage. Cette absence de dépistage est liée encore une fois aux stéréotypes : les campagnes de prévention contre les IST sont mises en place à destination des jeunes en partie à cause des tabous liés à la sexualité des âgés.

« Les prises de contact auprès d'EHPAD et de nombreux CEGGID (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) n'ont pas permis de mettre en évidence l'existence d'actions de prévention ni de dépistage à destination des seniors en EHPAD, quand bien même on estime qu'environ 10000 personnes porteuses du VIH sont susceptibles d'intégrer un tel établissement. »²¹

En effet, il semble que les EHPAD ne proposent pas un dépistage des IST aux personnes intégrant l'établissement. Les EHPAD ne sont effectivement pas des structures de soin et la

²⁰ Santé Publique France

²¹ Module interprofessionnel EHESP, 2019-2020, les infections sexuellement transmissibles chez les personnes de plus de 60 ans

question du dépistage est délicate : faut-il le proposer ? Que faire si une personne découvre qu'elle est infectée par le VIH ? Sera-t-elle accueillie sans discrimination dans l'EHPAD ?

Un livret intitulé « Prévenir les IST chez les plus de 60 ans »²² fait d'ailleurs un état des lieux de ce manque de prévention et formule des recommandations en terme d'éducation sexuelle qui concerne toutes les générations, des recommandations spécifiquement en EHPAD et à destination des professionnel.le.s de santé.

On peut donc voir ici l'intérêt d'une éducation à la sexualité chez les senior.e.s : idées reçues, (notamment pour une génération où l'éducation à la sexualité était très peu présente et les campagnes de prévention pour la lutte contre les IST peu développées), intérêt de la prévention et du dépistage précoce.

Des initiatives pour prévenir les IST chez les senior.e.s ont vu le jour en Belgique avec l'association « Espace Senior », en Italie avec une volonté d'impliquer les medias et les médecins généralistes, également au Canada avec une réflexion dans ce domaine grâce à l'Association canadienne de Santé Publique. Aux Etats-Unis, enfin, de nombreuses études sont réalisées et font le même constat qu'en Europe: les stéréotypes sur la sexualité des plus âgé.e.s ont la vie dure et les senior.e.s ont une activité sexuelle active, voire très active et sont donc une population à risque. En Floride, un clip a été diffusé en direction des senior.e.s pour prévenir des IST et un site pornographique a même lancé une campagne pour prévenir celles-ci.²³

Ainsi, en plus de l'attention portée au risque de contaminations par les IST en particulier le VIH pour les personnes âgées, d'autres initiatives voient le jour de façon plus globale pour lutter contre toutes les formes de discriminations qui touchent les sénior.e.s et peuvent les isoler, notamment celles liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.

²² Idem

²³ Idem

2.2 Les associations luttant contre les discriminations : l'exemple de Greypride et des « Audacieuses et des Audacieux »

Ainsi, il existe en France, grâce au collectif associatif Grey Pride, association qui lutte contre l'âgisme, le VIH et pour le respect de la sexualité des personnes âgées, de multiples initiatives qui vont de la proposition d'ateliers (littéraires, informatique), des consultations de santé, des rencontres, des projets d'habitat partagé et une démarche particulière, « Grey Pride Bienvenue » qui propose de labelliser les EHPAD accueillant toutes les orientations sexuelles, la prise en compte de l'identité de genre, les personnes séropositives pour lesquelles la maladie est une difficulté supplémentaire en terme de discrimination en plus du vieillissement. Ces établissements d'accueil qui devraient commencer à voir le jour en 2021 à Paris sont des structures « gay friendly ». Plus largement, Grey Pride lutte contre l'invisibilisation des seniors LGBT (Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres).

L'association a lancé une campagne intitulée « la révolution senior » pour changer notre perception de ceux-ci et de leur sexualité. Le message est : « Aimer, être aimé.e.e, quel que soit mon genre, mon âge et mon orientation sexuelle. »

« Montrer des seniors en position de Kâma-Sûtra nous interroge sur notre propre sexualité et notre propre vieillesse. Les vieux ce n'est pas une catégorie à part, c'est ce que nous sommes ou ce que nous serons. Parler de la sexualité des seniors, c'est avant tout ré-humaniser notre vision de la vieillesse. Être un vieux, une vieille : ça n'existe pas ! Nous devenons vieux ou vieille mais notre identité, nos émotions, nos désirs restent les mêmes et nous ne pouvons pas être réduits à ce substantif de vieux/vieille.

Si nous souhaitons mettre en place un système d'accueil bienveillant des vieux dans notre société nous ne pouvons réduire ce sujet à des aspects techniques ou des aspects financiers : nous devons changer de regard pour pouvoir innover et inventer des dispositifs respectueux de notre façon de vieillir. Améliorer la qualité de vie des personnes âgées passe nécessairement par le respect de l'identité, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et de l'histoire individuelle de chacun, de chacune. »²⁴

Une autre initiative a vu le jour avec l'association « les Audacieux et les Audacieuses », créée en 2017 et qui se mobilise autour de trois grands axes afin de lutter contre l'isolement social des seniors LGBT :

²⁴ <https://ageing-equal.org/revolution-senior/>

Favoriser l'inclusion sociale et la solidarité intergénérationnelle, améliorer la qualité de vie des seniors LGBT, et promouvoir une image positive du vieillissement quelle que soit l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Il y a en effet actuellement en France, plus d'un million de personnes LGBT, elles rencontrent avec le vieillissement encore plus d'isolement social que les personnes hétérosexuelles. En effet, 65% des personnes LGBT de cette tranche d'âge vivent seules contre 10% des personnes hétérosexuelles selon Stéphane Sauvé, ex-directeur d'EHPAD, délégué général des « Audacieux »

Parmi les projets de celui-ci, la création de lieux de vie inclusifs et des ateliers « Vieillir et vivre bien » initiés par Stéphane Sauvé, qui prévoit d'ouvrir dès cette année des établissements pour les seniors LGBT, comme les maisons de la diversité, pensées comme un outil de prévention contre la perte d'autonomie.

Ces différents projets montrent la volonté de lutter contre les différentes formes de discriminations qui touchent les personnes et s'inscrivent dans le volet plus global de réduction des risques dont peut se saisir légitimement le Conseil Conjugal et familial.

LA VIE SEXUELLE DES SÉNIOIRS

HAHAHAHAHAHAHA



www.ah-dessinateur.blogspot.be

Partie 3 Les EHPAD, un espace de promotion de la vie affective, relationnelle et sexuelle pour le Conseil Conjugal et Familial ?

I) Rappel du référentiel de compétences et d'activités d'un.e CCF

Pour introduire cette troisième partie, il m'a paru pertinent de rappeler le référentiel d'activités et de compétences d'un.e CCF pour vérifier qu'ils sont applicables au champ d'une mission en EHPAD.

L'idée est donc de réfléchir à la place d'un.e CCF en EHPAD au vu des différents aspects développés précédemment tout en y intégrant les éléments du cadre du métier de CCF. Afin de définir plus précisément ce que pourraient être les missions d'un/e CCF dans ce cadre, je me propose de revenir sur le référentiel d'activités et de compétences et d'en faire ressortir les points essentiels qui me semblent correspondre à des activités et compétences spécifiques en EHPAD.

