

**Travail écrit de fin de formation pour l'obtention de l'agrément**  
Formation de Conseillère Conjugale et Familiale  
Méline TRUFFA Session 2019/2021

## **UNE CONSEILLERE CONJUGALE ET FAMILIALE AU PAYS DES SENIORS**



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	p 1
<b><u>I. LE VIEILLISSEMENT</u></b>	p 5
1.La notion de vieillesse	p 5
2.Stéréotypes&âgisme	p 7
3.Les enjeux de la vieillesse	p 8
<b><u>II. LA SEXUALITE</u></b>	p 11
1.Définition	p 11
2.Repères historiques	p 12
3.Sexualité, identité et désir	p 14
<b><u>III. SEXUALITE ET VIEILLISSEMENT</u></b>	p 16
1.Représentations et genre	p 16
2.Évolution physique et psychique de la sexualité avec l'âge	p 18
3.Évolution des comportements sexuels avec l'âge	p 20
<b><u>IV. VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE EN INSTITUTION GERIATRIQUE</u></b>	p 23
1.Législation	p 23
2.Intimité, liberté et pudeur	p 24
3.L'institution, les soignants et le sexe	p 26
4.Et les familles dans tout ça ?	p 29
<b><u>V. REGARDS CROISES EN MAISON DE RETRAITE</u></b>	p 30
1.L'équipe soignante	p 31
2.Les résidents	p 34
3.La famille	p 36
4.Les psychologues	p 37
5.Le directeur	p 38
<b><u>VI. LA PLACE DE LA CCF EN INSTITUTION GERIATRIQUE</u></b>	p 39
<b>CONCLUSION</b>	p 41
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
<b>ANNEXES</b>	

## INTRODUCTION

Pour ce travail écrit de fin d'étude, j'ai choisi de m'intéresser à "l'amour au grand âge" et plus spécifiquement en institution. Mon choix de sujet prend son origine dans une discussion à laquelle j'ai assisté lors de ma première semaine de stage au centre de planification de Villard bonnot. Les conseillères conjugales, lors d'une réunion, échangent sur d'éventuelles interventions en EHPAD et sous quelles formes celles-ci se feraient (Auprès de qui, quels thèmes, quels supports, coanimation...). Etant moi-même infirmière en gériatrie depuis plusieurs années et dans de nombreuses structures, ces questionnements suscitent d'emblée chez moi, un vif intérêt. Je suis même surprise intérieurement, de n'avoir jamais pensé la possibilité d'une intervention de CCF en EHPAD. Un peu essouffée par 12 ans de pratique professionnelle en Gériatrie, où j'ai vu l'aspect social et relationnel quelque peu sacrifié à l'autel de l'hypermédicalisation, d'une gestion collective des individus dépersonnalisante, du manque de personnel et de formation, je me réjouis, à cet instant, de repenser ma place et ma pratique dans l'accompagnement des personnes âgées. Les difficultés précédemment citées ne sont malgré tout pas arrivées à bout de mes motivations, mes intérêts et mes convictions, même si c'est aussi celles-ci qui m'ont poussée à me réorienter vers un métier qui place le relationnel au cœur des interactions humaines. Je vois, soudain, dans les échanges des conseillères conjugales, une formidable opportunité de faire le pont entre mon expérience passée de professionnelle paramédicale et ma future pratique de professionnelle de la relation d'aide. C'est, ici, une porte qui s'ouvre pour réinvestir de manière positive et porteuse de sens, mon travail auprès du sujet âgé. Mille questions, à différents niveaux, tournent alors dans ma tête: Qu'a t-on fait du désir en maison de retraite? Que disent les personnes âgées de leurs envies, leurs possibilités d'aimer et de poursuivre une sexualité? Comment continuent-elles à penser leur identité en lien avec la question du désir? Quelle place et quel espace pour laisser libre cours à la parole de chacun sans tentative de tout ramener à l'aspect médical, ou l'analyse psychologisante? Quelle possibilité d'intimité dans une structure d'accueil collectif? Comment s'imbrique la pratique des soignants avec l'espace privé des résidents? Dans quelles mesures les représentations et vécus des soignants influencent-ils la vie relationnelle, affective et sexuelle des résidents?

En arrivant au travail la semaine suivante, je saisis un temps un peu informel, pendant lequel les soignants se croisent et discutent dans l'infirmerie, pour lancer, de manière un peu désinvolte, mon sujet de mémoire. J'ai envie de récolter les réactions à chaud. "Tiens dans le cadre de ma formation de CCF, je vais travailler sur l'amour en EHPAD et la sexualité des personnes âgées!"; une stagiaire réagit du tac au tac en répondant "*Ah bon, mais c'est fini à cet âge là. ça marche plus!*". S'ensuit alors une discussion animée, ponctuée de rires, de silences, d'incompréhensions et de grandes démonstrations pendant laquelle chacun.e.s y va de son anecdote, ses représentations et ses idées reçues avant de repartir vaquer à leurs obligations. Je me place en position d'observatrice et j'écoute, tout en me remémorant les différents instants pendant lesquels les personnes âgées, elles-mêmes, sont venues me convoquer sur ce sujet là, en me lançant des petits phrases, à la volée, entre deux portes:

- "*c'est pas parce qu'on a le rossignol qui chante plus, qu'on n'a pas des envies!*" me dit un monsieur tout sourire, alors que j'essaie sans en avoir l'air, de mettre en lien une dame nouvellement arrivée avec deux messieurs qui discutent non loin d'elle sur un banc.

- "*J'te ferais bien mimi là où tu fais pipi!*", déclare un monsieur dément à une aide soignante en train de l'habiller.

- "*y'a quelqu'un pour baiser!*" crie un monsieur couché dans son lit. Et lorsque la soignante de nuit lui répond que ce n'est pas possible, à lui de rétorquer: "*même si je paie?*"....

Je repense, dans le même temps, à toutes ces situations gênantes, problématiques, tournées en dérision ou qui posent un cas de conscience et qui ne trouvent pas toujours un espace d'élaboration individuelle et/ou collective :

une soignante qui rentre dans une chambre pour une toilette alors qu'un résident est en train de se masturber dans son lit, des attouchements de résidents hommes sur les soignantes, le refus d'accéder à la demande d'un couple formé "sur le tard" d'avoir un lit double dans leur chambre....Les exemples sont légion de la présence permanente de la question de la vie affective et sexuelle en institution. Pour autant, celle-ci reste souvent parlée à demi mot, cachée et peu questionnée au-delà des évidences.

Toutes ces considérations me font, finalement, réfléchir sur mes propres représentations de la vieillesse et analyser quels sont mes propres comportements et attitudes.

Du plus loin que je me souviens, j'ai toujours eu un regard plutôt positif sur les personnes âgées, d'abord à travers mon expérience propre, avec mes grand-mères, qui s'est avérée très nourrissante pour moi. Leur bienveillance, leur amour et le partage généreux de ce qu'elles étaient chacune dans leur singularité ont joué un rôle important dans la construction de mon identité. J'ai projeté, dès petite, sur elles, des images de sagesse, de transmission, de savoir et de liberté très fortes. Une vision très angélique de ces deux grand-mères qui savaient contenter mon âme gourmande et voyageuse. A y réfléchir, à aucun moment cependant, je les ai envisagées comme des êtres désirants, dans une sexualité active. Mon regard a changé le jour de l'enterrement de ma grand-mère, lorsque sa meilleure amie, en évoquant leur relation d'amitié m'a confié qu'elles se disaient tout, même "leurs envies et leurs problèmes sexuels". Je suis restée un peu interdite et aujourd'hui, avec le recul je réalise que je n'avais jamais eu cette image d'elle car plus largement la société, elle-même, ne pense pas la question d'une sexualité chez les sujets âgés. Le vieillissement est le plus souvent associé, en premier lieu, à une suite de pertes matérielles et morales et à des deuils successifs. D'emblée se forment dans nos esprits des images plutôt négatives de souffrance et de déclin. La vieillesse réveille, semble-t-il, des angoisses profondes chez les gens, de telle sorte que celle-ci reste toujours un peu dans l'ombre, comme si le fait de ne pas en parler, suffirait à ce qu'elle n'existe pas. Tout ce qui touche au grand âge est souvent nié en bloc dans l'inconscient collectif. Je l'ai moi-même expérimenté lorsque je dis que je suis infirmière en gériatrie et que j'ai la plupart du temps pour réponse "que je ne suis pas vraiment infirmière alors!!". Comme si, par voie de conséquence, s'occuper des personnes âgées, n'avait pas de valeur.

Le sujet du sexe s'ajoutant, ici, à la question de l'âge est donc d'autant plus sensible. La citation de Pierre-philippe Druet (philosophe) résume bien à elle-seule la difficulté à penser ce sujet.

"Notre société connaît 2 grands tabous: l'un porte sur le sexe et l'amour, l'autre sur la mort. Tous deux ont légèrement reculé depuis 30 ans, mais sont loin de disparaître. Or, la sexualité "des vieux" fait converger les deux tabous, qui, dès lors, ne se contentent plus de s'additionner, mais se multiplient l'un par l'autre".

