

Cercle Vulnérabilités et Société

**Être soi jusqu'au bout de la vie
en établissement et à domicile**

Les seniors LGBT+, éclaireurs
d'une révolution de l'intime

SOMMAIRE



Introduction	3
---------------------	---



Un constat : une minorisation de la vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées de moins en moins en phase avec les aspirations de la nouvelle génération de résident(e)s	5
--	---

① Une réalité de non prise en compte génératrice de frictions et de contraintes	5
② L'émergence d'une nouvelle génération d'« aspirations »	7



Les personnes LGBT+, révélatrices des attentes des résident(e)s d'établissements et services quant à la prise en compte de l'intime	8
--	---

① Une progressive mutation générationnelle et sociologique	8
② Un parcours de vie marqué par un contexte institutionnellement et socialement répressif	9
③ Des spécificités psychosociales et de santé à prendre en compte	10



Penser le vieillissement des personnes LGBT+, c'est valoriser leur fonction d'éclaireurs pour lever les freins à l'accompagnement au sein des établissements et des résidences pour personnes âgées	11
--	----

① Des représentations culturelles qui oscillent entre déni complet et pathologisation du désir et du plaisir au grand âge	11
② Des déterminants physiologiques et psychosociaux qui redéfinissent les contours de la sexualité	12
③ Des problématiques éthiques face aux situations de désinhibition ou aux incertitudes quant au plein consentement des parties prenantes	13
④ Un manque de sensibilisation et formation qui entretient l'inconfort des équipes	13
⑤ Des contraintes architecturales et systémiques inhérentes aux établissements pour personnes âgées	14



Des propositions déclinées autour de 3 axes opérationnels	15
--	----

 Axe n°1 : Prévention et éducation à la santé sexuelle : créer les conditions du bien-être psycho-affectif de la personne	15
---	----

 Axe n°2 : Préserver et assurer le plein respect de la vie affective, intime et sexuelle	17
--	----

 Axe n°3 : Favoriser un plein continuum du parcours de vie des personnes au sein d'une offre de service élargie	19
---	----



Conclusion	21
-------------------	----



INTRODUCTION

Sous l'influence de générations relativement discrètes sur la question, la vie intime, affective et sexuelle des personnes âgées demeure un sujet encore occulté dans la société. On compte en France une proportion importante de seniors LGBT+, dont le nombre reste toutefois difficile à estimer faute d'enquêtes rigoureuses en la matière. Leur isolement social est parfois prégnant, tandis que cette population présente des taux de suicide bien plus élevés que la population générale. La situation des personnes LGBT+ et des personnes vivant avec le VIH a été récemment mis en lumière, à travers le Rapport sur le vieillissement des Personnes LGBT et des PPVIH remis en 2013 à Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, ainsi que du fait du militantisme de quelques associations médiatiques, parmi lesquelles Grey Pride, Rainbold Society, Les Audacieuses et Les Audacieux et l'Autre Cercle.

Si quelques récentes avancées ont été obtenues pour ces publics, notamment la prise en compte du PACS pour le versement des pensions de réversion aux conjoints homosexuels, ou la mise en place du label « GreyPride Bienvenue » à Paris, la vieillesse s'apparente encore trop souvent à un « dernier placard » pour les personnes LGBT+. L'environnement légal, social et sanitaire tend à fragiliser des personnes qui ont fait l'expérience de discriminations légales, et bien souvent de ruptures de liens familiaux tout au long de leur vie.

En lien étroit avec le Ministère délégué auprès du Premier ministre, chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances et le Ministère délégué auprès du ministre des Solidarités et de la Santé chargé de l'Autonomie, le Cercle Vulnérabilités & Société, agissant en sa qualité de *think and do tank*, a décidé d'apporter sa contribution à la réflexion sur le bien-vieillir LGBT+ en établissement et services pour personnes âgées. Ces travaux ont plus particulièrement vocation à nourrir le Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023, et son action 36 « Bien vieillir LGBT+ » (axe 8 : Soutenir les publics spécifiques).

Comme les précédentes notes de position, ce document s'appuie sur l'expérience et les bonnes pratiques mises en place par certains membres du Cercle, mais aussi sur des entretiens réalisés avec des acteurs associatifs et des spécialistes. A partir d'un état des lieux des connaissances autour des personnes âgées LGBT+ et d'une cartographie des freins à une prise en compte de la vie affective, intime et sexuelle en établissement, cette réflexion ouvre trois champs d'action prioritaires au sein desquels figurent des propositions opérationnelles ciblées.

Les personnes LGBT+ ont su, au cours des dernières décennies, mettre sur la place publique le sujet de la vie affective, intime et sexuelle, et faire valoir leur droit à la différence, insistant sur la nécessaire réappropriation du corps. **Mieux prendre en compte les attentes et le vieillissement des personnes LGBT+, véritables « ambassadeurs » des aspirations de toute une génération au regard de la prise en compte de leur identité sexuelle et de leur intimité, constitue ainsi une opportunité de faire bouger les lignes au sein des établissements et des services pour personnes âgées.**

Dans ce contexte, la note souligne l'importance de considérer l'élargissement de l'offre de service à travers le prisme du parcours de vie (et non du seul lieu de vie). Le point d'équilibre à trouver préfigure les transformations à venir des établissements et résidences pour personnes âgées face aux demandes croissantes de personnalisation des services et de l'accompagnement dans un contexte de mutation générationnelle et sociologique.

PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

Contrairement aux idées reçues, la sexualité ne s'éteint pas avec l'âge, et, si chez les personnes âgées la recherche de sensorialité et d'affectivité tend à prendre le pas sur la génitalité, la vie affective, intime et sexuelle reste une préoccupation notable de ces dernières.

- Plutôt que d'évoquer la seule sexualité, on préférera évoquer la **vie affective, intime et sexuelle**, soit une intimité physique et émotionnelle, qui comprend non seulement les plaisirs charnels, les désirs et les fantasmes, mais aussi l'affectivité, la tendresse, les émotions, l'affirmation de son corps et sa subjectivité autant que la narration de son histoire de vie.
- La vie affective, intime et sexuelle ne saurait être considérée comme un droit du résident, ainsi qu'elle est souvent présentée à tort, tant elle consiste avant toute chose en **l'affirmation de l'être et de la singularité de chacun**. L'expression de cette intimité est d'autant plus essentielle qu'elle participe à la bonne santé de chacun, à un vécu positif de l'avancée en âge et à continuer à se sentir exister dans son être et dans le regard de l'autre, et ce jusqu'au bout de sa vie.

Dans les représentations collectives comme dans les politiques publiques ou procédures d'accompagnement des gestionnaires d'établissements, les personnes âgées LGBT+ restent en outre trop souvent un impensé. La mobilisation d'acteurs associatifs et des films comme *Les Invisibles*, de Sébastien Lifshitz (2012), ont fait entrer cette thématique dans un agenda médiatique et une esthétique homosexuelle qui sur-visibilisent des corps jeunes.