Parmi le référentiel d'activités, je relève :

- la fonction d'accueil, d'information et d'orientation dans le champ de la sexualité dans ses dimensions affectives, relationnelles et sociales qui est l'axe majeur à mon sens
- la fonction de prévention dans le champ de la santé et de la lutte contre les violences dans une moindre mesure mais qui pourrait être développée si l'on s'attache à la conduite d'entretiens et d'animations collectifs autour des IST/VIH et promotion de la santé sexuelle ainsi que la mise en œuvre de groupes de paroles
- la fonction d'aide et d'accompagnement par le biais de permanence d'écoute, d'animations de groupe de paroles, de conduite d'entretiens individuels. Les concertations disciplinaires (médecin, infirmier, travailleur social...) me semblent aussi en adéquation avec la place d'un.e CCF en EHPAD ainsi que la sélection des informations à partager avec les partenaires habilités
- la fonction éducative et pédagogique dans le même champ me paraît aussi importante si l'on part du principe que l'éducation à la sexualité concerne tous les âges de la vie de fait, et l'on peut concevoir des outils pédagogiques, animer des groupes de paroles, organiser et animer des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle (EVARS), organiser des permanences d'écoute en EHPAD comme on le ferait en ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail), en Mission locale, dans les mairies ou les CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale).

De fait, on peut y ajouter la fonction de contribution au diagnostic local et au maillage, de partenariat (travail en équipe pluridisciplinaire, construction de partenariats professionnels et institutionnels) ainsi que la fonction d'évaluation par la mise en place d'un suivi d'activité professionnelle (grilles et outils), la production de bilans d'activités et d'analyses thématiques, l'évaluation et mise en place des actions et des projets conduits ainsi qu'une analyse de pratiques ou supervisions et réactualisation des savoir-faire et des savoir être qui est également essentielle à mon sens en particulier concernant les personnes âgées en EHPAD.

Ainsi, si l'on balaie le référentiel d'activités, on se rend compte que toutes les fonctions de référentiel d'un.e CCF peuvent concerner le conseil conjugal et familial en EHPAD.

Concernant **le référentiel de compétences**, je pense qu'ils sont également tous nécessaires, soit :

- l'accueil et l'écoute active et l'accompagnement (indicateurs nombreux en lien avec l'écoute centrée sur la personne, les règles déontologiques et capacités propres aux CCF)
- la conduite de projets (individuel, collectif, de territoire)
- la conduite d'interventions collectives (animations de groupes)
- la création de réseaux de partenaires et travail en équipe
- la communication orale et écrite

On constate que le référentiel d'activité croise le référentiel de compétences et s'applique à une mission de conseil conjugal en EHPAD.

II) Que disent les professionnels de la vie affective, relationnelle et sexuelle des résidents de leur EHPAD ?

C'est la question que je me suis posée et que j'ai développée à destination de deux professionnelles d'un EHPAD marseillais.

J'ai opté pour le choix d'un entretien semi-directif auprès de deux professionnelles de l'EHPAD Val de Régný à Marseille. L'entretien semi-directif me semble particulièrement approprié pour ce regard vers le terrain car il permet aux personnes interrogées d'avoir un champ de paroles assez vaste pour recueillir des idées et des aspects variés tout en choisissant des questions suffisamment ciblées afin d'aller interroger les notions et les enjeux du métier de CCF.

Avant d'aller plus loin concernant ce recueil de données, il me semble important d'expliquer à minima comment je suis entrée en contact avec mon terrain choisi, un EHPAD. J'ai eu deux freins majeurs : nous étions et sommes toujours en crise sanitaire du fait du coronavirus et je souhaitais explorer un terrain dans ce contexte particulier et en formation de CCF. Au moment où j'ai contacté les EHPAD, ils étaient en train de fermer leurs portes et les personnes âgées n'étaient pas encore vaccinées. Il ne m'était donc pas possible de franchir la porte d'un EHPAD et je n'avais de plus, aucune visibilité sur cette éventuelle ouverture ultérieure.

Le deuxième frein rencontré était celui d'entrer dans un EHPAD en étant en formation de CCF. Malgré la présentation de mon projet et les arguments amenés, je me suis heurtée à l'incompréhension : une conseillère conjugale et familiale ne s'occupe pas des personnes âgées et encore moins de leur vie affective, relationnelle et sexuelle. Cela a été un bon indicateur en termes de stéréotypes sur le sujet choisi et sur celui d'une profession. J'étais donc déjà au cœur des représentations de certains personnels travaillant en EHPAD avant même de commencer.

J'avais comme objectif de rencontrer les principales intéressées, à savoir les personnes âgées elles-mêmes mais j'ai donc dû y renoncer du fait de la fermeture des EHPAD, sans renoncer quand-même à rencontrer les personnels y travaillant, ce qui pouvait simplifier mon enquête et permettait davantage de souplesse en terme de contact. Par ailleurs, je trouvais assez délicat d'aller interroger des personnes âgées directement sur ce thème en étant uniquement de passage.

Après plusieurs tentatives infructueuses, je suis entrée en contact avec la résidence Val de Régnay à Marseille, sur conseil d'une collègue ayant travaillé en service gériatrique et la directrice-adjointe m'a reçu quelques jours après en m'indiquant que mon projet lui semblait intéressant, à propos, et que je pouvais donc mener mes entretiens au sein de leur structure.

J'ai donc mis en place la grille d'entretien semi-directif suivante :

1) La question de la vie affective, relationnelle et sexuelle des résident.e.s est-elle abordée dans votre EHPAD ?

Si oui, par qui ? Comment ?

Si non, pourquoi ?

2) Que pensez-vous de la question de la sexualité et de la vie affective et relationnelle en EHPAD ?

3) Souhaiteriez-vous aborder ces questions en tant que professionnel.le.s ?

4) Quels enjeux ou problématiques, cela pourrait-il soulever ?

5) Si un.e CCF venait vous rejoindre dans votre EHPAD, quel travail pourrait-elle faire selon vous ?

6) Décrivez quels besoins ou attentes vous auriez dans ce domaine pour vous/les résident.e.s/les familles.

Je suis partie du principe que les professionnel.le.s en EHPAD, en particulier les soignant.e.s, sont en contact quotidiennement avec les résident.e.s par le biais des soins, ce qui touche donc à la sphère relationnelle, affective et éventuellement sexuelle des personnes dont ils ont la charge. J'ai souhaité aborder le sujet en me demandant s'il en était tout simplement question ou non en terme de réflexion dans leur cadre professionnel en optant sur le fait que les réponses pouvaient être négatives, ce qui est malgré tout un indicateur valable.

Je me suis demandée aussi ce qu'en pensaient ces professionnel.le.s de façon générale afin de ne pas les impliquer trop personnellement et directement dans cette question de la vie affective, relationnelle et sexuelle en EHPAD. En parvenant à circonscrire des interrogations, des difficultés et des enjeux, le but de mon entretien était de savoir s'il/ elles estimaient avoir des attentes et des besoins dans leur exercice professionnel et de leur demander autour de quels axes de travail une.e CCF pourrait intervenir.

2.1 Retranscription d'un entretien semi-directif

Voici la retranscription de l'entretien que j'ai mené auprès de deux professionnelles de l'EHPAD présentes ensemble lors de cet échange, soit une psychologue et une psychomotricienne, respectivement notées P et PM pour les différencier.

1) La vie affective, relationnelle et sexuelle est-elle abordée dans votre EHPAD ?

Si oui, par qui ? Si non, pourquoi ?

PM : On a eu une expérience il y a peu. Au final, vous tombez à pic, ça se croise vraiment. Oui, ça a été parlé. P en collaboration avec l'IDEC (Infirmière diplômée d'Etat de Coordination) a formé un groupe de paroles pour recueillir le sentiment des soignants sur ce sujet qui peut bousculer un peu au sein d'une institution. On y travaille un petit peu parce que la situation de couple se vit au quotidien, on en a l'expérience au sein de l'établissement. Après, c'est l'image qu'on peut en porter, le regard un peu trop sanitaire et hospitalier, un peu moins qu'un lieu de vie, donc ça biaise et on travaille en ce sens pour élargir et étayer la réflexion de tous les personnels...