Cependant, dans le contexte actuel si particulier de crise sanitaire, un focus médiatique a été fait, par la force des choses, sur les EHPAD. Il aura eu pour effet positif de rendre visible ce troisième et quatrième âge qui reste souvent à la marge, et, d'amorcer un regard un peu différent, concerné et empathique.

C'est donc à la lumière de ces constats que j'ai eu envie de pousser ma réflexion sur "l'amour au grand âge" et plus spécifiquement, sur la place d'une CCF en institution gériatrique. Ce qui m'a amené à formuler les problématiques suivantes:

**- "En quoi des interventions de CCF en EHPAD pourraient participer à une meilleure prise en compte de l'intimité des résidents et favoriser une vie relationnelle, affective et sexuelle épanouissante" ?**

**- "Quel accompagnement proposer sur les thèmes spécifiques du vieillissement, de la sexualité et de l'intimité et à destination de qui" ?**

**- "Comment la place de CCF s'articule avec celle des autres professionnels déjà présents en EHPAD" ?**

Pour cela, j'ai voulu mettre en perspective les concepts de vieillissement, de sexualité, de désir et d'identité pour ensuite, essayer de comprendre comment ceux-ci se jouaient et s'intriquaient au sein de l'institution. Par ailleurs, il m'a paru essentiel d'entendre la parole des personnes concernées afin de proposer un accompagnement de conseillère conjugale et familiale ajusté au mieux à leurs besoins.

## **I- LE VIEILLISSEMENT**

### **1. La notion de vieillesse**

#### **A quel âge est-on vieux? Qui sont les "personnes âgées"?**

Historiquement, en France, l'âge de la vieillesse avait été fixé par le rapport Laroque à 65 ans, en corrélation avec l'âge de la retraite. Cependant de multiples évolutions sociétales (amélioration des conditions de vie, de santé, allongement de l'espérance de vie...) requestionnent cette définition. Ainsi cette question d'âge apparaît plus complexe qu'elle n'en a l'air. Il m'a semblé important, au préalable, de préciser différentes notions qui s'imbriquent étroitement pour aborder ce sujet:

#### **→ La Vieillesse:**

“ La vieillesse est une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités.”<sup>1</sup>

#### **→ L'âge :**

La notion d'âge recouvre plusieurs dimensions décrites par les médecins et sociologues:

- L'âge chronologique : L'âge chronologique se base uniquement sur le passage du temps (temps qui s'écoule).
- L'âge biologique : L'âge biologique se rapporte aux changements corporels qui surviennent habituellement lors du vieillissement (physiologie).
- L'âge psychologique ou âge social : L'âge psychologique est basé sur les réactions et les sensations des personnes. Il est lié aux différents rôles qu'une personne a tout au long du cycle de la vie (dimension subjective).

L'âge relève, à la fois, d'une réalité tangible, d'un vécu personnel et d'une construction sociale. Ces différents âges peuvent donc se contredirent ou, au contraire, converger pour une même personne. Dans la vie de tous les jours, on entend souvent les formules “il ne fait pas son âge”, “on ne lui donne pas d'âge”.... traduisant ces différentes dimensions.

---

1. B.L. Mishara, R.G.Riegel, "Le Vieillissement", presses Universitaires de France, Paris 1984.

### → Le Vieillessement:

“Le vieillissement est un processus complexe, lent et progressif impliquant divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces facteurs sont en partie génétiques (vieillessement intrinsèque) et pour partie liés à l'histoire de vie de chacun (facteurs externes de vieillissement, acquis ou subis).Le vieillissement de certaines cellules commence dès la naissance, voire in utero.<sup>2</sup>

Ainsi, Le vieillissement et la vieillesse se distinguent en cela que l'un parle d'un processus que vit tout être humain dès sa naissance, quand l'autre fait état d'une étape de vie construite sur des images sociétales fortes.

"Seniors", "Aînés", "Troisième âge", "Quatrième âge", "Anciens", “vieillards”....Autant de termes génériques qui reflètent la difficulté à définir précisément l'âge de la vieillesse et la réalité mouvante et subjective que celle-ci représente. Il existe, en effet, de multiples définitions traduisant le polymorphisme et la complexité de ce concept .

Dans les différentes structures gériatriques où j'ai travaillé, j'ai souvent constaté une tendance à l'indifférenciation en matière d'âge lorsque l'on parle “**des vieux**”. Plusieurs générations s'y côtoient, constituées de personnes de 60 à 110 ans, et toutes sont appelées " personnes âgées" sans plus de distinction, comme si le temps s'arrêtait au delà d'un certain âge et qu'il n'y avait **QU'UNE** vieillesse. On tient très peu compte du fait que ces personnes appartiennent à différentes générations et, par conséquent, sont imprégnées de modèles et de repères différents. Ce fonctionnement est très réducteur et peu représentatif du vécu que peut avoir chacun.e de sa vieillesse, de ses besoins et de qui il/elle est. En ce sens, il est primordial de bien avoir en tête qu'il existe une diversité des expériences de la vieillesse, conditionnée par différents facteurs tels que la classe sociale, les générations, le genre, la provenance (ville,campagne...), l'appartenance religieuse, ethnique, ou culturelle, l'état de santé.....Le terme de “personnes âgées” fait référence donc, à toute une tranche de la population aux réalités très hétérogènes qu'il est intéressant de remettre en perspective avec le contexte social et personnel afin de saisir la singularité du vieillissement de chacun.e.

Par ailleurs, le vieillissement amène à se pencher sur la place de l'individu dans la société et la question des rôles qu'il y joue (sociaux, conjugaux....). Vieillir implique le réaménagement de ces rôles et va demander à la personne âgée de repenser sa place dans la société.

---

2. Ribes Gérard, "sexualité et vieillissement", éditions de la chronique sociale, 2009, P° 13

## 2. Stéréotypes&âgisme

Dans les pays occidentaux, les représentations du vieillissement sont souvent connotées de manière très négative. Il est ,effectivement, la plupart du temps, assimilé à une suite de pertes et de deuils: matériel, physique, moral, affectif. La vieillesse reste encore un fort tabou dans nos sociétés occidentales car associée systématiquement à la maladie et à la mort. Elle réveille en chacun.e de nous des peurs archaïques et nous renvoie à notre propre finitude et , finalement, à l'impensable! Des mécanismes de défense tels l'hostilité ou le déni vont alors se mettre en place de manière individuelle et/ou collective et conduisent à l'âgisme (discrimination fondée sur l'âge).

Par cette manière d'occulter la vieillesse et de la désigner en termes péjoratifs, on alimente la perte d'identité du sujet âgé et son sentiment d'être mis au ban de la société. La personne âgée cultive alors une image d'elle-même détériorée qui fait naître des sentiments de solitude, de dévalorisation et de mésestime.

Le concept de “menace du stéréotype” développé par Claude steele et Joshua<sup>3</sup> Aronson illustre en partie ce phénomène qui consiste à se conformer aux images de soi négatives que l'on nous renvoie et à, inconsciemment, les rendre vraies . Dans le cas précis des personnes âgées, celles-ci s'identifient et se pensent uniquement par le prisme des images introjectées par la société; C'est à dire l'inutilité, l'incapacité à s'adapter, le manque de performance, la déchéance cognitive et physique, la perte de contrôle sur son environnement.... Pour exemple, dans l'EHPAD où je travaille, lorsque je demande à un résident comment il va, il n'est pas rare que celui-ci me réponde “*ça va comme un vieux!*”, sous-entendant qu'un “vieux”ça ne va jamais bien. Il est très courant aussi que les personnes me disent “*A quoi,ça sert de vivre puisque je ne sers à rien*”.La perte de sens et d'intégrité est ressentie très intensément.

En 1970, dans son livre “ LA VIEILLESSE”, Simone de Beauvoir décrit justement la condition des personnes âgées qui sont traitées comme des “parias” et déclare “*leur malheureux sort dénonce l'échec de toute notre civilisation*”<sup>4</sup>. Elle souligne la violence et l'injustice du traitement social réservé aux personnes âgées et notre incapacité à penser notre vieillesse.

---

3. Chercheurs américains en psychologie sociale qui ont développé le concept de "menace du stéréotype", 1995

4. Adèle Van reeth, Podcast "Les chemins de la philosophie : la vieillesse de Simone de Beauvoir", France inter.

Aujourd'hui, L'âgisme continue à se manifester à tous les niveaux de notre société: dans les médias, en politique, au travail, dans les loisirs...qui distillent des injonctions permanentes aux personnes vieillissantes à "rester jeune" et entraîne ainsi une invisibilisation des personnes âgées.

Mesurer le poids et l'influence des stéréotypes concernant les personnes âgées m'apparaît indispensable pour une CCF qui serait amenée à accompagner des personnes âgées, afin de comprendre ce par quoi ils sont traversés et les ressources potentielles qu'elle peut déployer en tant que professionnel de la relation d'aide.

Comment se déprendre de ces représentations négatives tenaces et ancrées? Quel accompagnement proposer à ces personnes âgées qui éprouvent, pour la plupart, un sentiment de dépossession et de ne plus s'inscrire dans une temporalité? Quelles perspectives "réjouissantes" leur proposer? Comment les aider à se sentir à nouveau maître de leur vie? L'enjeu, me semble t-il, s'inscrit ici à un double niveau, à la fois dans la perception que la personne âgée a d'elle-même et dans celle que lui reflètent les autres.