- On entend ici par **LGBT+** l'ensemble des identités de genre, caractéristiques ou orientations sexuelles ne répondant pas à la norme hétérosexuelle et cisgenre.
- Les orientations LGBT+ sont à appréhender non seulement comme des identités, mais aussi et tout autant, dans une perspective foucauldienne, comme des « **styles de vie** », soit des pratiques sociales et identifications culturelles différenciées, une conscience socio-historique commune, etc. loin de réifier un « particularisme identitaire ».

Tous les établissements et les résidences pour personnes âgées étant des lieux de vie avant d'être des lieux de soin, la prise en compte de la vie affective, intime et sexuelle et du bien-vieillir LGBT+ doit procéder d'une politique globale et agir à un double niveau :

- Une connaissance précise du **cadre réglementaire et des données sociologiques, déontologiques et légales**, dont découle une série de pratiques (préservation de l'intimité, etc.)
- Un **climat d'écoute, de bienveillance et d'accompagnement** qui trouve un juste équilibre entre la négation complète de ces questions, et une injonction qui serait contraire à tout principe éthique.

Favoriser le bien-vieillir LGBT+ en établissement ne saurait toutefois se réduire à la seule prise en compte de la vie affective et sexuelle. Toutefois, le bien vieillir LGBT+ doit se comprendre comme une démarche visant à respecter la prise en compte de l'humain dans toute sa singularité, et la santé dans toutes ses composantes (physiques, mais aussi sociale, psychique, spirituelle, etc.). Plus encore, **la création d'un environnement inclusif en établissement pour les personnes LGBT+, peut et doit venir renforcer le bien-être et le bien-vieillir de toutes et tous**. Si la note a plus particulièrement été travaillée dans le contexte des établissements et résidences pour personnes âgées, nombre de propositions sont également susceptibles de s'appliquer à domicile ou dans des dispositifs d'habitat alternatif.



UN CONSTAT

UNE MINORISATION DE LA VIE AFFECTIVE, INTIME ET SEXUELLE DES PERSONNES ÂGÉES DE MOINS EN MOINS EN PHASE AVEC LES ASPIRATIONS DE LA NOUVELLE GÉNÉRATION DE RÉSIDENT(E)S

1 Une réalité de non prise en compte génératrice de frictions et de contraintes

Les établissements, en premier lieu les EHPAD, ont été construits pour des personnes seules et autour d'un modèle sanitaire fréquemment assorti de précautions sécuritaires maximalistes. A la mission d'accompagner le vieillissement et la perte d'autonomie de personnes âgées s'ajoute ainsi trop souvent une forme de contrôle social et de surveillance permanente, qui peuvent s'avérer liberticides pour les personnes et rognent nécessairement sur l'intime. Ainsi de la non-fourniture des clés de chambres ou du lit « une place », autant de signaux implicitement envoyés par l'institution qui marquent de la limitation et de la contrainte.

La vie affective, intime et sexuelle a pu, jusqu'à présent, par convenance, déni, crainte, manque de temps ou de familiarité avec la question, être évacuée ou abordée à la marge dans le projet d'établissement et les pratiques professionnelles de tout un chacun. **Elle est à ce jour encore l'objet de frictions multiples dans les parcours de vie en établissement, comme l'illustre les trois profils idéal-typiques décrits ci-dessous :**



Mme C est célibataire et n'a pas d'enfant. Avant son entrée en établissement, elle était épaulée dans son quotidien par une communauté d'amies lesbiennes. Or, la situation de santé de Mme C s'est rapidement détériorée et elle ne voulait plus faire peser sa perte d'autonomie à ses proches. Régulièrement, les amies de Mme C viennent lui rendre visite, mais elle se sent très souvent seule.



Une aide-soignante est entrée de manière engagée dans la chambre de Mme C afin d'effectuer des soins quotidiens et l'a surpris alors qu'elle se masturbait. L'aide-soignante est outrée de la voir pratiquer cet acte, alors que Mme C se sent dans son droit.



Mme C est perçue par les autres résidents comme « la lesbienne de l'établissement » et est très souvent mise à l'écart dans des activités de groupe. Elle se sent exclue, discriminée et vit très mal la situation.



Mme C développe des troubles cognitifs au fil de son séjour, qui s'avèrent de plus en plus sévères. Elle a des relations intimes et sexuelles avec une autre résidente, aux troubles cognitifs légers, mais le personnel émet des doutes quant à l'effectivité de son consentement.



Mme H est mariée depuis ses 23 ans à son époux, avec qui elle a eu trois enfants. Elle est aujourd'hui atteinte de la maladie d'Alzheimer. Sa famille, ses enfants et son mari, s'est résignée à son entrée en établissement dans une unité protégée. Depuis son entrée en institution, Mme H tient régulièrement la main d'un autre résident, Mr J.



Un aide-soignant voulant réaliser des soins de nursing frappe à la porte de Mme H. Sans réponse, il décide d'entrer et surprend Mme H et cet autre résident, Mr J, en train de faire l'amour. La situation est vécue de façon gênante par l'ensemble des protagonistes. L'aide-soignant ressent même un peu de dégoût vis-à-vis de la situation.



Les enfants de Mme H décident de lui rendre visite. Lors de leur arrivée, ils entrent dans la chambre de leur mère sans frapper. Ils la surprennent effectuant des caresses à un autre résident, Mr J. Choqués par la situation, les enfants crient au scandale et demandent aux professionnels à ce que la situation de tromperie envers leur père cesse.



Lors de la toilette, Mme H demande souvent à une aide-soignante d'insister avec le pommeau de douche sur certaines zones érogènes. L'aide-soignante s'interroge sur la posture à adopter.



Développant une démence progressive, Mme H est prompt à des comportements de désinhibition. Elle est fréquemment retrouvée déambulant nue dans les couloirs de l'établissement.



Mr W est en couple avec Mr Y depuis leur soixantaine. Ils ont toujours veillé à être discrets en raison du parcours de Mr W. En effet, après avoir été marié et eu un enfant, il décide de divorcer à la majorité de son fils. Suite au divorce, il fait son *coming out*, qui est très mal vécu par sa famille, qui tout de suite le stigmatise et ne souhaite plus lui parler. L'enfant de Mr W a fini, au fil des années, par accepter la situation.



Mr W est le seul à intégrer l'établissement. Mr Y vient lui rendre visite plusieurs fois par semaine, mais ils n'ont pas encore annoncé leur union de peur de susciter des comportements discriminants envers Mr W. Seul l'espace de la chambre est un lieu dans lequel ils se sentent assez en sécurité pour être eux-mêmes.



Lors de son entrée dans l'établissement, Mr W a informé le directeur qu'il était séropositif et qu'il prenait un traitement. Or, certains professionnels sont réticents à être au contact de Mr W et craignent de possibles contaminations.