P : Et en EHPAD aussi la question de la sexualité qui pose un peu des notions de gêne envers le personnel qui ne sait pas bien comment accueillir ça et des fois, ça fait penser aux enfants qui nient la sexualité des parents, des grands-parents. On a eu justement dans la résidence, un monsieur qui s'était mis en couple avec une résidente, un monsieur qui avait été marié dans le passé et en situation de veuvage et ça avait été un petit peu abordé, et cette situation qui a évolué au moment du décès de la compagne (de la résidence) était qualifiée par le personnel de « platonique », puis ce monsieur qui reste dans une certaine forme de dynamique a trouvé une autre histoire d'amour avec encore une autre résidente et donc ça posait plusieurs questions... question de ce vécu un petit peu hâtif, de relation « relation » et en même temps la question de la sexualité revenait au-devant de la scène, posait d'autres problématiques qui mettaient en évidence la question par les soignants d'un lit double. Du coup, ça a permis de rassembler le regard, de le croiser parce qu'ils se sont rendu compte que ce n'était pas d'emblée une évidence, justement... Et que ça pouvait créer des gênes, des malaises, que ça pouvait remettre en question leur intervention, comme si ça venait bousculer et c'est important de recentrer sur la position de sujet même quand on est en situation d'accompagnement, on se retrouve en perte d'autonomie sur certains faits de la vie quotidienne et ça replace la personne au centre, ça vient signifier ça. Un sujet qui était jusque-là, enterré, pour le coup, impensable. Et ça venait soulever pour chacun des questions un peu plus personnelles, ça les touche de près... Donc, oui ce sont des thèmes qui vont être ré abordés, il y aussi des questions sur la problématique du sujet âgé qui nécessite toujours des éclaircissements, et puis d'autres dimensions, la question du consentement, où en est la personne...

On avait projeté de faire une réunion avant le Covid, sur la thématique de la sexualité de la personne âgée. Ça été chamboulé et on est passé à tout autre chose. On y avait pensé suite à des petits retours, « plus sages » car on n'en n'était pas là, plus acceptable aux yeux de tous et là, c'est là, cette relation qui n'était pas une relation platonique, qu'on était sur le versant de la sexualité, d'une relation pleine et là par contre, on a senti que c'était important de la remettre sur le devant de la scène, qu'on en parle, qu'on puisse avoir ces échanges, pas une réunion à proprement parler, on recherchait le propos de soignants, plutôt un groupe de paroles et ça faisait suite à une formation sur la bientraitance.

2) Que pensez-vous généralement de la question de la sexualité en EHPAD ?

P : L'amorce de la réponse, c'est que c'était souvent nié, dans le sens où personne âgée est coupée un peu dans tous ses élans, l'entrée en institution, selon les propos que l'on accueille ou recueille des familles ou de l'entourage, je pense à un monsieur qui est rentré en EHPAD, qui est très autonome malgré tout, qui avait eu un ami au téléphone qui lui a dit, « tu n'as plus d'avenir » et le monsieur m'explique ça et il me dit que c'était dur, comme si tout s'éteignait alors que quelque part avec des situations comme celle décrite précédemment, c'était important de faire percevoir à tous qu'il était toujours décisionnaire, en position de sujet désirant, cette question replace la personne âgée dans sa place de sujet et là du coup, plus personne, la famille, les soignants, n'a sa place dans cette intimité...

PM : Quand il y a la question de la dépendance, ce n'est plus aussi évident et la notion de protection de la famille et de l'institution : « On vous le confie » sans qu'il y ait la dimension du sujet. C'est bien au-delà, l'EHPAD va être considéré comme une fin de vie plus qu'un lieu de vie, un mouvoir, nous, on l'envisage pas du tout comme ça, on insuffle cette dynamique, l'individu a un libre-arbitre... A nous de nous adapter jusqu'au bout.

P : C'est pas une étape indépendante de la précédente... Malgré les pertes, les troubles présents et on se confronte souvent à des demandes qui sont un retour en arrière par les familles. Malgré les pertes fonctionnelles, il y a la personne, les choix de la personne, et quand on commence à être dans cette adresse-là, avec ce regard-là, on peut avoir justement cette notion que tout n'est pas éteint ...

On se rend compte que les couples se créent mais il y en a pleins d'autres et la question de la sexualité dans plein d'autres situations, et des couples qui se forment à l'EHPAD alors que les conjoints sont au domicile... Je pense qu'on en est aux prémises...

PM : Une petite anecdote, une soignante, sur un hôpital de long séjour, un monsieur un petit peu désinhibé s'était plus ou moins mis en couple, la question du consentement s'était posée mais on n'en était pas là et des soignants ont assisté à l'acte sans le vouloir, lors d'une toilette, en rentrant dans la chambre, ont vu l'acte en direct, outrés, ils ont séparé le couple en force... Ça a fini en contention dans les chambres parce que c'était impensable et odieux d'assister à ça. Le monsieur a été limité dans les visites. C'était action/réponse, on ferme les portes, on ferme les yeux. Je m'attendais à ce que ce soit parlé derrière par les personnes ressources pour recueillir le ressenti de l'aide-soignante. En fait, ça a été, « il faut pas que ça se sache, il faut pas qu'on en parle »...Il y aussi la mémoire du corps...Toute la sphère sensorielle, c'est le corps qui parle.

L'aide-soignante en question avait pris plus parti de la protection de la dame, en peu plus délicat par rapport à la question du consentement. Elle était en sidération.

(Je considère que les interviewées ont répondu à la question 3 « *que pensez-vous généralement de la question de la sexualité en EHPAD ?* »)

4) Quels enjeux ou problématiques cela pourrait-il soulever ?

P: Offrir la possibilité à ce couple d'avoir un lit double, ça en dit long aussi sur la dynamique institutionnelle, le regard que l'on porte aux anciens, que l'on prête à cette intimité, c'est important à préserver...

Et le regard des pairs, sur la sexualité ! Le regard sur celui qui a encore une vie active...On se rend compte que l'accueil est assez difficile, un peu montré du doigt, un peu comme les réactions dans les villages, l'incompréhension, il va vite en besogne, beaucoup de jugements de valeur entre eux en lien avec leur époque, c'était pas dit, caché. C'est pas toujours pas toujours bien accepté.

C'est souvent dans les extrêmes, soit une désinhibition et en même temps, pour certains c'est plus établi mais quand ça se forme dans l'instant, il y a beaucoup de mouvement autour de ça.

5) Si un.e CCF venait vous rejoindre dans votre EHPAD, quel travail pourrait-il elle faire selon vous ?

P : Déjà, cet éclairage-là, faire circuler la parole autour de cette question, de la libido, de la personne âgée, d'avoir cette possibilité de ré ouverture, c'est important, c'est du quotidien, et surtout de replacer la personne comme sujet désirant tout au long de la vie, par exemple pour une entrée ou quand un couple est séparé ou un couple en institution et l'autre à domicile...

PM : On recueille énormément le mal-être des partenaires, du monsieur et de la dame. Il a eu un AVC, elle est fatiguée, elle n'est plus en mesure de lui apporter du soutien.

Il y aussi la question de la sexualité, de la masturbation. Et sur des moments de toilette, il y a des moments de frustration, ça vient bousculer la soignante. Comment préserver l'intimité dans le collectif ? C'est vrai avec la dépendance, on a tendance à se sentir garant au-delà du recommandé.

On déborde, en fait ! Ça résonne comme du bon sens mais pris dans le tourbillon de l'institution, ce n'est pas évident ! La question de la dépendance vient annihiler chez l'autre la position de sujet et à un moment donné, on devient tout puissant, ça touche tout le monde, les soignants, les familles. Tout se maintient dans un milieu qui n'est plus si naturel que ça.