### **3. Les enjeux de la vieillesse**

Comme déjà évoqué plus haut, la personne âgée est un adulte qui arrive, à la fois, au terme de son activité professionnelle et au terme de son existence. Aussi, celle-ci va être confrontée à une suite de changements et de réaménagements qui vont s'imposer à elle et qui se manifestent aussi bien sur le plan pratique/physique que psychologique. Perte du statut social, du conjoint, du logement, départ des enfants, modification de l'image corporelle, rapport à la mort qui devient une réalité "palpable".....autant de questionnements existentiels auxquels elles devront faire face et qui viennent bouleverser un équilibre mis en place tout au long de leur vie.

Ainsi, le processus de vieillissement s'accompagne de problèmes identificatoires qui entraînent une perturbation de l'identité. VIEILLIR nécessite donc un travail d'élaboration psychique important et des réajustements permanents.

D.Quinodoz<sup>5</sup>, psychanalyste et spécialiste du vieillissement développe l'idée d'un "travail du vieillir" qui irait dans le sens d'une résilience et qui permettrait au sujet âgé de mieux vivre mais aussi de mieux mourir. Elle décrit comment rendre le processus de vieillissement enrichissant et épanouissant sans occulter les difficultés intrinsèques liées à l'âge. Elle évoque

5. Quinodoz Danielle, "Vieillir: une découverte", 2008

le besoin spécifique des personnes âgées de trouver une COHERENCE à leur vie et de lui REDONNER DU SENS en mettant leurs souvenirs en perspective. D'où l'importance que celles-ci puissent considérer l'ensemble de leur vie comme un CONTINUUM et non comme une suite d'étapes déconnectées les unes des autres. Pour se faire, cela nécessite de repenser son rapport au changement et au temps, entre autre en effectuant un travail de mémoire et d'appropriation du passé afin de FAIRE DU LIEN entre les différentes périodes de sa vie. C'est donc un travail d'intégration de la part de l'individu des expériences négatives et positives qui l'ont construit, dans le but de se sentir relié à son histoire et d'avoir soi-même un sentiment de continuité de soi. Rassembler les images fragmentées de sa vie et de soi-même pour retrouver une sécurité et une plénitude interne. Ce travail de "SYNTHESE" et D'ASSIMILATION des expériences intervient dans un contexte particulier dans lequel l'équilibre pulsion de vie /pulsion de mort est fragile. La mort n'est donc plus une notion abstraite et éloignée mais bel et bien une réalité qui va advenir prochainement.

Lorsque j'étais ASH en maison de retraite, Je me souviens d'un monsieur très âgée, en fin de vie, à qui j'allais donner à manger, me dire un jour "*vous savez mademoiselle, la vie est difficile, et elle est difficile à perdre*". Cette phrase m'avait beaucoup marquée car elle illustre bien, selon moi, la tension induite par Eros et Thanatos et le difficile lâcher prise dans les derniers instants de vie. Le "travail du vieillir" dont parle D.Quinodoz réside aussi en cela de clarifier son rapport à la mort et d'accepter sa finitude. Là encore, elle souligne que cette conscience que notre vie a un début et une fin, introduit un caractère d'urgence qui permettrait de vivre le présent plus intensément et ,ainsi, faire que chaque minute compte. Elle affirme que les personnes âgées bénéficient d'un "temps libéré de contraintes" (temps et expérience de soi) propice à ce travail qui consolide le Moi et permet la poursuite de son développement. Cette vision du vieillissement me paraît très intéressante à approfondir, en ce sens, qu'elle permet à l'individu vieillissant de se décaler de cette posture passive dans laquelle il subirait ce qui lui arrive et de rester acteur de sa vie jusqu'à la fin.

Par ailleurs, Le TISSU SOCIAL qui se déploie autour de la personne vieillissante joue un rôle fondamental dans le maintien de son bien être et de sa qualité de vie. Celle-ci qui est en proie à la solitude, au manque d'utilité sociale et à la perte de contrôle, trouvera un réconfort et une revalorisation dans les liens qui perdurent; En l'occurrence, l'accompagnement des AIDANTS FAMILIAUX peut être très étayant dans ce travail personnel de compréhension et

d'intégration de son histoire de vie. La présence et l'écoute prodiguée par les proches nourrit le sentiment d'être considéré et d'avoir une valeur. L'ego de la personne âgée s'en trouve renforcé et la vitalité psychique stimulée. Par ailleurs, les échanges intergénérationnels inscrivent la personne dans un rôle positif de transmission de savoirs et d'expériences et maintient par conséquence l'autoestime et la confiance en soi.

Cet appui déterminant que représente les aidants familiaux est facilement visible en EHPAD. La crise sanitaire actuelle en est un exemple frappant. J'ai pu observer de véritables syndromes de glissement chez les sujets âgés qui étaient totalement isolés de leur famille durant le confinement. L'angoisse de tomber dans l'oubli et la solitude est vécue très fortement par la personne âgée, c'est pourquoi ces liens sociaux conservés apparaissent comme un rempart contre la perte de sens et le néant.

Cette QUESTION DU LIEN : liens interpersonnels, liens intrapsychiques...apparaît donc centrale dans l'accompagnement du vieillissement.

Outre l'aspect psychologique et social, l'état de santé s'avère être un facteur-clé à prendre en compte pour un vieillissement "épanoui". Les progrès de la médecine ont permis de retarder ou de mieux prendre en charge les multiples pathologies liées au vieillissement et d'allonger, par conséquent, l'espérance de vie. De nos jours, les personnes âgées voient de plus en plus la possibilité de vieillir en bonne santé et donc de profiter aussi de ce temps là. En parallèle, on commence à prendre conscience de l'importance que revêt la médecine préventive. Plusieurs facteurs complémentaires entrent en ligne de compte dans un bon état de santé. Il y a évidemment la composante génétique mais aussi le style de vie, les circonstances de la vie, le caractère intrinsèque de la personne et enfin l'hygiène de vie. De nombreux conseils préventifs sont prodigués: le choix de l'alimentation, la place de l'exercice physique, la gestion des plaisirs (tabac, alcool...), la compliance aux traitements des différents facteurs de risque, les activités culturelles, l'importance des relations sociales sont au centre de l'équilibre physique et psychologique des seniors.<sup>6</sup>

Enfin, il ne faut pas oublier toute la dimension affective, émotionnelle et sexuelle qui participe fondamentalement à conserver un bon état de santé. C'est sur cet aspect là plus précisément que je vais poursuivre ma réflexion.

---

6. M-P. Hervy, "Le vieillissement: de qui est-ce l'affaire?", champ psychosomatique, vol.4, n°24, P° 23-26, 2001.

## **II- LA SEXUALITE**

### **1. Définition**

D'après la définition de l'OMS, **la sexualité** « est un aspect central de l'être humain tout au long de la vie et englobe le sexe, l'identité et le rôle de l'homme et de la femme, l'orientation sexuelle, l'érotisme, l'intimité et la procréation. Elle se vit et s'exprime à travers les pensées, les fantasmes, le désir, les convictions et les représentations, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels ».

La sexualité est ,ici, considérée dans son sens le plus large. Elle ne se résume pas à la seule réalisation d'un coït mais prend également en compte, au delà de l'aspect purement physique, les dimensions affective, psychologique, sensorielle, culturelle....qui s'expriment , à la fois sous l'influence de valeurs individuelles et collectives. La sexualité de chacun est imprégnée de sa propre subjectivité et de son rapport à son environnement.

D'autre part, L'OMS définit aussi le concept de **santé sexuelle** comme suit : « la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien être et de la qualité de vie dans son ensemble. C'est un état de bien être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables, sûres, sans contrainte, ni discrimination, ni violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés ».

La sexualité est décrite comme un élément important d'épanouissement individuel et social. Elle participe à l'équilibre psychique et physique essentiel à chaque individu. Le désir sexuel est indissociable de la vie humaine et il évolue en permanence de la naissance à la mort, en fonction de l'âge, de l'évolution du corps, de notre parcours de vie, de nos expériences

amoureuses et du contexte sociétal au sein duquel nous vivons. Tout être humain a des besoins indispensables à son existence et son bien être.

Depuis de nombreuses années, l'exercice de cette sexualité humaine a été régie, par des lois symboliques (transmises de génération en génération) et des lois écrites afin de préserver l'intérêt de l'individu, en même temps que garantir la cohésion sociale. Les normes sociales s'inscrivent dans un contexte culturel et historique. Ce sont elles qui définissent ce qui est normal et attendu dans une société et qui dictent, ainsi, le comportements des individus. Nos actions, nos pensées, nos sentiments sont donc, de manière consciente ou inconsciente, modelés par les agents du contrôle social : famille, médias, politiques....

Dans cette perspective, je trouve intéressant en tant que CCF, d' avoir une vue des normes sexuelles aux différentes époques.

## **2. Repères historiques**<sup>7</sup>

Depuis L' ANTIQUITE, il existe des discours hiérarchiques sur les sexes. A cette époque déjà la femme était assignée à la reproduction dans le cadre conjugal pendant que l'homme était autorisé à s'adonner à tous les plaisirs pourvu qu'il ne mettent pas en péril sa position sociale.