Mr W regrette les propos homophobes de son médecin traitant quant à sa trithérapie. Il souhaite bénéficier d'un médecin disposant d'une expertise en la matière, mais le médecin coordonnateur ne sait pas comment l'épauler dans ce choix.



Mr Y décède brutalement. Souhaitant poursuivre une vie affective et sexuelle, Mr W a recours aux services d'escorts, qui interviennent directement au sein de l'établissement, suscitant des questionnements de la part de l'équipe soignante.

② L'émergence d'une nouvelle génération d'« aspirations »

La génération actuelle qui arrive à l'âge de la retraite s'est affirmée dans une certaine exhibition du corps, dans une revendication d'un droit au plaisir, féminin notamment, dissocié de toute contrainte reproductive, et dans une construction plus fluide de son identité. Cette génération s'est plus fréquemment construite dans une forme « d'opposition à ». Si cette fibre contestataire avait pu s'éteindre à l'âge adulte, ce refus d'une forme de conformisme social se trouve vivifié chez beaucoup à l'arrivée à l'âge de la retraite. En témoigne par exemple l'explosion du nombre de divorces et de recompositions de couples chez les 60-70 ans, signe d'un discours social et religieux moins contenant, d'une aspiration grandissante à ne pas rester dans le statut enfermant de grands-parents, mais de prolonger une vie sociale, affective et sexuelle épanouie en dépit de l'avancée en âge.



Plus qu'une légitime question de principe, la prise en compte de la dimension affective, intime et sexuelle par les établissements va s'avérer une nécessité au vu des transformations sociologiques de ces dernières décennies et de l'arrivée d'une génération de baby-boomers qui a aspiré toute sa vie à « jouir sans entrave ».



LES PERSONNES LGBT+

RÉVÉLATRICES DES ATTENTES DES RÉSIDENT(E)S D'ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES QUANT À LA PRISE EN COMPTE DE L'INTIME

1 Une progressive mutation générationnelle et sociologique

Les personnes LGBT+ arrivant aujourd'hui à l'âge de la retraite ont vécu dans un contexte institutionnel et social qui a largement évolué : déclassification de l'homosexualité comme maladie, fin progressive de certaines discriminations légales, reconnaissance des unions homosexuelles à travers le Pacs, ouverture du mariage aux couples de même sexe en 2013, etc. Tirant partie des acquis de la révolution sexuelle des années 1970, la génération actuelle s'est ainsi affirmée dans une quête de droits et de visibilité, revendiquant de façon plus marquée le respect de leurs différences autant que la fin des discriminations.

Les seniors LGBT+ constituent aujourd'hui une communauté d'expériences, toujours à la recherche d'un environnement sécurisant et bienveillant mais souhaitant également, pour certains, conserver une série de pratiques sociales et culturelles différenciées qui ont forgé leur mode de vie. La plus grande acceptation sociale de l'homosexualité et les sociabilités renouvelées par les réseaux sociaux et Internet favorisent un vécu ouvert de l'identité gay en dépit de l'avancée en âge.

Cette nouvelle génération se distingue de la précédente, qui reste souvent invisible en établissement, par choix comme par craintes de rejet de la part des autres résident(e)s comme des professionnels ou des familles. Le contexte socio-historique dans lequel ces personnes ont évolué, marqué par des discriminations et des ruptures de vie (épidémie de sida, rejet familial, etc.), explique pour partie cette faible recherche de visibilité autant que le souhait d'un vieillissement en toute sécurité affective. Symbole des aspirations d'une génération soixante-huitarde, la nouvelle génération de seniors LGBT+ s'est affirmée dans une quête de droits et de visibilité et affiche explicitement ses attentes quant à une pleine appréhension des questions d'intimité et de sexualité en établissement.

Les personnes de moins de 70 ans ont vécu la libération sexuelle depuis 1968, la lutte contre le sida, l'accès au droit pour le mariage. Elles ont cherché une certaine visibilité et à pouvoir être respectées dans leurs différences, dans leurs choix. Elles ont mis sur la place publique des revendications qui les rendaient visibles et qui les sortaient du placard, ce n'est pas pour y revenir quand elles sont vieilles.

Francis CARRIER,
Fondateur et président du collectif GreyPride

2 Un parcours de vie marqué par un contexte institutionnellement et socialement répressif

Les seniors LGBT+ résidant actuellement en établissement ont vécu une grande partie de leur vie dans un contexte social où l'homosexualité et la transidentité étaient considérées comme des formes de vie immorales. Ils sont certes une communauté d'âge, mais surtout une communauté d'expériences, qui a traversé l'Histoire à un moment particulier, marquée par le sceau d'une homophobie institutionnelle, du déni social, et de discriminations sociales, sanitaires, familiales et légales. Ces individus ont parfois été obligés d'inventer une vie qui n'était pas la leur, voire de s'isoler.

La génération actuelle a été marquée de façon très vive par l'épidémie meurtrière de sida, source de ruptures de lien social, de discriminations, de deuils et de précarité économique, mais également d'un fort militantisme et de solidarités renouvelées. Du fait de ces « années de cendre » et d'un culte du jeunisme particulièrement prégnant au sein même de la communauté, la société semble mal préparée à l'idée que les personnes LGBT+ puissent vieillir.

De fait, les seniors LGBT+ actuellement en établissement ont pour beaucoup une revendication de visibilité moins prégnante que la génération actuelle. Alors qu'un certain nombre ont vécu des situations de discrimination, de violences, d'invisibilité ou la nécessité d'entretenir une double vie, cette génération est avant tout à la recherche d'un lieu où vieillir en pleine « sécurité affective » sans avoir à répondre à des questions inappropriées, sans devoir justifier leurs parcours de vie ni être dans l'obligation de réitérer un *coming out*. Ayant souvent dû mettre en place des stratégies d'évitement ou de défense au cours de leur vie, ces personnes tendent généralement à considérer que leur orientation sexuelle et leur identité de genre sont du domaine de leur intimité.

Le coming out est un moment qui est extrêmement complexe, c'est un évènement qui se prépare longtemps en avance, qui catalyse beaucoup d'anxiétés et de craintes de rejet. Pour beaucoup de seniors LGBT+, une inquiétude naît souvent : dois-je refaire un coming out ? Beaucoup se disent : si je suis dans un collectif où je ne connais personne, je risque de ne pas être accepté et aimé comme je suis, je vais donc me cacher.

Stéphane SAUVÉ,

Co-fondateur et délégué général de l'association Les Audacieuses et les Audacieux

Quand tu rentres dans un établissement plus inclusif, ton identité sexuelle n'est plus un sujet, la personne ne va pas avoir à répondre à des questions inappropriées et insistantes, comme par exemple 'pourquoi vous n'avez pas d'enfants ou de petits-enfants ?