PM : Il me vient la situation de ce monsieur et cette dame, elle m'a dit : « C'est une renaissance, je revis ! »

P : Et c'est rigolo comme dans la bouche d'une personne âgée, on a des représentations, j'avais une dame qui abordait ça facilement, très libre de ce côté-là, qui expliquait son parcours de vie avec son mari et ses problèmes liés à la sexualité. Elle en parlait comme ça un peu sur le tard mais et c'est vrai que c'est des choses qu'on n'aborde pas. Que les dames puissent en parler... C'est fort de traverser ça et de ne jamais pouvoir en parler. Comme quoi y'a pas d'âge pour libérer la parole et c'est comment se maintient l'intimité dans le collectif mais dans sa dimension globale, parce qu'en fait, c'est vraiment au-delà...

Voyez comme quoi cette question de la sexualité, elle est vraiment pas évidente, le regard qu'on peut porter, on a une dame, qui par des soins, a été atteinte du VIH et qui a dû avoir tout un parcours de sa vie suivi, devant expliquer qu'elle était porteuse du VIH et qui avait dû subir le regard de cette maladie à l'époque, les consultations, les soins et cette dame a été très traumatisée de ce qu'elle a traversé, elle a toujours en tête cette honte face à cette maladie parce que préjugés, cette sensation d'être jugée en permanence par les professionnels, cette crainte aussi de la transmission et elle nous en parle très souvent, c'est une dame qui n'est pas homosexuelle, donc d'autant plus, ça l'a confrontée au regard, à une époque où on commençait à parler du SIDA...

PM : Pour rebondir sur ce que tu dis, une petite parenthèse sur une situation que j'ai vécue il y a quelques années, j'avais en soin un groupe, j'étais professeur d'activité physique adaptée au sein d'une association qui prenait en soins des personnes porteuses du VIH et j'avais comme projet une réhabilitation dans la société à travers le sport, notamment à travers des cours de natation parce que c'était le projet de certains de récupérer de la force musculaire, donc j'avais opté pour la piscine, la piscine municipale du quartier... impossible d'avoir accès.. J'avais mis les choses au clair, ce sont des personnes porteuses du VIH, et là des portes fermées, des portes verrouillées. J'ai dû faire l'anguille, si c'est pas mentir, c'est pas dire la vérité sur une autre piscine, j'ai dit, on est une association de réinsertion par le sport et là, ça a marché, mais en aucun cas, j'ai stipulé que c'était des personnes... Il y a le secret médical mais c'était une sphère un peu délicate où ils demandaient tout un justificatif. J'ai opté pour ne rien dire, le secret médical. On a pu avoir les portes ouvertes mais quand ça s'est su, ça a été un petit plus compliqué... On avait pourtant expliqué la transmission du SIDA, qu'il n'y avait pas d'inquiétude, mais c'était une peur qui était tellement ancrée

P : On parle souvent du côté des soignants, voyez, mais ce serait bien aussi pour les personnes âgées, pouvoir aborder des questions sur la sexualité, je pense que c'est important, et peut-être avec eux aussi avoir cette intervention et pourquoi pas ?...

Ça libère la parole, je trouve qu'on est toujours surpris, ils amènent des choses, avoir cet espace possible.

6) Décrivez quels besoins vous auriez dans ce domaine : pour vous, les résidents, les familles

P et PM : Oui, et les familles aussi, tout le monde est concerné, ça touche tout le monde !

P : Et ça rend au sujet âgé sa part de liberté que de pouvoir avoir conscience qu'il y a de la place pour la sexualité et l'intimité et ça leur rend un peu leur part de responsabilité d'être humain, tout simplement parce que certaines fois on prend un peu le pas, une certaine forme d'emprise, pas toujours à voir sur un côté négatif ou dévorant mais malheureusement, c'est le pendant de l'affaire... Est-ce qu'elle a fait ci, est-ce qu'elle a fait ça, l'activité, il n'y a plus de part de liberté... C'est étouffant à tous points de vue... C'est vraiment au cas par cas, en fonction des situations, les enfants prennent un peu la place des parents, le sujet âgé se trouve dépourvu de sa place de parents... Tout s'inverse. Cette place d'homme, cette place de femme... Qu'est-ce qu'il en est ? C'est un peu en question...

P et PM : En tous cas, on essaie avec nos moyens de ramener cette part-là. Certains professionnels ne sont peut-être pas prêts à en parler. Ça dépend de sa propre représentation de la sexualité, de la culture et c'est hyper intime comme question. On est parfois surpris lors de ces groupes de paroles.

P : C'est un sujet engageant, tout de suite c'est un sujet qui nous entraîne. C'est l'intimité de chacun.

PM : J'avais suivi une soutenance de DE et l'étudiante avait abordé la question de la sexualité et du polyhandicap. C'était intéressant de voir qu'en fait que la question se pose pour tout le monde et à tout âge.

P : On n'est pas dans l'incitation, on est dans l'ouverture et c'est sortir de cette asexuation et cet assujettissement. On parle de la sexualité des personnes âgées comme on parle du sexe des anges... face à ce qui nous est souvent rapporté cette crainte qu'une personne soit sous l'emprise de l'autre, on voit à quel point, ça replace la scène comme la scène primitive, comme découverte et du coup, on se dit c'est fou mais on en est quand même un peu là.

PM : Le corps est source de plaisir mais c'est tabou. Il faut écouter avec cette oreille.

P : Ça nous parle tellement...

2.2 Analyse de l'entretien semi-directif

La question de la vie affective, relationnelle et sexuelle a été abordée sous la forme d'un groupe de paroles en direction des soignant.e.s. On a donc une réponse très claire sur cette question. Le sujet est qualifié de « pouvant bousculer » et la mise en place de ce groupe est née d'un besoin sur le terrain qui est la situation d'un couple au sein de l'établissement.

PM aborde rapidement la notion de « regard » repéré comme « sanitaire et hospitalier » marqué par le soin alors qu'il s'agit d'un lieu de vie. On a le sentiment qu'une opposition est relevée du fait d'un regard « biaisé » que j'associe à la notion de représentation. La volonté de PM et de l'IDEC est « d'élargir la réflexion » qui montre qu'il existe une volonté de faire se rencontrer les professionnels afin de communiquer autour de cette question. La sexualité est abordée assez rapidement comme élément pouvant entraîner « une gêne » du fait de ne pas savoir comment « accueillir ça ».

Les professionnel.le.s seraient donc démuni.e.s et placé.e.s dans une situation en lien avec leur propre histoire familiale et générationnelle : on nie la sexualité des âgé.e.s (parents et grands-parents) car elle est impensable. P note bien une forme de déni en soulignant que les professionnel.le.s décrivent la relation « platonique » d'un couple de l'EHPAD qui n'a rien en fait, de platonique. C'est sans doute le déni qui amène à avoir un regard erroné sur la nature de la relation du couple. On évacue rapidement une sexualité vue comme impossible. Les soignant.e.s ont été poussé.e.s finalement à y réfléchir car le membre du couple avait de façon évidente repris une vie sexuelle avec une autre résidente et la demande du couple, l'obtention d'un lit double, pour avoir un lieu d'intimité ne pouvait plus faire ignorer ce besoin.

Je remarque que les questions autour de ces enjeux se posent à partir du terrain et s'inscrivent dans une réalité quotidienne. L'intérêt d'un questionnement en équipe est de se rendre compte qu'il n'y a pas « d'évidence », et on peut l'entendre comme des situations qui nécessitent un débat et une réflexion autour des représentations, de l'expression des ressentis et des choix institutionnels pour y répondre. Ces situations ont un impact sur la pratique professionnelle des soignant.e.s, P évoque « ça pouvait remettre en question leur intervention ».