Le CHRISTIANISME, religion officielle de l'empire romain diffuse une morale sexuelle restrictive à l'œuvre de procréation, voulue par dieu et la nature. Les pratiques des individus sont soumises au regard d'un appareil de contrôle centralisé, en fonction de principes absolus et sacrés, s'appliquant à tous. La littérature, à cette époque, théorise sur le refus de la concupiscence et du plaisir.

A partir du XII-XIIIème siècle, apparaît l'instauration du mariage chrétien monogame et indissoluble, qui pose les limites de l'activité sexuelle légitime. Au moyen âge, l'église entreprend de contrôler la vie morale de ses fidèles par le biais de la pratique de la confession. Elle a pour objectif d'empêcher l'activité sexuelle hors du couple marié et de la restreindre uniquement à la fécondation. Le plaisir charnel n'est pas admis. Femmes et hommes sont en principe sur un pied d'égalité mais dans la réalité les transgressions féminines sont déjà jugées beaucoup plus sévèrement que celles des hommes.

Jusqu'au XIXè siècle figure dans les manuels des confesseurs l'adage suivant : « En ce qui concerne la sexualité, il n'y a pas de petite faute ».

---

7. Bozon Michel, "Sociologie de la sexualité", éditions Armand Colin, 2018

Manoukian Alexandre, "La sexualité des personnes âgées", éditions Lamarre, 2011

Paradoxalement, dans le même temps, la recherche et les traitements médicaux se développent et on assiste à la superposition de l'ordre médical sur l'ordre religieux. Ce phénomène laisse entrevoir l'ambivalence et les contradictions d'une société qui cherche alors à redéfinir ses propres valeurs. C'est dans ce contexte que la médecine commence à formaliser des théories sur les comportements sexuels et devient alors gestionnaire de la sexualité des citoyens sujets. Krafft-Ebing et Freud en sont les représentants majeurs. Ils ouvrent des perspectives nouvelles tout en se conformant à la morale bourgeoise de l'époque qui maintient la femme dans son rôle de bonne épouse et maîtresse de maison.

En 1905, la loi de séparation de l'église et de l'état permet d'affirmer des valeurs républicaines et laïques même si dans les faits, la religion catholique reste toujours très présente.

Les années 30 sont marquées par la crise économique en France et par la création de nouvelles lois sociales mais les grandes transformations des mentalités viendront de la seconde guerre mondiale et du victorieux modèle américain qui diffuse des images de culture de la liberté, d'individualisme et de jouissance immédiate. Ce mouvement s'accompagne des prémices de la libération des corps et des droits des femmes.

Les années 60 portent à son paroxysme la tension entre morale chrétienne et volonté d'émancipation des mœurs. Mai 68 marquera alors, un tournant avec le déploiement des mouvements féministes et la revendication du droit à disposer de son corps et d'en faire ce que l'on veut.

Les méthodes contraceptives seront légalisées fin 1967 et le droit à l'avortement, défendu par Simone Veil, sera voté le 29 novembre 1974.

En 1973, un premier programme d'éducation sexuelle voit le jour dans les écoles, certes encore très limité mais qui aura le mérite de sortir le sujet de la sexualité de la sphère privée et, par conséquent, de son aspect tabou.

Dans la décennie suivante, on assiste à une évolution notable des mentalités. L'interdit d'autrefois se transforme presque en injonction. Le sociologue Béjin parle même « du devoir d'orgasme ! ». Les médias, la presse, la littérature débattent ouvertement sur la sexualité. En parallèle, l'apparition du VIH met l'accent sur le concept de santé sexuelle et de prévention.

De nos jours, différents mouvements de dénonciation et de protestation voient le jour sur les réseaux sociaux : #MeToo#, #balance ton porc#, #MeTooinceste#....encouragent les victimes de violences de différentes natures à prendre la parole et permet d'en montrer l'ampleur. Une

conscience collective, à l'échelle mondiale, se réveille alors autour des violences faites aux femmes. L'état s'empare du problème des violences sexuelles.

### **3. Sexualité, identité et désir**

#### **Comment se construit la sexualité ?**

Parmi les concepts de base relatifs à la sexualité, nous trouvons la LIBIDO<sup>8</sup> que l'on peut définir comme la manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle. Autrement dit, c'est un mécanisme dont la source est corporelle mais la représentation est psychique. Pour Freud, la libido englobe nos désirs, nos envies, nos pulsions de vie et généralement toute notre activité sexuelle imaginaire ou concrète. Elle va s'exprimer de différentes manières selon le stade de développement de l'individu, et, se concentre à chaque étape en une zone érogène spécifique. Ainsi, le développement psychosexuel se caractérise par 5 phases :

- la phase ORALE : plaisir obtenu par la bouche (suction du bébé).
- la phase ANALE : maîtrise du contrôle des sphincters( rétention et expulsion de matières fécales).
- la phase PHALLIQUE : correspondant au complexe d'oedipe.
- la période de LATENCE : la libido est réorientée vers des activités non sexuelles.
- la phase GENITALE : arrivée de la puberté et maturité sexuelle.

Les étapes du développement de la personnalité sont corrélées à ces stades du développement de la sexualité .

La psychanalyse, à son époque, révolutionne donc, la compréhension de la sexualité en affirmant l'existence d'une sexualité infantile (ce qui était totalement nié au XIX<sup>e</sup> siècle).Sexualité différente cependant, de celle de l'adulte puisqu'elle n'est pas vécue par le prisme de la génitalité mais bien par les sensations assimilées et imprégnées dès les premières années de vie par l'enfant, par le biais d'autres zones du corps. C'est ce que l'on appelle la sexualité « prégénitale ».

Le développement sexuel du tout petit est alors intégré à son développement global et

---

8. Tribolet Serge, "Freud, Lacan, Dolto enfin expliqués !", éditions l'esprit du temps, 2008

affectif. Il découvre la sensualité à travers les caresses, les baisers, les gestes de nursing et maternage ....provenant des adultes qui prennent soin de lui . Le toucher joue un rôle très important pour le jeune enfant. Le plaisir éprouvé n'est pas de l'ordre de l'orgasme mais en reste néanmoins source de satisfaction. De cette période naît la conscience de soi, des autres, de la différence des sexes. Progressivement, le MOI va se construire par identifications successives aux deux parents. Les bases de l'identité sexuelle et du rôle social qui en découlent sont posées.

Freud suggère que ces expériences vécues pendant l'enfance et les rapports entre parents/enfants auront un impact déterminant sur l'équilibre psychologique ultérieur ressenti par l'adulte. La sexualité infantile qui sera alors refoulée par la suite, ressurgira, de manière consciente ou inconsciente, sous forme de sensations positives ou de freins (fixations) dans l'âge adulte.

C'est à l'adolescence que l'entrée dans la génitalité se produit. La curiosité sexuelle est réactivée et l'autre devient un objet de désir.

Le DESIR est une autre notion centrale lorsque l'on aborde la sexualité. Lacan le définit comme l'écart entre le besoin et la demande. Il est lié au fantasme et activé par le manque. Il est subjectif, infini et insatiable et traduit une tension vers un « objet » que l'on se représente comme source de satisfaction et de PLAISIR. Le BESOIN se différencie du désir par le fait qu'il est associé à une dimension objective et naturelle. Par exemple, la soif est un besoin primaire. Le choix ensuite pour l'éteindre d'eau ou de jus de fruit relève du désir. Nos désirs sont tributaires du milieu dans lequel nous vivons et des représentations socio-culturelles qui le sous-tendent.

Le désir est inhérent à la nature humaine et est à l'origine de la dynamique même de toute existence. Avec le temps, le rapport à l'objet du désir (en l'occurrence pour notre sujet, la personne aimée) se modifie en corrélation avec ce que nous sommes et nos manques existentiels.

Corps, sexualité et désir convergent en un point qui est au fait LA PULSION DE VIE.

Enfin dans le cadre de mon sujet, il m'apparaît intéressant de mentionner La SUBLIMATION qui est un processus consistant à rediriger une énergie psychique à la base purement sexuelle vers des buts plus « convenables ». Parfois certaines personnes renoncent à une vie sexuelle active au profit d'autres formes de réalisation personnelle tout aussi épanouissantes et

enrichissantes. Les liens amicaux, les activités créatives, culturelles ou sociales en sont des exemples concrets.

La sexualité concerne donc tous les êtres humains, dès le plus jeune âge jusqu'à la fin de la vie et s'inscrit dans un dialogue entre soi et l'autre. Il existe de multiples façons de la vivre, avec des expressions et des rythmes différents. De nombreux facteurs peuvent influencer la sexualité de manière positive ou négative. Une mauvaise santé physique, du stress, de la fatigue ou des difficultés psychiques peuvent entraver l'épanouissement sexuel et entraîner une baisse de désir. La vie affective et sexuelle met en jeu la question du rapport à l'autre, de l'affectivité et de la qualité relationnelle. Sa richesse autant que sa complexité résident dans les allers-retours entre soi et l'autre, dans la gestion de ses propres émotions et fragilités, en même temps que la gestion du lien à l'autre.