Stéphane SAUVÉ,

Co-fondateur et délégué général de l'association Les Audacieuses et les Audacieux

Dans ma clinique, l'immense majorité éprouve la peur de devoir faire un « coming in », après avoir fait un coming out à un moment donné de leur vie. C'est une peur de mécanismes de rejet qui sont malheureusement bien réels, et avant tout liée au regard de leurs pairs. On observe en effet que ce sont surtout ceux de la même génération qui peuvent être castrants.

Gérard RIBES,

Psychiatre et sexologue

3 Des spécificités psychosociales et de santé à prendre en compte

Si les seniors LGBT+ ont sur de nombreux points des aspirations communes à toutes les personnes âgées, certaines spécificités liées à leur identité de genre ou orientation sexuelle et à leur parcours de vie sont à prendre en compte. Les seniors LGBT+ restent tout d'abord particulièrement touchés par l'épidémie de sida ; 50% des personnes séropositives ont plus de 50 ans et les personnes de plus de 50 ans représentent 20% des nouvelles contaminations, un niveau de dépistage insuffisant qui s'explique notamment par une moindre perception du risque de contamination tant par les personnes elles-mêmes que par professionnels de santé (Santé Publique France 2021). A l'heure actuelle, les effets secondaires à long-terme des trithérapies et l'impact sur la santé des seniors LGBT+ séropositives restent méconnus. Quoi qu'il en soit, le sida reste une pathologie chronique dont la prise en charge suppose un accompagnement holistique et au long cours des personnes.

Les seniors LGBT+ présentent par ailleurs une santé psychique souvent plus fragilisée, du fait de discriminations passées ou de mécanismes d'auto-exclusion. Leurs niveaux d'anxiété, de dépression et idées suicidaires sont ainsi bien plus élevés que la moyenne, avec un taux de suicide des seniors LGBT+ en France entre 2 et 7 fois plus élevé (INPES Santé 2014, OCDE 2019). Les possibles discriminations autant que le déficit de formation des professionnels de santé constituent également un facteur non-négligeable de non-recours aux soins de certains seniors LGBT+.

Les seniors LGBT+ se trouvent être une population plus à risque de vivre seuls, de ne pas avoir de partenaire ni d'enfants, voire d'être pour certains en rupture de liens familiaux et en situation d'isolement avérée. L'absence fréquente de proches aidants suppose de reconnaître la « famille choisie » des personnes autant que de favoriser des actions de maintien du lien social à leur égard.

Notons enfin les différences intrinsèques existant entre individus homosexuels (gays et lesbiennes) ou transgenres. La transidentité tend à exacerber un certain nombre de sujets (santé, et hormono-dépendance, transitions, mise en avant de son identité nouvelle et d'origine, etc.). La perte d'autonomie de ces personnes et leur prise en charge les confrontent souvent au regard d'autrui et parfois à dévoiler une particularité jusque-là cachée.

Lors d'une toilette, un professionnel peut découvrir qu'une femme a un organe sexuel masculin, ou qu'un homme a un organe sexuel féminin. Même si la personne transgenre est opérée, elle pourra avoir des pathologies liées à son sexe d'origine. La vieillesse agit alors comme une délation vis-à-vis de leur transition.

Les personnes transgenres âgées sont très mal suivies, parce que très peu de médecins sont capables d'analyser la situation de la prise d'hormones sur le long-terme, les conséquences dues à la vieillesse, et les pathologies connexes.

Francis CARRIER,
Fondateur et président du collectif GreyPride



PENSER LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES LGBT+

C'EST VALORISER LEUR FONCTION D'ÉCLAIREURS POUR LEVER LES FREINS À L'ACCOMPAGNEMENT AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

Les seniors LGBT+ disposent d'une expérience, éprouvée pour certains dans leur chair, de contournement des normes sociales, de réappropriation de leur corps et d'affirmation d'un droit au respect de son identité et au plaisir. C'est à travers cette expérience socio-historique spécifique que s'enracine un puissant levier de changement pour les établissements et services. Alors que la sexualité fait partie intégrante du développement personnel de la nouvelle génération de personnes âgées, les seniors LGBT+ constituent des figures de proue qui interpellent les établissements et leur imposent de redéfinir leur posture quant aux enjeux d'intimité et de sexualité pour « s'en mêler sans s'emmêler »¹.

Cela suppose un « **pas de côté** », afin de plus particulièrement prendre en compte le vécu des personnes LGBT+, leurs spécificités comme leurs aspirations, ainsi que la dimension culturelle des orientations non-hétérosexuelles, et à adapter l'accompagnement ainsi que le fonctionnement routinier des établissements et des résidences pour personnes âgées. **Loin d'une dynamique catégorielle ou excluante, il s'agit de faire en sorte que chacun soit reconnu dans sa diversité et ne se retrouve pas, quand un accompagnement est devenu nécessaire, en rupture avec son identité.** C'est bien à cette condition, en étant considéré dans sa subjectivité, qu'il est ensuite possible de créer du lien et de faire « groupe ».

Les cinq freins identifiés quant à la prise en compte de la vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées en établissements et services sont les suivants :

1 Des représentations culturelles qui oscillent entre déni complet et pathologisation du désir et du plaisir au grand âge

Associer grand-âge et vie sexuelle est loin d'être une évidence. Nos représentations culturelles oscillent entre déni complet – considérer la vieillesse assagit *ipso facto* les sens et le désir (« c'est plus de leur âge ») et rend impuissant sexuellement parlant – et pathologisation. Ainsi de la thématique du vieillard lubrique et libidineux, incarnation du vice et d'une recherche déviante et malade du plaisir, qui traverse historiquement la littérature. Cet impensé sociétal se retrouve aussi dans l'infantilisation et le dégoût qui priment bien souvent dans les discours communs.

Ces représentations culturelles dépréciatives sont pour partie liées au complexe d'Œdipe, qui consacre une rupture sexuelle entre les générations et l'impossibilité d'envisager la sexualité de nos ascendants (et donc, par extension, celle du grand-âge). Par ailleurs, le culte du jeunisme et de la performance et nos stéréotypes esthétiques inconscients rendent indécentes l'idée d'une sexualité des corps âgés, malades ou en situation de handicap. Autant d'éléments qui expliquent pourquoi les familles s'avèrent souvent réticentes à la vie affective et sexuelle de leurs parents devenus très âgés.

1. « Vie affective, intime et sexuelle dans les institutions pour personnes âgées et comportements des professionnels : l'apport de la promotion de la santé », Mémoire du module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2014.

Si les lignes bougent progressivement, il faut reconnaître que les familles restent des censeurs énormes vis-à-vis de la sexualité de leurs parents. Les familles ont trop souvent une considération en termes de morale, et nous demandent en quelque sorte d'être les « gardiens » de la personne, ce qui n'est pas du tout le rôle des soignants.