Ce premier groupe de paroles aura l'avantage d'ouvrir la voie vers d'autres échanges car il semble que la question de la vie affective, relationnelle est sexuelle mérite d'être abordée de façon continue au sein de l'EHPAD. Je constate que l'idée pour cette équipe est d'en faire une réflexion institutionnelle, en fait il est question « d'éclaircissements sur le sujet âgé », donc de besoin d'avoir des éléments de connaissance en gérontologie et de « consentement » et l'on se situe alors dans le cadre de la loi.

Au cours de l'entretien, P et PM me précisent qu'il y avait quand même un projet avant l'épidémie de mise en place d'une réunion sur la sexualité de la personne âgée. Cela n'a pas été possible au vu du contexte mais cette problématique était déjà présente dans l'esprit de certains personnels. La différence s'est vue dans le glissement d'un projet de réunion thématique à un groupe de paroles dont la nature est de s'exprimer en premier lieu. On peut aussi penser que certains EHPAD peuvent de façon plus générale être plus sensibilisés que d'autres à des questions éthiques ce qui favorise la volonté de mettre en place un groupe de travail (exemple de la formation sur la bientraitance).

J'ai relevé que la question de l'intime soulève plus largement la question de la liberté et du libre- arbitre de la personne âgée. P précise que l'entrée en institution coupe déjà « dans ses élans » la personne âgée, ce que l'on peut entendre comme une possible restriction de liberté et un non-choix d'y entrer. L'idée est assez répandue même pour un « monsieur encore autonome », qu'il n'a « plus d'avenir ». L'EHPAD devient un lieu où les portes se ferment derrière soi, avec un arrière-plan, l'idée de plus en sortir. Si dans la réalité l'EHPAD est souvent le dernier lieu de vie, il n'en reste pas moins que l'on peut ouvrir des espaces de liberté. P souligne la question d'être sujet, de pouvoir décider et désirer. Par conséquent, si la personne a ce droit-là, cela la replace au centre et les questions autour de son désir d'intimité ne devraient plus concerner les soignant.e.s ou la famille.

Il est bien entendu difficile d'être catégorique dans ces situations complexes surtout quand il s'agit de dépendance. L'institution est garante de la sécurité de ses résident.e.s. Il semble donc plus essentiel pour la famille et l'EHPAD de rechercher la vigilance et la sécurité pour la personne âgée que laisser s'exprimer des désirs de liberté et d'autonomie. Il est intéressant aussi de relever que P entend dans le discours des familles l'entrée en EHPAD comme une étape qui rompt avec la vie d'avant, elle s'exprime en termes de rupture surtout pour cette étape de vie, vue comme la dernière.

Or, P exprime l'idée qu'il s'agit d'une étape liée aux autres étapes de la vie et n'en n'est pas indépendante. Les « pertes fonctionnelles » dont elle parle accentuent sans doute cet effet alors que c'est le regard sur la personne âgée qui doit changer, qui ne doit pas uniquement se focaliser au travers du filtre de la dépendance, des pertes, des déficiences.

L'anecdote qui suit, évoquée par PM, est assez révélatrice de comment l'institution et les personnels peu préparés à vivre et à être confrontés à la sexualité des personnes âgées, peut réagir. La réponse face au couple surpris lors d'un rapport sexuel a entraîné une réponse violente pour le couple, (séparation en force) et le silence qui a suivi, l'aide-soignante était « sidérée » et n'a pas pu s'exprimer sur son ressenti et il a été fait une sorte de choix, celui de garder secrète cette situation.

L'action/réaction n'a pas permis de travailler autour de cette situation et a fait des dommages collatéraux pour ce couple et pour l'aide-soignante qui n'a rien pu en dire en équipe. On sait seulement qu'elle a envisagé la dame de ce couple comme peut-être non consentante mais là, également, il semble important d'aller en parler aux personnes concernées elles-mêmes.

Une autre idée développée par P est celle de l'impact de la connaissance d'une vie affective et/ou sexuelle sur les pair.e.s : c'est-à-dire, quel regard les résident.e.s d'un EHPAD ont-ils/elles sur le fait que l'un/e d'entre eux/elles a une relation affective ou sexuelle ?

Il est question de « montrer du doigt », « d'incompréhension », de jugements de valeur et de tabou lié à la sexualité « pas dit, caché » liée aussi à une époque. On ne peut effectivement pas nier que les personnes vivant en EHPAD appartiennent à une génération où la sexualité n'était pas abordée, et il n'est pas surprenant qu'il y ait du côté des personnes âgées un jugement moral ou de la censure sur ce sujet.

De plus, le fait de vivre ensemble au sein de la même collectivité peut renforcer cet effet de règles implicites de silence.

Néanmoins, on peut supposer qu'une partie de la génération suivante qui aura eu environ vingt ans en mai 1968 et aura été actrice de la libération sexuelle, du droit à l'avortement et de la contraception n'aura sans doute pas les mêmes freins, ni la même vision des choses.

La proposition est donc de faire « circuler la parole », d'aborder les questions de la vie affective, relationnelle et sexuelle qui de toute façon sont présentes. On suppose aussi qu'il existe du côté des personnes âgées un besoin d'écoute, il est d'ailleurs question dans certaines situations de mal-être.

Le rapport au corps est aussi évoqué, notamment dans le moment de la toilette où les aspects sexuels peuvent être présents. Une question importante est posée : « Comment préserver l'intimité dans le collectif ? ». Le corps est objet de soin et à ce titre peut être contraint, et l'intimité de ces moments est une intimité qui n'est pas toujours décidée par la personne dépendante.

« Ça résonne comme du bon sens mais pris dans le tourbillon de l'institution, ce n'est pas évident ! » indique que des règles d'attention à l'autre sont quelquefois oubliées du fait du rythme de travail et du manque de personnel dans les EHPAD. P explique que le cadre institutionnel vu comme « artificiel » favorise aussi une forme de consensus de tous concernant une prise en charge uniforme pour tous.

Le sentiment de tout puissance « On déborde ! » laisse de côté la singularité et l'individu. On voit a contrario que l'écoute personnalisée et la prise en compte des désirs permet de réinsuffler une dynamique positive : « C'est une renaissance, je revis ! »

La possibilité de s'exprimer est vue comme toujours possible et P évoque le fait aussi « qu'une dame puisse en parler »... Ce qui sous-entend peut-être que la parole des femmes âgées dans ce domaine est rare, peut-être davantage que celle des hommes.

Concernant les jugements, elle donne aussi l'exemple d'une résidente atteinte du VIH et souffrant d'une double peine : celle de la maladie et celle des regards portés sur elle. PM rebondit sur la question des représentations autour du VIH pour mettre en avant le rejet que vivent les personnes séropositives (non accès à une piscine) de la part de structures publiques. L'accent est mis sur les discriminations du fait de peurs irrationnelles sur le VIH. L'information, en particulier sur les risques de transmission, n'a pas suffi dans ce cas pour faire changer les personnes de posture.

Au cours de l'entretien, P précise qu'une intervention sur la sexualité, un espace de parole serait « bien » aussi pour les personnes âgées. La situation expliquée précédemment par PM au sujet des personnes porteuses du VIH et discriminées amène-t-elle à penser à un temps qui serait dédié aux résident.e.s sous la forme d'une éducation à la sexualité ? (informations, prévention, idées reçues...). Les deux interviewées estiment que cette question « touche tout le monde » : soignant.e.s, familles, résident.e.s.