A chaque entrée dans un nouvel âge de la vie s'effectue un remaniement identitaire qui fragilise l'équilibre pulsion de vie/pulsion de mort. Dans ces moments clefs, le désir et la libido vont être bouleversés. Dans l'enfance, la sexualité participe à la construction de l'image corporelle. A l'adolescence, la question identitaire est très prégnante. L'âge adulte est focalisé sur la relation, l'altérité. Dans la vieillesse, celle-ci n'est plus soumise à l'injonction de la génitalité. La question du vécu corporel et de l'appropriation de nouvelles sensations se posent alors.

C'est sur cette dernière période de vie qu'est la vieillesse et sur les problématiques affectives et sexuelles rencontrées en ce temps que je vais désormais approfondir mon travail.

### **III- SEXUALITE ET VIEILLISSEMENT**

#### **1. Représentations&genre**

Dans la dernière période de vie, certain.e.s vivent difficilement la perte de repères, ne s'aiment plus, se replient sur eux, d'autres, au contraire s'ouvrent, se renouvellent et découvrent des sensations jusqu'alors inconnues. Avec l'avancée en âge, le corps devient l'interface privilégiée entre le monde et soi. Il peut être, à la fois vecteur de bien être comme source de souffrance. Les modifications de l'image corporelle peuvent être d'une grande

violence et conduire à une crise identitaire dans laquelle la libido se trouve fragilisée. La personne peut avoir le sentiment de devenir étrangère à elle-même sauf si celle-ci se saisit de ces transformations pour réinvestir son corps différemment et réinventer une manière d'être au monde. Selon les événements de notre vie passée et présente, la sexualité sera alors libérée ou inhibée, refoulée ou affirmée.

Socialement, cette sexualité est réprouvée. Elle subit la censure en lien avec les stéréotypes du vieillissement qui renvoie une vision asexuée de la personne âgée. Elle est généralement perçue comme transgressive, obscène, et, inspire rejet et incompréhension.

J'ai en mémoire une conversation avec une collègue qui me disait, avec force, son dégoût en imaginant deux personnes âgées en train de faire l'amour. Elle fit d'emblée un parallèle avec la sexualité de ses parents et grands-parents qu'elle ne pouvait envisager. Ce sujet nous renvoie systématiquement sur le versant des représentations individuelles et collectives. Les termes péjoratifs sont nombreux, dans le langage courant, pour désigner les vieilles personnes qui exprimeraient ouvertement leurs désirs : « vieux cochon », « pervers », « femme lubrique »... Il faut faire preuve d'un vrai courage pour oser dire ses envies sexuelles à partir d'un certain âge ! L'autocensure et la culpabilité restent d'ailleurs très présentes chez le sujet âgé qui ne s'autorise pas souvent à vivre pleinement sa sexualité et conserve une grande pudeur.

Simone de Beauvoir, dans son livre « la vieillesse », retranscrit bien ce phénomène : « *Un autre barrage, c'est la pression de l'opinion. La personne âgée se plie à l'idéal conventionnel qui lui est proposé. Elle craint le scandale ou simplement le ridicule. Elle se fait l'esclave de qu'en-dira-t-on. Elle intériorise les consignes de décence, de chasteté imposées par la société. Ses désirs mêmes lui font honte, elle les nie : elle refuse d'être à ses propres yeux un vieillard lubrique, une vieille dévergondée. Elle se défend contre les pulsions sexuelles au point de les refouler dans l'inconscient* ».

Si ces préjugés touchent les hommes et les femmes vieillissant.e.s, Ce sont malgré tout les femmes, à qui notre société demande de vieillir « jeunes et lisses », qui en pâtissent le plus. Le vieillissement n'échappe pas aux discriminations genrées. On entend souvent parler « d'homme mûr » comme quelqu'un qui serait séduisant et expérimenté. Les femmes, en revanche, ne sont pas associées à ces images valorisantes. Elles souffrent du regard méprisant

porté sur leurs corps vieillissants et se retrouvent plus facilement mises sur la touche après 50 ans par pénurie de partenaire. Plusieurs raisons expliquent cela : la plus grande espérance de vie des femmes, le veuvage, l'écart d'âge dans les couples mais aussi l'intérêt des hommes, après une séparation, pour des femmes plus jeunes.

Des témoignages de femmes<sup>9</sup> racontent l'invisibilisation qu'elles subissent et la difficulté à ne plus être regardées comme des femmes désirables. Elle se trouvent alors reléguées dans leur place de « grand-mères qui jouent avec les petits enfants et font des confitures » !

Les attentions qu'on leur porte, les ramènent sans cesse du côté de leurs incapacités.

Le rapport au temps et au vieillissement est très favorable aux hommes dans nos sociétés occidentales. Ils restent longtemps considérés comme des adultes et non des âgés et gardent un « pouvoir » social, politique, économique et symbolique fort. A contrario, les femmes sont très vite familiarisées avec leur vieillissement. Dès 35 ans, on nous parle de notre horloge biologique. Le temps nous est compté....

La ménopause arrive comme un couperet....Elle est encore souvent assimilée, dans les esprits à des troubles du désir et /ou un retrait de la vie sexuelle. Mais qu'en est-il réellement ?

## **2. Evolution physique et psychique de la sexualité avec l'âge**

Les études de Master et Johnson ont permis une meilleure compréhension des réactions du corps et de la sexualité tardive et ont démontré, par là même, la possibilité pour les hommes et les femmes d'avoir des rapports sexuels jusqu'à un âge avancé, à condition d'être en bonne santé et d'en avoir le désir.

### **→ CHEZ LA FEMME**

La ménopause correspond à l'arrêt des fonctions ovariennes et des cycles menstruels qui signe la fin de la fécondité. La diminution de la sécrétion d'oestrogènes entraîne des troubles tels que des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, de la fatigue... Ces changements hormonaux peuvent avoir une incidence sur les réactions sexuelles : lubrification amoindrie, vascularisation moins importante, sensations différentes lors de l'excitation sexuelle, résolution après l'orgasme plus rapide (cf tableau de Master et Johnson en annexe I).

Ces modifications physiologiques peuvent effectivement avoir un impact général sur la libido

---

9. Bienaimé Charlotte, "Vieilles et alors ?", Arte radio, Un podcast à soi, 2019

et demander un travail d'adaptation mais ce n'est pas forcément une fatalité. Le parcours de vie de chaque femme influence indéniablement le vécu qu'elles auront de cette période là. La physiologie et le fonctionnement féminin éprouvent le corps des femmes : règles, pénétration, grossesse, accouchement, allaitement, IVG...la femme est traversée par de multiples expériences effractantes au cours de sa vie.

Certaines pourront ressentir une baisse de l'estime de soi, une perte de confiance, de la solitude, une rupture de leur propre image, de leur identité ...

Pour d'autres, cette période singulière s'accompagne d'une redécouverte de leur féminité et d'une reconnexion à leurs désirs profonds. Le départ des enfants du foyer, l'arrêt de l'activité professionnelle libère un nouvel « espace-temps », leur permettant de se recentrer sur elles. Le fait d'être dégagées d'une certaine charge mentale, les invite à réinvestir d'autres activités et d'autres liens épanouissants. Leur sexualité est plus libre, spontanée. Elles se connaissent mieux, assument leurs envies et leurs désirs, s'affranchissent du regard extérieur et ne sont plus soumises à la contrainte de la procréation.

#### → CHEZ L'HOMME

Chez l'homme il n'existe pas d'arrêt brutal de la sécrétion hormonale. Dès la fin de la trentaine, va s'amorcer une diminution constante et progressive de la testostérone due à la baisse de l'activité testiculaire. Il n'y a pas nécessairement de déficit chez tous les hommes. Les variations individuelles sont importantes. La possibilité de reproduction est conservée. Les signes cliniques de l'andropause se manifestent principalement au niveau de la qualité des érections, de l'intensité de l'orgasme, du besoin de plus de stimulation et de l'allongement de la période réfractaire (cf tableau de Master et Johnson en annexe II).

La physiologie et la sexualité de l'homme se passent en dehors de son corps. Son sexe est extérieur. La question identitaire est associée à son phallus. L'existence et la tenue de son érection le conforte dans sa place d'homme. Avec l'âge, la survenue de maladies chroniques a souvent une incidence directe sur sa sexualité (problèmes de prostate, diabète, neurologiques...). Le caractère instinctif et impulsif de sa libido va s'amoinrir. La crainte des pannes sexuelles peut lui faire perdre confiance. Les troubles de l'érection peuvent alors provoquer des perturbations psychologiques importantes (dépression, crise identitaire...).

Pour les femmes comme pour les hommes, le déclin des hormones sexuelles s'accompagne de

modifications de la silhouette avec une fonte musculaire, des altérations cutanées et pileuses (cheveux blancs, rides...).....autant de changements qui viennent ébranler un peu plus l'image de soi et mettre le doute sur sa capacité à séduire.

Dans ce contexte de transformations physiques et psychiques, le ou la partenaire aura une place de plus en plus grande pour impulser l'excitation ; comme activateur de la sexualité. Dans les couples, la qualité de la relation à deux et l'intérêt mutuel que se portent les partenaires seront déterminants pour le maintien d'une sexualité. La spécification des rôles sexuels masculins et féminins diminue du fait des limites imposées par le corps. Les femmes vont plus activement vers leur plaisir pendant que les hommes s'ouvrent à plus de réceptivité. Helen Fisher parle de « transfert de compétences »<sup>10</sup> dans la séduction amoureuse. Chacun va s'enrichir de l'univers et des comportements de l'autre.