Gérard RIBES,
Psychiatre et sexologue

2 Des déterminants physiologiques et psychosociaux qui redéfinissent les contours de la sexualité

La difficile appréhension de la vie affective, intime et sexuelle en EHPAD et en résidence pour personnes âgées tient aussi à ses spécificités. Le manque de partenaires, principalement du côté féminin, reste un des premiers freins, tant on sait combien les femmes sont trois à quatre fois plus nombreuses que les hommes en établissement. Par ailleurs, les pathologies neurodégénératives, notamment de type Alzheimer ou apparenté, mais aussi dépressives, ou physiques, participent souvent à une diminution des sens, une baisse du désir et des sensations liés à l'acte sexuel. Les répercussions du vieillissement sur la sexualité peuvent également être indirectes, qu'il s'agisse d'effets médicamenteux ou de conséquences psychosociales (apathie, altération de l'image du corps et de soi, perte de motivation, etc.).

Par ailleurs, le déclin des processus de pensée en faveur des processus perceptifs amène les personnes présentant des troubles cognitifs à être très sensibles aux manifestations sensorielles et, parfois, à interpréter comme des avances les soins du corps effectués par les professionnels. Elle peuvent ainsi développer des relations de grande proximité affective, et parfois sexuelle, avec un(e) autre résident(e), et les vivre sans tabou avec intensité. Il est alors nécessaire d'accompagner l'entourage familial à cette nouvelle situation. La libido n'a pas d'âge et, dans le cas des personnes présentant des troubles cognitifs, la censure morale n'intervient plus, autorisant, dans certains cas, l'expression du désir. Il est nécessaire d'évoquer en réunion d'équipe cette question pour éviter des prises de position immédiatement restrictives de la part du personnel.

A domicile, la difficulté réside dans le fait que très vite le conjoint non malade n'éprouve plus de désir sexuel pour son partenaire. Son implication dans la relation d'aide l'amène progressivement à un rôle de plus en plus maternant qui déséquilibre la relation et la déssexualise le plus souvent.

Ces possibles contraintes physiologiques ou psychosociales vont de pair avec des attentes et souhaits renouvelés en matière de relation affective et intime. Les personnes âgées indiquent souvent être plus en recherche de tendresse, de sensorialité et de complicité ; leurs pratiques tendent à évoluer vers plus d'affectivité, de caresses et de jeux sexuels. Si beaucoup évoquent un moindre intérêt sexuel, une moindre capacité à atteindre l'orgasme ou une certaine anxiété quant à la performance, l'expression des émotions et des désirs, autant que l'affirmation de sa corporalité et de son identité – partie intégrante de la sexualité –, participent pleinement à une avancée en âge épanouie, et présente même des bénéfices objectivés (baisse du risque de cancer de la prostate, prévention contre l'incontinence, etc.).

3 Des problématiques éthiques face aux situations de désinhibition ou aux incertitudes quant au plein consentement des parties prenantes

Les professionnels font en outre fréquemment face à des situations soulevant des problématiques complexes en matière d'éthique et de respect de la dignité des personnes. Ainsi des comportements exhibitionnistes de résident(e)s, liés à des troubles du comportement dans un contexte de pathologies démentielles (déambulations de résident(e)s nu(e)s, masturbation en public, etc.), des relations à caractère sexuel pour lesquelles persiste une incertitude quant au consentement de l'un des résident(e)s, et, dans de plus rares cas, des situations d'abus sexuels avérés. La prévalence de comportements sexuels inappropriés dépend largement de la sévérité de la maladie et se trouve être particulièrement significative chez les personnes atteintes de démence vasculaire et de type maladie d'Alzheimer ou apparentée (notamment dans le cas des dégénérescences fronto-temporales).

- ⤵ Comment concilier respect des droits et libertés des personnes, et vigilance quant à l'intentionnalité des parties prenantes et aux risques d'agression ?
- ⤵ Comment gérer des situations d'exhibition sexuelle sans faire appel directement à la contention ?
- ⤵ Quelle posture adopter vis-à-vis des conjoints ou des proches face aux situations d'extra-conjugalité ?

Ces problématiques complexes appellent à sortir de postures manichéennes – fermeture complète ou laisser-faire – et demandent des temps de réflexion collégiaux, mais ne sont que trop rarement abordées dans leur dimension holistique.

4 Un manque de sensibilisation et formation qui entretient l'inconfort des équipes

Le respect de la vie affective et sexuelle se heurte par ailleurs à un déficit de formation des personnels accompagnants. Ces derniers sont souvent réticents à aborder ces questions, alors même qu'ils les rencontrent au quotidien (manifestations de plaisir lors des soins de nursing, propositions à caractère sexuel formulées par des résident(e)s, etc.) et qu'ils aspirent à éviter les écueils de l'infantilisation ou du moralisme. Le grand écart générationnel entre les professionnels et les personnes âgées autant que les normes socio-culturelles de certains professionnels expliquent pour partie ces réticences ou la mise en œuvre de pratiques interdisant l'intime.

La prise en compte de ce sujet reste en outre insuffisamment abordée dans la formation initiale et continue des professionnels, alors même qu'elle gagnerait à émaner d'une culture partagée, transversale et réflexive par toutes et tous. Le non-financement de temps de psychologue pour les équipes (analyse de pratiques) autant que le manque de référents dédiés dans les établissements participent à entretenir le déni et l'inconfort des équipes, le sujet n'émergeant que lors de situations particulièrement criantes et complexes.

5 Des contraintes architecturales et systémiques inhérentes aux établissements pour personnes âgées

Les établissements en tant qu'institutions sont souvent limitants par nature, du fait d'une gestion sanitaire qui prend parfois le dessus, à rebours de la culture du médico-social, et qui tend à dénier le rôle du corps dans sa dimension de bien-être et de plaisir. La possible vie affective, intime et sexuelle des résident(e)s vient par ailleurs perturber le fonctionnement routinier de l'institution et suppose des aménagements souvent logistiquement complexes et coûteux en temps humain, ce qui entrave leur développement.

Par ailleurs, en établissement, le principe de précaution maximaliste et la responsabilité juridique qui tendent trop souvent à prévaloir, exacerbés par les demandes des familles et sources d'une culture de bien(sur)veillance, restent peu propice à la préservation de l'intime. Des études ont par exemple montré que les professionnels entraient dans la chambre des résident(e)s entre 25 et 30 fois par jour, une récurrence bien évidemment non sans impact sur la possibilité de disposer d'un « espace cabane », un lieu secret, physique ou psychique, où se retrouver seul.