Cette question de la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées concerne donc tout le monde, elle est décrite comme « engageante » et « hyper intime » mais il s'agit ici non pas de s'exposer mais de réfléchir entre professionnel.le.s pour proposer un mieux-être avec l'idée de favoriser la santé sexuelle.

Les professionnelles qui ont bien voulu répondre à cet entretien ont mis en lumière des notions d'assujettissement de la personne âgée, d'un certain déni de la sexualité de la part de soignant.e.s, de tabou et d'incitation éventuellement problématique à la sexualité qui s'opposent à celles de liberté, de droit à l'intimité, de plaisir, de désir et d'ouverture au monde.

III) Le Programme pour agir du Planning Familial 13: Handicap et alors? Une application possible en EHPAD ?

Il est donc important de recueillir des éléments du terrain, ne serait-ce que pour relever les réactions des professionnel.le.s et noter ce qu'ils mettent en avant « à chaud » sans être préparé à répondre à un entretien sur ce thème et peut-être en ne connaissant pas nécessairement les missions variées du Conseil Conjugal et familial.

En ce qui concerne ma propre réflexion, je me suis également appuyée sur le « Programme Pour Agir : handicap et alors ? » qui est un outil mis en place par une CCF du planning Familial de Marseille.

Pensé par le Planning Familial 13, ce programme utilisé dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées considère la question de handicap et de la sexualité côte à côte. En effet, ce programme en présente les enjeux et implications et part de l'idée que chaque être humain est concerné par le sujet de la sexualité quel que soit sa situation et son handicap physique ou mental. Or, ce qui peut être proposé à destination des personnes handicapées dans des établissements médico-sociaux, aux professionnel.le.s qui y travaillent, aux institutions et aux familles pourraient s'appliquer, à mon sens à des personnes et personnels d'EHPAD.

Philippe Pitaud, (que j'ai eu l'occasion de rencontrer), président de l'Institut de Gérontologie sociale de Marseille et professeur honoraire au département des neurosciences de l'Université d'Aix Marseille, a d'ailleurs intitulé un de ses ouvrages cité précédemment « Sexualité, handicaps et vieillissement ». Il existe bien des passerelles et des similitudes dans la manière d'aborder ces publics que sont les personnes en situation de handicap et vieillissantes.

Elles ont souvent en commun également le fait d'être plus vulnérables, et d'être institutionnalisées pour certaines.

Chacun quel que soit son âge peut avoir une sexualité, et les personnes en Institution bien que menant une vie avec des règles de vie collective ont le droit d'exprimer leur individualité et leurs désirs. Les personnes âgées des EHPAD connaissent du fait de leur vieillissement des handicaps et l'on peut donc les inclure dans cette réflexion qui concerne les personnes en situation de handicap.

C'est la connaissance des spécificités des personnes et des handicaps qui permettra de cibler plus précisément les actions à mettre en œuvre mais la démarche me semble valable pour tous puisqu'elle recoupe des fondements similaires comme le respect de la vie privée, l'exercice de l'autonomie, le droit à une meilleure santé et à l'épanouissement ainsi que des concepts comme le consentement.

On l'a vu précédemment, les représentations des institutions, des familles et des professionnels sont un frein à la prise en compte des questions liées à la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes et la formation initiale des professionnel.le.s dans ce domaine est souvent insuffisante. Par ailleurs, les limites institutionnelles réduisent encore la reconnaissance des besoins dans ce domaine.

Les objectifs du « Programme Agir Handicap : et alors ? » relèvent ce défi en visant des objectifs comme la libération de la parole, favoriser l'accès au corps, à la vie affective et à la sexualité, aider les familles, les professionnel.le.s et les institutions en leur apportant des outils concrets. Cela passe par un travail en équipe, un questionnement des pratiques pour « construire collectivement des positionnements professionnel.le.s et acquérir des techniques d'écoute qui feront d'eux des interlocuteurs possibles sur la vie affective, relationnelle et sexuelle. »

Il s'agit aussi d'agir en faveur de la santé sexuelle, de réduire les risques sexuels et la prévention des violences et de proposer des relais et des personnes ressources pour ne pas être isolé.e sur le terrain.

Parmi les thématiques abordées par « Agir handicap : et alors ? », certaines me paraissent adaptées pour un groupe de paroles de personnes âgées en EHPAD en adaptant celles-ci en fonction du groupe et avec des outils d'animation spécifiques.

-Sur la vie affective et la relation à l'autre :

La relation amoureuse notamment les attirances, la jalousie, la pudeur, l'égalité entre personnes valides et non valides, la difficulté de rencontre en institution, le ressenti et la gestion des émotions, les limites individuelles et collectives concernant l'intimité, le consentement, les interdits sociaux.

-Sur le corps et l'autonomie :

Le fonctionnement de son corps et le ressenti par rapport à celui-ci, érection et pannes d'érection

-Sur la sexualité :

Désir et ressenti, plaisir sexuel et masturbation, normes sexuelles, hétérosexualité, homosexualité, relations sexuelles et conditions liées au bien-être, à l'épanouissement, à la santé sexuelle

-Sur l'approche de genre :

Vécu de la sexualité au féminin et au masculin, stéréotypes de genre

Sur la réduction des risques et la prévention :

Les modes de transmission du VIH et autres IST, lieux de dépistage et lieux ressources pour le dépistage

-Sur les violences :

Les différents types de violences dans les relations amoureuses, les difficultés inhérentes à la vie en collectivité, la violence de l'institution, les violences faites à soi ou aux autres, l'homophobie.

On peut donc faire le constat que l'intervention en Conseil Conjugal et familial peut s'appréhender en utilisant une partie du programme Agir : Handicap et alors ?

Pour affiner encore les outils possibles d'intervention en EHPAD, on peut aussi s'appuyer sur le travail réalisé par le Planning Familial de Vaucluse qui a mis en place une formation à destination des professionnel.le.s et qui s'intitule : Vieillir, désirs, plaisirs.

IV) La formation « Vieillir, désirs, plaisirs » du Planning Familial de Vaucluse

Cette problématique a donc été envisagée par le Planning Familial 84. J'ai donc recueilli des éléments auprès de Chafica Ladaycia responsable de cette formation afin d'en connaître le contexte d'émergence, les demandes faites autour de cette thématique par les professionnel.le.s et éventuellement les retours après formation. J'ai également interrogé la vision de la place d'un.e CCF en EHPAD auprès des responsables de cette formation.

J'ai recueilli comme éléments de cette expérience qu'il existe une forte demande des professionnel.le.s concernant cette formation mais pas suffisamment de moyens pour qu'elle soit mise en place malgré l'aval de l'ARS, que chaque programme de formation mobilise des personnels soignants souvent en effectifs eux-mêmes insuffisants du fait d'un turn-over important des professionnel.le.s. Il y a donc, malgré l'intérêt très fort de tous, un principe de réalité qui a pu freiner (en particulier depuis la crise sanitaire) la réalisation de ce programme.

Après appui sur ces différents outils, (pour rappel) :

- le référentiel d'activités et de compétences en Conseil Conjugal et Familial,
- le projet mis en œuvre pour favoriser la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées en EHPAD impulsé par l'ARS (Château de Louche en région parisienne),
- le recueil d'informations par entretien semi-directif auprès de professionnelles de l'EHPAD Val de Régnay à Marseille,
- le programme Agir : « Handicap et alors ? » du Planning Familial de Marseille,
- les informations concernant la formation : « Vieillir, Désirs, Plaisirs » élaboré par le Planning de Vaucluse

J'ai abouti à l'idée que je pouvais proposer un outil pour un.e CCF qui interviendrait en EHPAD. Je me suis inspirée de ma préparation à une intervention personnelle auprès de mon groupe de formation et supervisé par la responsable de formation sur le thème suivant : « Vieillesse et santé sexuelle ».