La méconnaissance de ces changements et leurs effets sur la sexualité peuvent dérouter les personnes et leur faire vivre une situation d'échec ou de renoncement. C'est là que le rôle de la CCF prend son sens : écouter les difficultés, les interrogations, les peurs, les incompréhensions, informer et expliquer ces changements et fonctionnements décrits plus haut, aider à aménager la sexualité en regard des pertes et des nouvelles possibilités.

=> Pour la femme comme pour l'homme, le rapport au corps, en vieillissant, prend un tout autre sens. Certaines potentialités disparaissent, des limites se dessinent, la maîtrise de son corps est relative.....cela nécessite un travail de deuil, de lâcher prise et d'ouverture à l'imprévu. Le PARAÎTRE passe au second plan, au profit de L'ÊTRE. C'est un cheminement plus spirituel, plus intérieur qui s'opère alors, vers une quête d'authenticité.

### **3. Evolution des comportements sexuels avec l'âge**

Les problèmes sexuels sont donc plus corrélés aux pathologies induites par le vieillissement qu'à l'âge en soi. La femme et l'homme restent des êtres de désir jusqu'au bout de leur vie. Avec le temps, la sexualité n'est plus soumise au « mythe de la performance » ; elle va se déployer sur un mode beaucoup plus tendre, affectif et acquiert davantage de résonance émotionnelle.

---

10. Ribes Gérard, "Sexualité et vieillissement", éditions la chronique sociale, 2009

Le vieillissement altère la plupart des sens, en revanche le toucher reste intact et s'avère être une véritable nourriture affective. Dans le grand âge, la sexualité « prégénitale » est convoquée ; Les partenaires trouvent du plaisir dans les caresses, le peau à peau, l'intonation de la voix, le contact visuel, les baisers, le fait d'être dans les bras l'un de l'autre....l'imaginaire et le symbolique se réveillent. Les échanges sont moins physiques mais beaucoup plus érotiques et sensuels. Ils prennent en compte la relation à l'autre ainsi que les expériences de tout une vie. Le temps est investi d'une autre manière, les rapports s'équilibrent, les rythmes s'accordent. La personne est moins centrée sur ses propres besoins et désirs et se tourne davantage vers l'autre. La relation et la communication prime dans cette forme de sexualité, avec la création d'une intimité émotionnelle forte et le partage de moments de tendresse, vécus intensément.

L'étude de Bretschneider et Mc Coy qui porte sur 202 sujets âgés de 80 à 102 ans met en évidence leurs différentes pratiques sexuelles (tableau en annexe III). L'intérêt d'une personne âgée pour la sexualité est souvent proportionnel à la place que celle-ci a toujours occupée dans sa vie.

Le désir subit des fluctuations au cours de la vie. Dans le grand âge, l'absence de couple stable et les difficultés sexuelles du ou de la partenaire sont souvent citées comme raison d'une limitation de la sexualité. Les contraintes physiques et psychiques imposées par le vieillissement, ainsi que les mythes et les tabous sociétaux peuvent également conduire à un émoussement du désir et décourager la personne âgée de poursuivre sa vie sexuelle. De ce fait, le désir demande à être entretenu et stimulé. Il sous-entend une certaine disponibilité et « l'envie d'avoir envie ». Le regard sur soi et le regard de l'autre vont jouer, ici, un rôle déterminant. L'étude de Wasow et Loeb<sup>11</sup> montre que 78 % des femmes et 58% des hommes arrêtent leur sexualité car ils souffrent de l'altération de leur image corporelle et de la sensation de ne plus être désiré. L'apparence reste très importante jusqu'à la fin de la vie. Les résidents que j'ai interrogé à ce sujet, s'accordent à dire de manière unanime qu'il est vital pour eux d'entretenir une bonne image de soi et de savoir qu'ils plaisent encore. Beaucoup choisissent avec soin leur tenue vestimentaire, vont chez le coiffeur, se parfument et aiment se prêter au jeu de la séduction.

---

11. M. Wasow, M-B. Loeb, "Sexuality in nursing homes", Journal of the American Geriatrics Society, vol 27, p.73-91, 1979.

Master et Johnson proposent des techniques pour réactiver le désir et cultiver le plaisir, qui reposent sur une redécouverte de soi et de l'autre à partir d'un (ré)apprentissage des sensations de son corps et de celui de son partenaire. Ce « travail » sur les perceptions s'accomplit à travers les massages, le toucher, la vue.

La sexualité, l'estime de soi et le bien être s'autoalimentent dans un cercle que l'on pourrait dire vertueux. Plus on porte un regard positif sur soi-même, plus on se sent bien, plus on est à même d'être en lien avec l'autre et de vivre une sexualité riche. Dans le même temps, la poursuite d'une sexualité tardive améliore la confiance en soi et l'épanouissement personnel. Le besoin d'affection est indispensable à toute vie humaine. L'amour sous toutes ses formes est force de vie.

Pour illustrer mon propos, j'aimerais vous raconter l'histoire de ce couple reformé sur le tard qui avait décidé de rentrer dans la même maison de retraite. Ils avaient pour point commun de souffrir de la même maladie. Le monsieur était arrivé avant sa compagne, restée à Paris à cause du confinement. Dans l'attente de sa venue, il se mit à dépérir si bien que nous pensions qu'il allait mourir avant son arrivée. Le médecin diagnostiqua une fin de vie et mis en place des soins palliatifs. Plus aucune communication n'était possible, aucun son ne sortait de sa bouche, ses yeux restaient fermés et son corps s'était vidé de toute énergie. Finalement, sa compagne arriva et quelle ne fût pas notre surprise de voir ce monsieur complètement renaître au contact de celle qu'il aimait. Ils passèrent tout leur temps serrés l'un contre l'autre (dans un lit une place!), main dans la main à échanger des regards et des baisers. Leur émotion et leur affection étaient palpables. Après quelques temps, cet homme se remit littéralement debout. Il réussit à marcher à nouveau et put profiter de ballades dans le jardin avec sa compagne.

La sexualité n'est pas une obligation pour se sentir épanoui mais rien ne doit empêcher qu'elle ait lieu. La pulsion sexuelle, qu'elle s'exprime dans un rapport sexuel actif, ou dans un acte de sublimation (social, artistique) doit être prise en compte et respectée le plus possible pour permettre à chacun de se réaliser. La qualité de la fin de la vie dépendra beaucoup de cette possibilité de rester un sujet actif et désirant jusqu'au bout afin de « mourir vivant ». Aimer et être aimé est la quête originelle de tout individu.

## IV- VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE EN INSTITUTION GERIATRIQUE

### 1. La législation

En France, selon l'enquête réalisée par le DREES<sup>12</sup> en 2015, 728 000 personnes résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées, ce qui représente 10% des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Avec les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie, la population est de plus en plus âgée mais aussi de plus en plus dépendante, par conséquent, le nombre de personnes résidant en EHPAD<sup>13</sup> ne cesse de s'accroître.

Les différentes études mettent en évidence que l'institution est souvent un frein à l'expression de la sexualité. Les personnes s'y trouvent confrontées au manque d'intimité, à la prédominance du soin et de la sécurité, aux attitudes parfois négatives du personnel, aux regards des autres résidents, au manque de partenaires sexuels (les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes en maison de retraite)...La sphère privée et publique s'y télescopent en permanence, amenant de multiples bouleversements pour la personne ainsi que des problématiques institutionnelles concernant le respect de la vie privée de l'individu.

Différents textes de loi encadrent la vie en institution afin de garantir aux personnes le droit au respect de la vie privée et de l'intimité :

→ L'article 9 du Code Civil dispose que "chacun a droit au respect de sa vie privée".

→ L'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme proclame le droit de toute personne au "respect de sa vie privée".

→ L'article L311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles reconnaît à la personne prise en charge dans les établissements ou services médico-sociaux le droit au "respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité".

→ L'article L1110-4 alinéa 1 du Code de la Santé Publique modifié par la loi du 4 mars 2002 indique que "toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement [...] a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant".

→ La charte des droits et libertés de la personne accueillie, issue de l'arrêté du 8 septembre

---

12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

13. Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

2003, art.12, stipule « le respect de la dignité de la personne et de son intimité ». Celle-ci doit être remise avec le livret d'accueil à tout résident faisant son entrée en institution.

→ L'ANESM<sup>14</sup> a travaillé sur un guide des recommandations de bonnes pratiques professionnelles destiné aux EHPAD. Les volets 2 et 4 sont consacrés au « respect de l'intimité » et à « reconnaître la vie affective et intime des résidents ». La chambre et la salle de bain du résident y sont reconnues comme l'espace privatif du résident.

## **2. Intimité, liberté et pudeur**

*« Ici, c'est comme au moulin rouge! Tout le monde entre et sort , à tout moment de la journée et nous, on a toujours les fesses à l'air! »*, dit une dame, dans L'EHPAD où je travaille, mi amusée-mi résignée alors qu'une soignante entre sans frapper au moment où elle fait sa toilette.