À TRAVERS LA QUESTION LGBT+, UN PROGRÈS QUI S'IMPOSERA À TOUS

Un accompagnement ajusté au public LGBT+ (dynamique d'inclusion, veille particulière sur les risques d'isolement et de santé psychique, etc.) se trouve en outre **bénéfique pour l'ensemble des résident(e)s**, quel que soit leur orientation sexuelle, leur genre ou leur catégorie socio-professionnelle, puisqu'il fait avancer la prise en compte de la singularité de chacun autant que les modalités concrètes de la prise en compte du bien-être psychoaffectif en établissement et en résidence pour personnes âgées

Cette réflexion s'avère enfin **déterminante quant à la personnalisation croissante des services et de l'accompagnement** en réponse à la demande sociale. Face à des « boomers » pour qui la personne, ses souhaits et ses habitudes de vie, vont primer sur l'institution, la question de la vie affective, intime et sexuelle, constitue un précieux levier pour changer de paradigme au sein des établissements et redéfinir les contours d'une vie collective partant de l'expérience et des aspirations des premiers concernés.



DES PROPOSITIONS DÉCLINÉES AUTOUR DE 3 AXES OPÉRATIONNELS



AXE N°1

Prévention et éducation à la santé sexuelle : créer les conditions du bien-être psycho-affectif de la personne

Loin d'une approche médico-centrée, la qualité de vie des résident(e)s constitue le sens même de l'accueil, des accompagnements. Cela s'inscrit aussi dans une pleine santé physique et psychique. Une démarche valorisant la prévention et l'éducation à la santé sexuelle, et prévenant les situations de risque sexuel, constitue ainsi une condition *sine qua non* pour créer les conditions favorables pour l'ensemble des résident(e)s.

GRANDS PRINCIPES

① Porter une attention à la prévention en santé sexuelle à tout âge

L'image du grand âge asexué persiste, alors que la sexualité ne disparaît pas toujours avec l'âge et évolue continuellement. La santé sexuelle, loin de se cantonner à la seule santé reproductive, concerne en outre toutes les personnes quels que soient leur âge ou leurs pratiques.

② Promouvoir une éducation à la santé sexuelle spécifique à l'avancée en âge

Nombreuses sont les répercussions physiologiques et psychosociales de l'avancée en âge. Loin d'être anodines, elles supposent, comme à chaque période de transition de la vie, d'être intégrées et accompagnées, afin de favoriser une meilleure appréhension de son corps, des potentialités et des risques, et de promouvoir une meilleure image de soi et un respect de l'autre. Cette éducation à la santé sexuelle spécifique à l'avancée en âge ne saurait pas se limiter aux personnes âgées, mais doit s'ouvrir également aux professionnels accompagnants.

③ Prévenir le risque sexuel

Les démences peuvent s'avérer vectrices de comportements sexuels inappropriés ou de troubles hypersexuels, tandis que le consentement mutuel de chaque individu n'apparaît pas toujours évident dans certains cas, autant de situations impliquant des questionnements d'ordre médical, éthique et légal. Au-delà des quelques outils de gestion du risque sexuel promus par les lois de 2002 et 2015, leur appréhension suppose une approche évolutive afin de fournir une réponse ajustée et de répondre au besoin de protection des résident(e)s.

PROPOSITIONS D' ACTIONS CONCRÈTES

→ S'inscrire dans une démarche préventive en santé sexuelle

- ⊗ Mettre en place des sessions d'éducation à la santé (au sens large) et de prévention intégrant la santé sexuelle, par exemple à travers l'intervention d'un professionnel d'un CeGIDD, des temps de conférences-débats et un affichage dédié ;
- ⊗ Prévenir les infections et maladies sexuellement transmissibles en proposant des dépistages et des opérations de vaccination annuelles (hépatites, etc.), au sein des établissements et résidences aux résident(e)s qui le souhaitent, en lien avec les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ;
- ⊗ Promouvoir des dispositifs d'éducation au corps et à la sexualité spécifiques à l'avancée en âge, en lien avec le psychologue ou des professionnels extérieurs, et couvrant des thématiques larges : changements corporels, influence des pathologies sur la sexualité, aspects relationnels et différents comportements sexuels, influence positive de la sexualité sur le bien-être, etc. ;
- ⊗ Fournir en libre-service des préservatifs dans un lieu discret et connu des résident(e)s, garantissant l'anonymat, comme l'infirmier².

→ Être attentif à des situations de santé sexuelle et psychique spécifiques

- ⊗ Favoriser une coordination accrue entre médecin traitant, gériatre et immunologues pour le suivi des résident(e)s séropositif(ve)s ;
- ⊗ Proposer un accompagnement médical de la part de professionnels experts de certaines thématiques en créant des conventions partenariales (évaluées dans une démarche globale via l'HAS) avec des professionnels identifiés pour l'accompagnement des personnes transgenres et/ou séropositives, et en se rapprochant des associations LGBT+ du territoire ;
- ⊗ Accroître les temps de travail des psychologues afin d'assurer un suivi plus exhaustif et holistique des résident(e)s, par des temps individuels comme collectifs, ou impulser des temps d'échange avec des psychologues après un « incident ».

→ Prévenir le risque sexuel et répondre de façon ajustée aux comportements sexuels inappropriés

- ⊗ Établir des temps d'échange collectifs et des réunions collégiales en cas de comportements sexuels inadaptés pour échanger sur les pratiques, adopter une posture réflexive et ajuster l'approche thérapeutique du résident. Ces échanges doivent s'appuyer sur une évaluation médicale et un diagnostic, sur la base de divers outils (échelle SABA, outil d'évaluation de la compétence à s'engager dans une relation sexuelle, etc.) ;
- ⊗ Élaborer, sur la base d'un travail éthique collectif, des procédures à tenir en cas de conduite de proximité inadaptée, suspicion ou survenue avérée d'agression sexuelle, détaillant le cadre légal, les éléments déclencheurs, les personnes à contacter et les autorités à prévenir, les actions à mener et les documents à remplir³ ;
- ⊗ Solliciter l'expertise du comité d'éthique de l'établissement, et recourir à des expertises externes (gériatrie, psycho-gérontologie, neurologie, psychiatrie, andrologie, gynécologie, etc.), autant que possible par le biais d'équipes mobiles conventionnées, pour ajuster le repérage, le diagnostic et la compréhension des facteurs déclenchants, mais aussi au bénéfice des équipes (temps de parole ou de supervision, etc.) ;
- ⊗ Favoriser la diffusion et la vulgarisation des dispositifs réglementaires en vigueur pour atténuer le risque sexuel ;
- ⊗ Privilégier les approches psycho-comportementales aux approches médicamenteuses dans la gestion des comportements sexuels inappropriés.

2. Cynthia Fleury, « Nous sommes entrés dans une ère de « bien(sur)veillance » », *Le Monde*, 29 avril 2020.

3. Les fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social, élaborés par la Fédération hospitalière de France et de l'Observatoire national des violences en milieu de santé de la Direction générale de l'offre de soins peuvent fournir une précieuse base.