V) Proposition d'une intervention auprès des professionnel.le.s en EHPAD sur le thème « Vieillesse et santé sexuelle »

Ce travail m'a permis de déterminer des objectifs pédagogiques, de choisir des outils d'animation et d'entrevoir les multiples possibilités de réflexion autour de ce thème, en particulier la question du genre. Cette intervention mise en place à destination de CCF en formation comme moi me semble pouvoir en partie être utilisée auprès de professionnel.le.s intervenant en EHPAD. Cela devient une application pratique par le biais de l'éducation populaire des éléments de réflexion proposées précédemment afin de sensibiliser les professionnel.le.s à la promotion d'une meilleure vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées dont ils ont la charge.

Voici le descriptif de cette intervention individuelle thématique. Sachant que le thème du vieillissement et de la santé sexuelle est très large, j'ai ciblé mon intervention sur les questions liées au genre.

Les objectifs pédagogiques visés sont :

Repérer le poids des représentations sur la sexualité au grand âge (notions de tabou)

Repérer les discriminations (âgisme et sexisme) concernant la sexualité des femmes âgées qui à l'inverse des hommes vivent une forme d'invisibilité du fait de la vieillesse (corollaire jeunesse et féminité et donc séduction dans l'imaginaire collectif)

Échanger autour des phénomènes physiologiques comme la ménopause (forme de construction sociale qui détermine un seuil dans la vie d'une femme), l'andropause (phénomène physiologique sous-évalué chez les hommes mais ayant une incidence semblable à la ménopause en terme de symptômes), afin de repérer ici aussi des discriminations de genre qui font pression sur les individus.

Échanger autour de la primauté du domaine médical sur les questions du « bien-vieillir » en particulier de la place que peuvent avoir les traitements hormonaux de substitution et ce qu'ils signifient en tant que médicaments pour conserver sa virilité et sa féminité.

Proposer une réflexion sur la sexualité des personnes âgées en EHPAD : le poids de l'institution, la question de l'intimité et de la posture des professionnels exerçant dans ces structures.

Réfléchir à ce qu'est la sexualité : se réduit-elle à un acte sexuel ou peut-on l'envisager comme avant tout relationnelle et non performative ? S'interroger sur la question du désir au grand âge.

Les outils pédagogiques :

Le démarrage de l'intervention en formation se fait avec l'échange d'une balle entre les participants, balle que ceux-ci se lancent en énonçant leurs représentations et ressentis autour de la vieillesse et de la sexualité des personnes âgées. Cette activité sur le ressenti peut aussi se décliner à partir d'un brainstorming.

Sur l'aspect des informations physiologiques et légales : je pourrais proposer un Power Point qui illustre le vieillissement et ses effets sur le corps et les organes (modifications) ainsi qu'un rappel de la définition de la santé sexuelle selon l'OMS.

Un autre outil pour une activité pourrait être la frise affichée au mur : frise chronologique indiquant les grands événements de la vie (naissance, enfance, puberté, adolescence, âge adulte, maturité, ménopause/andropause etc.) sur laquelle chacun peut coller un post-it visible pour tout le groupe et dont l'intitulé est pour chaque période « ce que j'y perds/ce que j'y gagne).

Il semble aussi pertinent de proposer aux participants un groupe de paroles autour d'« une chose que j'apprécie ou que j'appréhende dans le fait de vieillir ». En effet, une grande partie du travail autour de la sensibilisation à meilleure qualité de vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées passe par le travail des professionnel.le.s sur leurs propres représentations dans ce domaine.

On peut aussi utiliser des mises en situation qui peuvent permettre une réflexion autour de ce thème comme par exemple :

Vous êtes directrice d'un EHPAD. Le fils et la fille d'une résidente de l'EHPAD X âgée de 84 ans, veuve et souffrant de troubles cognitifs sévères fréquente un résident de son âge. On les croise main dans la main dans les couloirs. Il vient lui rendre visite fréquemment dans sa chambre et le personnel a peu de doute sur le fait qu'il se noue une relation amoureuse. Le fils et la fille de celle-ci ont eu connaissance par une aide-soignante de cette relation et viennent vous demander de faire cesser cette situation. (« Notre mère est veuve, fragile, ce monsieur doit faire pression sur elle et lui faire des avances alors qu'elle n'est pas en mesure de refuser ».)

Vous êtes une aide-soignante arrivée récemment dans l'EHPAD X. C'est votre premier poste. Vous vous occupez des toilettes du matin. Parmi les personnes dont vous avez la charge un homme de 76 ans, extraverti et farceur, fait des sous-entendus sur le fait que vous lui plaisez beaucoup. Lors d'une aide à la douche, vous remarquez que ce monsieur a une érection.

Vous êtes CCF dans l'EHPAD X. Lors d'un groupe de paroles, un résident de 79 ans réagit fortement lorsque vous évoquez le risque d'IST chez les senior.e.s. Vous avez abordé la question de la prévention, de l'utilisation des préservatifs. Il vous dit que les IST ne le concernent pas même s'il évoque des prises de risques antérieures avec des rapports non protégés. Les préservatifs c'est « pour les jeunes (contraception) et les homosexuels (IST). »

Un homme de 74 ans vient au groupe de paroles animé par une CCF. On ne lui connaît pas de compagne actuelle ou passée. Il a dans sa chambre des photos de vacances où on le voit avec un homme. Une des résidentes les a vues et lui demande s'il s'agit bien de son cousin sur ces photos car elle pense que c'est ou cela a été son petit ami.

L'intérêt d'avoir choisi ce thème « Vieillesse et santé sexuelle » pour mon intervention individuelle en formation est d'avoir pu croiser ce travail avec celui de cet écrit professionnel. Il m'a permis de réfléchir à la mise en place d'un outil pratique d'animation.

J'ai pu par ailleurs avoir un retour d'expérience d'une CCF intervenant en EHPAD dans le département du Jura qui vient compléter l'enquête de terrain :

Michelle Crinquand, CCF libérale à Lons-le-Saunier intervient à la demande d'un cabinet de formation auprès d'IDE et d'aides-soignants autour de la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées. La formation est subventionnée par l'Agence Régionale de Santé. Elle a également une formation de sexothérapeute.

Voici quelques éléments recueillis lors d'un entretien téléphonique :

L'objectif est de considérer et remettre la sexualité comme faisant partie intégrante de la santé, de s'interroger sur le vécu de la personne âgée et de mieux savoir quoi en faire.

Les EHPAD titulaires du label « Humanitude » sont davantage sensibilisés à cette question et à la dignité de la personne âgée en général, la question du désir, d'être bien dans sa vie.

Il s'agit pour les professionnel.le.s d'avoir une bienveillance vis-à-vis de leurs propres représentations et en abordant ces notions sur les bienfaits de la sexualité, ils sentent également plus rassuré.e.s, plus à même d'accompagner les personnes âgées, de faire face à leurs interrogations, d'être en lien avec les familles.

En plus de groupes de paroles à destination des professionnel.le.s, des ateliers ont été mis en place sur le thème des « premières fois » où sont abordés des éléments du vécu (quelquefois traumatique).

Des demandes comme l'accès à internet par les personnes âgées sont en augmentation en EHPAD

Conclusion

Le thème de la vie affective, relationnelle et sexuelle est un thème vaste qui peut se décliner par le biais de différents apports théoriques pour en saisir la complexité

La notion des représentations de tous sur le sujet de la sexualité des personnes âgées est à la base d'une réflexion qui est utile aux professionnel.le.s.