En EHPAD, les locaux et la présence permanente du personnel ne se prêtent guère à la création d'un espace d'intimité: Des chambres qui ne ferment pas à clefs, l'absence de lit double, le matériel médical qui entrave la liberté de mouvement, les différents temps de la journée orchestrés au millimètre, le va et vient de nombreux soignants qui oublient assez fréquemment de frapper à la porte.....Les résidents doivent faire preuve de beaucoup de créativité et de stratégies pour pouvoir donner libre cours à leur vie affective et sexuelle !

Le concept d'intimité s'est construit très récemment, à partir du XIX<sup>e</sup> siècle. D'après Angélique Quiquandon<sup>15</sup>, « *la notion **d'intimité** est une notion complexe dans la mesure où elle suppose certes, **un lieu**, mais aussi **un processus psychique** qui ne semble pouvoir s'engager qu'avec un mouvement de retrait d'avec l'espace public de la collectivité* ». Elle ajoute : « *qu'au-delà du seul **respect d'un territoire géographique privé**, le respect de l'intimité est aussi, et peut-être surtout, le respect d'un espace favorisant **l'introspection**, c'est à dire la **rencontre avec soi-même**, préalable fondamental à la **rencontre avec l'autre*** ».

Ici, l'intimité renvoie à l'idée d'espace et de frontière que l'on tente de délimiter pour protéger son identité propre. Elle fait référence à l'intériorité de la personne qui est faite de ses

---

14. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux.

15. Angélique Quiquandon, "Intimité et sexualité de la personne âgée en institution", Mémoire de deuxième année du D.U de sexualité

ressentis, ses émotions, ses sentiments et plonge au cœur du sujet dans ce qu'il a de plus précieux et de plus fragile. Il s'agit donc, de tout ce qui nous habite profondément et que l'on veut tenir à l'abri des regards « indiscrets ». Ceci nécessite un « travail » personnel pour mettre en lien nos ambivalences intérieures avec notre interprétation de la réalité extérieure telle qu'on la perçoit. C'est ce qui va permettre d'éprouver un sentiment de continuité interne de notre moi. La personne décidera alors de ce qu'elle révèle ou cache de ses zones d'ombre, de ses désirs et de son corps afin de garder un sentiment d'intégrité. L'intimité pourrait être vu comme l'espace secret où peut s'exprimer le décalage entre le moi profond et le moi « social ». Elle s'enrichit dans le lien à autrui et dans le respect de l'autre ; c'est en cela qu'elle est naturellement reliée à la notion de **liberté et de pudeur**. Son expression reste très **subjective** et dépendra de différents éléments : personnels, culturels et sociétaux.

La capacité d'intimité physique et psychique se construit progressivement, dès le plus jeune âge. Elle prend racine dans le lien d'attachement et de confiance que l'enfant établit avec ses parents. Elle se développe ensuite lorsque l'adolescent affirme son identité personnelle et sexuelle. Cette période de la vie est sous tendue par un double mouvement, à la fois, d'identification mais aussi de distinction, pendant laquelle le jeune définit peu à peu les limites de son espace et ses propres valeurs.

Par la suite, Cette intimité évoluera de manière inconstante selon les aléas de la vie et de la relation à l'autre. Elle sera façonnée par les ruptures et les engagements affectifs au cours desquels elle s'étiolera ou se renforcera.

L'intimité affective et sexuelle traduit le plus haut niveau d'intimité et s'inscrit dans le partage de deux intériorités et dans l'échange émotionnel. Chaque personne choisit de dévoiler, en partie, à l'autre son « jardin secret »(rêves, croyances, ressentis, corps...) et comble, ainsi son besoin de sécurité affective.

L'intimité est un **besoin vital**. Priver une personne de disposer d'un espace corporel et psychique et d'avoir une vie privée, revient à la **déshumaniser** totalement.

En EHPAD, cette intimité qui représente la singularité de chaque être humain, se heurte systématiquement aux impératifs d'une gestion collective des individus. Les soignants sont comme des funambules sur un fil, essayant de trouver un équilibre entre leurs obligations de

soin et le respect de l'espace privé de la personne. La chambre du résident étant à la fois le lieu de vie et le lieu de soin, la question de l'intimité est omniprésente au sein de l'institution et dans nos pratiques.

### **3. L'institution, les soignants et le sexe**

Quand On évoque le sujet de la sexualité des personnes âgées, le discours des soignants semble toujours très positif et ouvert, or, l'application concrète de ce discours paraît beaucoup plus compliquée au regard des contraintes institutionnelles et des représentations personnelles. De prime abord, personne ne s'y oppose mais rien n'est fait non plus pour permettre qu'elle se passe. L'écart entre nos valeurs affichées et nos pratiques effectives reflètent la complexité du « prendre soin » dans le respect de l'autre comme être désirant.

La plupart des personnes qui rentrent en maison de retraite, arrivent dans une situation de **vulnérabilité et de dépendance**, ce qui fait appel d'emblée à l'instinct de protection des soignants et au devoir de sécurité de l'institution. Dès lors, la relation entre professionnels et résidents s'installe dans un discret déséquilibre, dans lequel la personne âgée est perçue **comme un enfant** qu'il faudrait mater . La réalité alimente fortement cette « croyance » puisque les soins prodigués s'apparentent souvent à ceux donnés à un tout-petit : laver, changer des protections, donner à manger, aider à marcher, rassurer les angoisses, soigner, proposer des loisirs...

De même, que l'on n'imagine pas la sexualité d'un enfant, la personne âgée est alors facilement identifiée comme un **être asexué**. Pourtant, à la différence de l'enfant, celle-ci est façonnée par toute une vie, faite d'expériences diverses et variées, et plus spécifiquement en matière de sexualité, elle est sans doute beaucoup plus « experte » que nous !

La sexualité reste donc l'impensée de l'institution et pourtant elle y est présente en permanence comme le souligne la psychologue Pascale Molinier : « *Le sexuel est au centre de la relation de soin en gériatrie parce que celle-ci implique un rapport répété au corps, de la toilette, aux différents changes, en passant par l'aide à l'alimentation et au coucher* ».

Le soignant se retrouve, par l'essence même de son travail, confronté à la maladie, à la

douleur, à la détresse, à la mort. Ces situations, et l'impuissance qu'elles nous renvoient parfois, peuvent être très violentes. Dans le grand âge, le corps est exposé aux « quatre vents » et le soignant le voit dans ce qu'il a de plus cru : sécrétions, bave, excréments, sang, odeur...Le corps est alors envisagé, uniquement, par le prisme de l'hygiène et du soin. Il est complètement **désérotisé**, voire **chosifié**. Les parties du corps deviennent indifférenciées. On lave des sexes comme on lave des oreilles ! Dans ce contexte, le risque «d' atteinte à la pudeur » est important et se produit parfois, sans même que l'on en ait conscience. La question du désir et des envies est alors totalement évacuée. L'autre ne m'inspire pas de désir donc je ne peux, moi-même , pas le concevoir comme sujet désirant !

La gestion du collectif induit une organisation systématisée et rythmée, qui laisse peu de place à la spontanéité et, a tendance à **dépersonnaliser** les individus. On se centre sur la tâche à effectuer, plus que sur la personne. Le professionnel est pris dans l'action et les contraintes se multiplient. Cela laisse peu de temps à une réflexion commune et porteuse de sens.

Le malaise ressenti par rapport à l'expression de cette sexualité des âgés, poussent les soignants à développer des **mécanismes de défense** tels que le déni, la banalisation, l'évitement, les moqueries, les remontrances.....Parfois, on peut avoir l'impression qu'ils s'érigent comme les « gardiens de la morale » sous couvert de soins et de sécurité. Pour exemple, cette transmission d'une veilleuse de nuit qui dit avoir retrouvé 2 résidents l'un sur l'autre dans un lit et avoir demandé à l'homme de « *se retirer et à la dame de se rhabiller et de retourner dans sa chambre* ». Méfions-nous des bons sentiments ! L'enfer est pavé de bonnes intentions !

Le soignant, dans sa pratique quotidienne, ne cesse d'être interpellé du côté de la sexualité. Les histoires rencontrées sont nombreuses et variées : Une dame qui multiplierait les partenaires, une relation homosexuelle naissant au sein de la structure, un homme qui se remettrait en couple avec une résidente alors qu'il est marié par ailleurs, un monsieur en érection lors d'une toilette....Toutes ces situations, pourtant banales, ne posent pas de problème dans la vie courante car les gens les vivent dans un espace privé bien sauvegardé. En revanche, en maison de retraite, cela prend une autre tournure. La porte de l'intimité est grande ouverte et les professionnels sont, de fait, plongés et « pris à partie » dans la vie des gens. Les soignants ne peuvent pas faire l'économie d'un **travail d'élaboration** de leurs propres représentations. Ils ont à se poser des questions sur la **résonance personnelle** de ce

dont ils sont témoins : Pourquoi cela me dérange? Quelle est ma propre vision de la vie amoureuse, du plaisir, de la sexualité? Quelles sont les limites de mon intervention? Pourquoi suis-je remis en question par leurs choix de vie et de sexualité? Comment prendre en compte les désirs et frustrations de cette personne?....