Préserver et assurer le plein respect de la vie affective, intime et sexuelle

L'entrée en institution constitue bien souvent une « mise à nu » pour les résident(e)s, qui y évoluent sous le regard continu d'autrui – soignants, autres résident(e)s, proches –, avec des professionnels contraints de concilier respect de l'intimité et injonctions sécuritaires à enfreindre celle-ci en permanence. Il importe ainsi de replacer la préservation de la vie affective, intime et sexuelle, et avec cela le respect du libre choix des premières, comme condition première face aux contraintes organisationnelles et sécuritaires.

GRANDS PRINCIPES

① Re-sexualiser les personnes dans les représentations des professionnels et conscientiser la continuelle intrusion de l'intime

Des représentations culturelles erronées et une importante désérotisation et désexualisation des résident(e)s contribuent à des pratiques professionnelles maternantes ou à une pathologisation du désir des personnes âgées. Développer un climat d'écoute et créer une culture commune, mais aussi prendre conscience de la continuelle intrusion de l'intime en établissement, sont une condition au bien-être des résident(e)s. Il s'agit par là même de considérer la liberté et le droit au risque comme facteurs déterminants de la qualité de vie des résident(e)s (voir à ce titre la note « Préserver le libre choix de la personne vulnérable » du Cercle V&S).

② Créer les conditions d'un climat bienveillant et inclusif

Parler de soi et de son intimité n'a rien d'évident et ne saurait provenir d'une quelconque injonction. Il s'agit donc pour les établissements de créer un cadre au sein duquel les personnes se sentent écoutées et libres d'exprimer, si elles le souhaitent, leur histoire de vie.

PROPOSITIONS D' ACTIONS CONCRÈTES

➔ Instaurer une véritable culture et du respect de l'intimité au sein des établissements et des résidences pour personnes âgées

- Développer autant que possible les lits doubles médicalisés (y compris pour les résident(e)s vivant seuls) et aménager les chambres en conséquence, les chambres communicantes, ou prévoir l'installation du lit conjugal dans l'établissement lorsque cela est envisageable ;
- Fournir aux résident(e)s les clés de leur chambre, en fonction de la situation de santé et du degré d'autonomie, et sensibiliser le personnel au respect de l'intimité (ne pas entrer sans frapper à la porte, attendre qu'on réponde pour entrer, installer des sonnettes etc.) ;
- Avoir une attention spécifique au vécu et aux dynamiques du couple lors de l'entrée d'un couple en établissement ou résidence (dynamiques aidant-aidé, habitudes de vie et routines à préserver, etc.) ;
- Favoriser un cadre intime et respectueux de la pudeur (rideaux et porte fermés, éviter les allées et venues, etc.) lors de la pratique de la toilette intime et établir une relation de confiance en amont avec les résident(e)s, avoir une attention particulière au non-verbal et formaliser un cadre pour cette toilette (demander aux résident(e)s s'ils souhaitent s'occuper des parties plus intimes, réalisation de la toilette par un professionnel du même sexe, etc.) ;
- Ajuster la place du numérique et des nouvelles technologies en chambre (domotique, capteurs de prévention des chutes, téléassistance, etc.) pour assurer le respect de l'intime ;
- Favoriser une appréhension du corps dans sa dimension relationnelle et de plaisir, en développant l'ensemble des soins socio-esthétiques (coiffeurs, esthéticiennes, manucure, massage), ainsi que des activités sportives et culturelles adaptées (gymnastique douce, danse, chant, etc.).

→ **Outiller, sensibiliser et former les professionnels sur la vie intime et sexuelle des personnes âgées**

- ⊗ Instaurer un référent «vie affective, intime et sexuelle» dans chaque établissement et résidence pour personnes âgées, et des groupes de parole pour les professionnels en y associant les financements adaptés ;
- ⊗ Développer des dispositifs de sensibilisation et de formation continue des professionnels incluant : la prise en compte du désir chez le sujet âgé vieillissant ; la conscience et le respect de la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre ; le droit à l'intimité et à la vie privée, le respect du secret professionnel ; la déconstruction des stéréotypes y compris le VIH et la transidentité ; la connaissance du vocabulaire, de l'histoire LGBT+ et du cadre légal ;
- ⊗ Instaurer une boîte à outils pour les professionnels sur les enjeux liés à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre afin de créer un environnement inclusif pour les seniors LGBT+. Il pourrait être possible de s'appuyer sur la boîte à outils développée par Toronto Long-Term Care Homes and Services (2008) ;
- ⊗ Créer un glossaire pour les professionnels afin de décrire des situations afin d'être en capacité de mieux aborder certaines situations ;
- ⊗ Intégrer la tendresse comme valeur de soin, et préférer le toucher-relationnel, qui consacre la personne comme sujet de soins, au toucher-fonctionnel.

→ **Ouvrir des espaces d'expression libres autour de ces questions et encourager le lien social**

- ⊗ Initier des groupes de parole autour de la vie affective, intime et sexuelle, animés par le psychologue de l'établissement et/ou un sexologue ;
- ⊗ Développer des campagnes d'information et de sensibilisation internes aux établissements et aux gestionnaires pour acculturer sur l'importance de l'intimité et de la sexualité au grand-âge⁴ ;
- ⊗ Développer les événements favorisant le lien social et les rencontres, en s'appuyant sur le tissu associatif local (thés dansants, etc.), utiliser les applications de rencontres ou d'échanges pour valoriser les liens sociaux.

4. La campagne « Let's talk the joy of later life sex » récemment développée en Grande-Bretagne s'avère à cet égard un dispositif pertinent : <https://www.relate.org.uk/late-life-sex>



Favoriser un plein continuum du parcours de vie des personnes LGBT+ au sein d'une offre de service élargie

Cette préservation de l'intime doit être restituée dans l'ensemble du parcours de vie de la personne, afin que chacun puisse exprimer toutes les dimensions constitutives de son individualité - et non sa seule orientation sexuelle - et puisse bénéficier d'une offre de service répondant à ses aspirations en matière de mode de vie.

GRANDS PRINCIPES

① Les orientations LGBT+ sont à appréhender à travers un prisme culturel

Les orientations LGBT+ doivent être considérées comme des « styles de vie », ainsi que l'ont théorisé Michel Foucault et plus récemment David Halperin, soit des pratiques sociales, des identifications culturelles, des approches alternatives du corps et des identités de genre, une conscience socio-historique commune, etc. « où la sexualité joue un rôle important et consciemment assumé »⁵ mais loin d'être exclusive. Dès lors, favoriser le bien-vieillir LGBT+ en établissement, loin de sanctifier une identité rigide ou une communauté, revient à répondre aux aspirations grandissantes d'individus souhaitant bénéficier d'une continuité dans leur parcours de vie.

② Ancrer le continuum de vie des personnes dans la transformation de l'offre de service

Plus souvent appréhendé à travers un prisme spatial – éviter de transbahuter la personne et favoriser une continuité géographique dans son parcours – que biographique, l'élargissement de l'offre de service doit allier les deux et garantir un plein continuum de vie aux personnes.