Il semble au regard de cette brève enquête de terrain que les EHPAD qui sont plus susceptibles d'aborder les questions de vie affective, relationnelle et sexuelle sont peut-être ceux qui sont déjà sensibilisés à des thèmes en lien avec une réflexion sur leur pratique professionnelle (exemple de la formation sur la bientraitance)

Le travail d'un.e CCF peut se concevoir à la fois comme une formation des professionnel.le.s et un espace d'écoute et de paroles pour les personnes âgées sous la forme d'intervention autour de thèmes, de groupes de paroles, d'une permanence.

Le travail peut se penser comme les interventions menées dans les EMS puisque l'on y trouve des similitudes (personnes éventuellement porteuses de handicap, vivant en collectivité) et pour lesquelles les méthodes d'intervention doivent être adaptées : quel public ? Quel âge ? Quelles demandes/besoins/problématiques ?

L'idée des savoirs de chacun est essentielle et rejoint le concept d'éducation populaire basé sur l'expérience

L'éducation à la sexualité peut se considérer à tous les âges de la vie, y compris quand on est âgé. On a toujours quelque chose à transmettre et à apprendre de l'autre.

Cette position de faire une place à la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées sous-entend que l'on se préoccupe de leur santé, de leurs relations aux autres, et qu'ils sont acteur.rice.s de leur vie.

C'est promouvoir une meilleure santé pour celles-ci et espérer augmenter la qualité de vie et lutter contre l'isolement.

C'est avoir en tant que professionnel.le, une vision évolutive en fonction des personnes résidentes en EHPAD qui n'ont pas la même histoire collective que celle de la génération suivante.

Les thèmes du vieillissement, de la sexualité et de la technologie sont des enjeux majeurs pour l'avenir, ce qui donne à ce questionnement un caractère très actuel et en évolution et fait aussi toute la richesse du métier de CCF lui-même très ouvert et créatif face à ces questions de société.



Ressources documentaires

Bibliographie

Marie-Christine Beaurepaire, *Amours de vieillesse*, Mémoire de Conseil Conjugal et Familial, Planning Familial de Lille, 2014/2015.

Georges Debled, *Au-delà de cette limite votre ticket est toujours valable : comment vaincre le vieillissement de l'homme*, Albin Michel, 1992.

Simone de Beauvoir, *la Vieillesse*, Ed. Gallimard, 1970.

Marick Fèvre et Nicolas Riguidel, (sous la direction de), *Amours de vieillesse*, sous la direction de, Hygée éditions, 2014.

Robert Neuburger, *Les territoires de l'intime : l'individu, le couple, la famille*, Odile Jacob poches, 2018.

Philippe Pitaud (sous la Direction de), *l'Age, l'intimité et l'Institution*, in Sexualité, handicaps et vieillissement, Pratiques du champ social, Ed Erès, 2011.

Gérard Ribes, C. Délbès, *Sexualité et vieillissement*, in Sexualité, handicaps et vieillissement, Pratiques du champ social, Ed Erès, 2011.

Jean-Baptiste Thierry, *Appréhension juridique de la sexualité de personnes handicapées*, in Sexualité, handicaps et vieillissement, Pratiques du champ social, Ed Eres, 2011.

Denis Vaginay, *Sexualité et handicap mental : lois, majorité et consentement*, in Sexualité, handicaps et vieillissement, Pratiques du champ social, Ed Erès, 2011.

Chloé Vallée, *Vieillesse et sexualité*, In Anthropologie sociale et ethnologie, 2014.

Webographie

Mooc I et 2 la santé sexuelle pour tous, Université Paris Diderot, Santé sexuelle, *Sexologie et Droits Humains* :

<https://santesexuelle-droitshumains.org/cours-en-ligne...>

Ascelliance Retraite, sexe en EHPAD, comment ça se passe ? *EHPAD : comment l'intimité est-elle gérée ?*

www.ascelliance-retraite.fr/fr/placement-maison-retraite/sexe-ehpad-senior.html

L'actualité sociale avec le décodeur, *les ébats mettent en émoi*, Manon Legrand, Alter Echos n° 469, 19/12/2018 :

www.alterechos.be/assistance-sexuelle-les-ebats-mettent-en-emoi/

Santé Publique France, la santé à tout âge, bien vieillir, *la sexualité des seniors* :

<http://www.pourbienvieillir.fr/la-sexualite-des-seniors>

Ageing equal, Révolution sénior, *une campagne pour changer notre perception des seniors et de leur sexualité* :

<https://ageing-equal.org/revolution-senior/>

Age Village, le site d'infos des seniors et des aidants :

<https://www.agevillage.com>

Articles

Andropause et ménopause : *la sexualité sur ordonnance*, Véronique Moulinié, Clio. Femmes, Genre, Histoire.

Nathalie Bajos, Alfred Spira ACSF, Sciences Sociales et Santé, 1991

Comité d'éthique, avis n°8, juillet 2017, *quelle intimité pour les personnes âgées en Institution ?*

Vie affective et sexuelle en EHPAD Ministère des Solidarités et de la Santé : projet porté par l'EHPAD, résidence du Château de Louche, Annet sur Marne (2017).

Hôpitaux de Saint-Maurice, Comité d'éthique, avis n°8, juillet 2017, *quelle intimité pour les personnes âgées en Institution?*

Véronique Lefebvre des Noettes, Jacques Gaillard : *Sexualité et avancée en âge*, In L'information psychiatrique, n°9, 2015.

Femmes et vieillissements : nouveaux regards, nouvelles réalités, recherches féministes, Erudit, vol 26, n°2.

Prévenir les infections sexuellement transmissibles chez les plus de 60 ans, Module Interprofessionnel, Presses de l'EHESP, 2019-2020.

Nathalie Levray, *Sexualité en EHPAD : le désir ne s'efface pas avec l'âge*, Gazette santé social, n°149, 03/2018.

Marcel Nuss, Président de l'APPAS : *en toute illégalité, l'accompagnement sexuel et l'hypocrisie française*, France handicap Info, Pétition et tribune libre, 13/09/2016.

Podcasts et radio

Vieilles, et alors ? (14), Un podcast à soi, Arte Radio, janvier 2019.

France Culture, LSD la série documentaire, Vieillesse et dépendance, la vie sous contrainte, *l'Amour à l'EHPAD* épisode 3.

Ressources

Charte des droits et des libertés de la personne accueillie

Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante

Référentiel de compétences et d'activités en Conseil Conjugal et Familial (3/12/10, annexe 2)

Mots clefs

EHPAD

Sexualité

Viellisse

Qu'en est-il de la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées en EHPAD ?

Quels sont les éléments qui peuvent freiner ou favoriser l'expression des désirs au sein de l'Institution ? La vie affective, relationnelle et sexuelle des plus âgé.e.s mérite d'être considérée comme un aspect essentiel de la bonne santé de tout un chacun.e. Les professionnel.le.s exerçant auprès des personnes âgées ne peuvent éviter les débats institutionnels qui entourent ces questions et soulèvent quelquefois des débats juridiques voire éthiques. Quelle sont les limites entre l'autonomie et la sécurité, la place des familles ?

Peut-on réfléchir dans ce contexte à une éducation à la sexualité similaire à celle existant dans certains établissements médico-sociaux ?

Quels sont les débats actuels en France et à l'étranger autour des réponses concernant la sexualité des personnes en Institution ?

Qu'en est-il des discriminations autour de la vieillesse, du genre et de l'orientation sexuelle ?

Ces différentes problématiques tenteront de faire l'objet d'une réflexion dans cet écrit de fin de formation afin de savoir si celles-ci peuvent faire partie des missions et compétences du Conseil Conjugal et familial, comment et avec quels outils en termes de formation et d'intervention.