PROPOSITIONS D' ACTIONS CONCRÈTES

→ Institutionnaliser la prise en compte du continuum de vie des personnes (PAI, projet d'établissement)

- ⊗ Considérer la prise en compte de la vie affective, intime et sexuelle des résident(e)s comme pilier du projet d'accompagnement individualisé (PAI) en EHPAD et résidence et envisager la question de façon transversale : espace (respect de la dimension privative de la chambre, possibilité de la fermer à clé, limiter l'intrusion du personnel, etc.) ; information donnée au moment de l'accueil (concernant les droits des personnes, mais aussi par exemple les effets secondaires des médicaments sur la sexualité) et recueil de l'expression de l'histoire de vie de la personne, de ses demandes et de ses choix (lieu de prise des repas et avec qui, souhaits concernant sa toilette, sa présentation et son habillement, demandes d'adaptation de l'organisation institutionnelle, etc.) ; le corps dans sa dimension de bien-être et de plaisir ; intimité relationnelle, affective et sexuelle ;
- ⊗ Intégrer dans le projet d'établissement et des résidences pour personnes âgées, le fait de s'inscrire dans une démarche inclusive, et la mise en œuvre d'actions concrètes pour ce faire, et assurer un engagement visible des instances dirigeantes contre tout propos ou acte de discrimination à l'encontre des personnes LGBT+ ;

5. Lawrence, Olivier, et Roger Noël. 1994. « Michel Foucault : problématique pour une histoire de l'homosexualité. » *Revue sexuelle* 2.

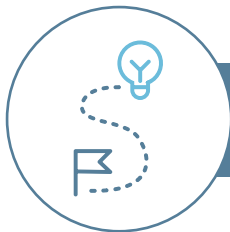
-
- ⊗ Développer des projets d'établissement plus spécifiquement affinitaires, sans être excluants (hétéro et homo-inclusifs) : à l'échelle de groupes gestionnaires d'EHPAD et de résidences, il s'agit de garantir aux personnes un continuum de vie en travaillant plus spécifiquement le projet d'établissement autour de l'identité et de la culture LGBT+ (au-delà d'une dynamique inclusive, il s'agirait de penser une série d'activités, une programmation culturelle et musicale, etc. à l'aune de la culture LGBT+). Une telle perspective constitue également pour les établissements un argument concurrentiel dans le cadre du développement de leur offre de service, tout en garantissant le libre choix dans un panel d'offres de services et sans esprit communautaire.
-

→ **Développer des actions pour assurer un continuum de vie des personnes dans les établissements et s'inscrire dans une démarche inclusive**

- ⊗ Aménager des temps permettant aux résident(e)s de garder leur mode de vie (aller sur un lieu retraçant leur histoire, être accompagné pour des événements structurants de leur communauté, comme la Pride, etc.) ;
 - ⊗ Reconnaître la place de la « famille choisie » ;
 - ⊗ Favoriser les dispositifs (art-thérapie, ateliers d'écriture, biographie hospitalière) de narration de soi ;
 - ⊗ Sensibiliser les personnes accueillies, les familles et les professionnels sur les LGBTphobie, mais aussi le sexisme, le racisme, et les discriminations religieuses.
-

→ **Mieux quantifier et qualifier le vieillissement des personnes LGBT+**

- ⊗ Encourager et soutenir la recherche en sciences humaines et sociales, afin notamment de pouvoir mieux quantifier (enquêtes sociodémographiques) et qualifier (études socio-anthropologiques) le vieillissement des personnes LGBT+.
-



CONCLUSION

Favoriser le bien-vieillir LGBT+, c'est tout d'abord rompre avec l'invisibilité, subie ou choisie, qui caractérise la vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées, et qui les condamne trop souvent au silence et à l'isolement. C'est aussi ne pas résumer le seul sujet des personnes LGBT+ à la seule sexualité ou à l'épidémie de sida : derrière la création d'un environnement inclusif se trouve aussi et surtout la possibilité de partager une histoire de vie et un vécu, et le fait de reconnaître tout un chacun dans son identité, dans sa diversité autant que dans ses plaisirs et ses désirs.

En dépit d'avancées notables ces dernières années, la vie affective, intime et sexuelle reste trop souvent considérée à la marge dans les établissements et services pour personnes âgées. Ces derniers sont bousculés par l'arrivée d'une génération de « boomers » qui aspire à continuer à « jouir sans entrave » dans son avancée en âge. Ayant éprouvé dans leur chair cette réappropriation du corps autant que l'affirmation de leur droit à la différence, les seniors LGBT+ se positionnent comme des éclaireurs des attentes de cette nouvelle génération.

Faire des établissements et des services des « intimitateurs » suppose non seulement de créer les conditions du bien-être psycho-affectif de la personne et d'assurer le plein respect de la vie affective, intime et sexuelle, mais aussi de tenir parcour du parcours de vie biographique des personnes au sein d'une offre de service élargie. De fait, au vu des transformations sociologiques, il s'agit autant d'une nécessité que d'une façon singulière et novatrice de mettre le pied à l'étrier au vu de la personnalisation à venir de l'accompagnement et des services.



PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

Par ordre alphabétique.

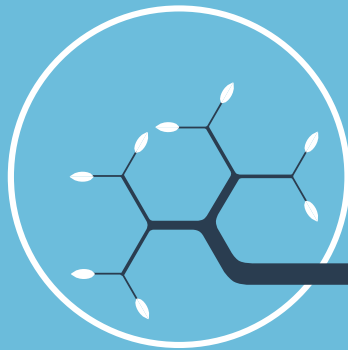
- **Aurélien Bordet** (Aegide-Domitys)
- **Hélène Delmotte** (France Alzheimer)
- **Sylvie Dupont** (Armée du Salut)
- **Johan Girard** (Croix-Rouge Française)
- **Laurence Herbach**
(Fondation Partage et Vie)
- **Aude Letty** (Fondation Korian)
- **Thierry Zucco** (Adef Résidences)

EXPERTS INTERROGÉS

- **Francis Carrier**, fondateur et président du collectif GreyPride
- **Gérard Ribes**, psychiatre et sexologue
- **Stéphane Sauvé**, co-fondateur et délégué général de l'association Les Audacieuses et les Audacieux

CO-RAPPORTEURS

- **Thierry Calvat**, Sociologue, co-fondateur du Cercle Vulnérabilités et Société
- **Nicolas El Haïk-Wagner**, Consultant
- **Mélissa Petit**, Sociologue



Cercle Vulnérabilités et Société

www.vulnerabilites-societe.fr

 @Cercle VS

Contact : team@vulnerabilites-societe.fr

Les structures membres du Cercle Vulnérabilités et Société,
engagées dans la réflexion et l'action pour *faire de la vulnérabilité une force !*



LA PRÉSENTE NOTE DE POSITION N'ENGAGE PAS INDIVIDUELLEMENT CHAQUE MEMBRE DU CERCLE V&S