Le sujet est d'autant plus sensible que ces questions doivent être abordées, de surcroît, en équipe, ce qui suppose de donner à voir ses limites, ses interrogations et de mettre à nu sa propre intimité.

La présence de la maladie en institution, fait émerger d'autres problématiques, auxquelles les équipes doivent répondre, qui concernent la **conscience** et le **libre arbitre**. Les personnes souffrant de troubles cognitifs, entre autre, subissent souvent une altération du discernement.

Que se passe t-il, alors, quand la question du **consentement** télescope celle du désir, de la pulsion et du plaisir? Dans le cas d'une personne démente, comment décrypter son rapport à l'autre? Comment respecter les libertés individuelles tout en assumant sa **responsabilité**? D'un point de vue **éthique**, que puis-je laisser faire? Quelle frontière entre accompagnement et ingérence?...

La fonction même de soignant lui confère un **pouvoir** qu'il se doit de réinterroger sans cesse pour ne pas tomber dans l'arbitraire et risquer de porter atteinte aux libertés les plus fondamentales. N'oublions pas que le patient est **couché**, le soignant **debout**....

S'occuper de personnes dépendantes et démunies demande, par conséquent, une grande disponibilité psychique mais aussi une capacité à se remettre en question. Il est important que le soignant engage une réflexion autour de sa propre **subjectivité**, qu'il mette de la conscience sur ce qui est en jeu (mécanismes de défense, représentations erronées, difficultés induites par le fonctionnement institutionnel...), qu'il apprenne à mieux se connaître, afin de ne pas nier la réalité de la personne âgée qui n'est pas forcément la leur et de faire preuve d'humilité, de justesse et d'humanité dans la relation à l'autre.

Des temps de réunion existent déjà en EHPAD mais ils trouvent leurs limites dans le manque de temps et le nombre important de thèmes à traiter ; Une formation à ce sujet pourrait être intéressante mais il m'apparaît encore plus pertinent de proposer des groupes de parole aux équipes, plus spécifiquement sur le sujet de la vie intime, affective et sexuelle des personnes âgées. L'intérêt d'un groupe d'échange se situe pour moi, dans le fait, qu'il constitue un

véritable support pour être actif dans ce travail de réflexion, tout en s'inscrivant dans une dynamique collective qui facilite et accélère l'évolution des mentalités et des pratiques. L'opportunité pourrait être donnée de porter un autre regard, de repenser sa posture, ses attitudes, de mettre en travail ses difficultés, sans jugement, dans un contexte sécurisant ; et aussi, avant tout, d'ancrer dans nos esprits et dans nos pratiques, l'existence, la légitimité et l'importance de composer avec la sexualité dans notre travail.

#### **4. Et les familles dans tout ça ?**

Nous l'avons dit dans le premier chapitre : Le soutien des familles joue un rôle déterminant dans le bien être physique et moral du résident. Bien souvent, ce sont elles qui se sont occupées de leur parent avant qu'il n'arrive en institution. La dimension affective imprègne fortement la relation et la connaissance que celles-ci ont de la personne est précieuse. L'entrée en maison de retraite est rarement un choix. Elle semble plutôt vécue comme une résignation, et souvent, accompagnée de sentiments contradictoires pour les aidants familiaux : culpabilité, soulagement, peur, impuissance....Elle ébranle presque systématiquement l'équilibre familial et fait naître une confusion dans les repères et la place de chacun. On assiste là aussi, en général, à une **inversion des rôles** et une **infantilisation** de la personne âgée, induite par la situation de dépendance et de vulnérabilité. L'enfant devient alors le parent de son parent. Il prend en charge, il supplée, il décide, il est parfois même désigné tutelle....de sorte que le personnel a tendance à le considérer comme l'interlocuteur privilégié pour toutes les prises de décision concernant la personne âgée, même parfois lorsqu'il s'agit d'aborder des questions relevant des relations intimes.

L'exemple qui suit continue de m'interpeller à ce sujet: *Une dame souffrant d'une démence Alzheimer et résidant en unité psycho-gériatrique se montrait très entreprenante avec les différents hommes de son unité. Entre autre, elle aimait leur pratiquer des fellations à toute heure du jour, et parfois même à plusieurs hommes dans la même journée. L'équipe soignante se trouva rapidement en difficulté avec cette situation car elle avait peur que ses filles, qui lui rendaient visite régulièrement, trouvent leur maman en pleine action ! Il fût décidé de manière institutionnelle que les filles seraient mises au courant...*

Il n'est pas rare que la famille fasse obstacle aux libertés et aux désirs de leurs parents pour

diverses raisons telles que : l'impossibilité d'imaginer son père ou sa mère avec quelqu'un d'autre, les questions d'héritage, la crainte que le parent soit abusé, la difficulté à les envisager encore sexuellement actifs.

Les enfants, les petits enfants, les conjoints peuvent se sentir décontenancés ou gênés par l'expression d'un désir sexuel émanant de leur proche âgé, redoutant parfois le jugement et la stigmatisation.

Il existe une sorte de triangulation ici entre le résident, le soignant et l'aidant familial, qui repose sur un équilibre fragile et qui est souvent mis à mal. Elle nécessite la création d'une « alliance » qui se construit dans la confiance mutuelle et le respect des différentes parties. L'objectif principal restant la préservation des droits et des désirs de la personne âgée en institution, ainsi que son épanouissement personnel. Pour cela, il faut garder à l'esprit que cette personne a une histoire et des capacités, même amoindries et œuvrer pour qu'elle puisse les exercer le plus possible.

## **V- REGARDS CROISES**

A la suite de mes différentes lectures et réflexions, j'ai voulu avoir une vue un peu plus empirique du sujet et avant tout, donner la parole aux personnes qui se trouvaient au cœur des choses. En me projetant dans mon futur métier de CCF, l'idée de départ était de saisir le vécu des personnes âgées et leurs besoins en matière de sexualité afin de nourrir ma pratique et de pouvoir proposer des interventions adaptées à ce public. Très vite cependant, j'ai compris que la question de la sexualité en institution pourrait réellement émerger, être pensée et exister seulement si l'on mobilisait aussi ceux qui gravitent autour d'elles : le personnel et les familles. J'ai donc réalisé différents entretiens (questionnaires en annexe IV à VIII) que je vais essayer de retranscrire ci-dessous.

L'anonymat a été garanti à chacun pour se sentir plus libre de parler.

Ce travail s'appuie uniquement sur les témoignages glanés dans un établissement. Il n'a donc pas la prétention d'être matière de référence. Le sujet de la sexualité est très versatile et il fait rarement consensus, il est donc difficile d'en poser clairement les contours et d'établir des vérités. Il constitue une réalité mouvante et propre à chacun.

Il est important de préciser que dans le contexte de crise sanitaire et la survenue massive de cas de COVID dans L'EHPAD, j'ai dû revoir et ajuster mes interventions au jour le jour et ne suis pas parvenue à faire tout ce que j'avais envisagé.

Les **objectifs** visés en interrogeant ces différentes personnes étaient :

- Recueillir le vécu des personnes concernées.
- Faire émerger leurs croyances, préjugés en lien avec le sujet.
- Interroger l'impact de l'institution sur l'expression possible d'une sexualité.
- Comprendre les enjeux des pratiques soignantes et comment le sujet de l'intimité et de la sexualité s'y imbriquent.
- Mettre en lumière les besoins, les demandes des différents « acteurs » sur cette question spécifique.
- Identifier les ressources : moyens et espaces de parole possibles pour parler le thème de la sexualité des âgés.
- Penser des pistes d'intervention CCF en lien avec le vécu et les besoins exprimés.

### **1. L'équipe soignante**

**Sur la forme** : Étant moi même infirmière, je sais comme nous courons après le temps dans notre pratique quotidienne. Nous avons des contraintes horaires particulières et un grand nombre de soignants qui interviennent dans une même journée. D'emblée, je me suis donc demandée comment j'allais arriver à capter l'attention des professionnels et obtenir des réponses de leur part sans les déranger. J'ai, dans un premier temps, réfléchi à un questionnaire que je pourrais laisser à disposition et qu'ils me rendraient dans une boîte mais cette solution ne finissait pas de me convaincre. J'ai alors opté pour des entretiens collectifs de 4 à 5 personnes de tous âges, qui réuniraient les différents corps de métier présents auprès de la personne âgée (Infirmières, aides soignantes, agents d'entretien, auxiliaires de vie). J'ai préféré cette formule qui permettait, à mon sens, un échange plus qualitatif et qui, par ailleurs, me donnait la possibilité d'entrevoir déjà, ce que pourrait être un groupe de parole entre professionnels. L'expérience a été très riche. J'avais préparé des questions comme support pour lancer et alimenter la discussion. J'ai fait 3 groupes de 5 personnes et l'atmosphère de ces groupes a été, sur beaucoup de points, similaire. Les soignantes, d'abord sur la réserve et inquiètes de savoir « bien » répondre, sont rapidement devenues très loquaces ! Les exemples et les remarques fusaient et les échanges étaient très animés, ponctués parfois de rires gênés ! Les termes précis pour évoquer cette sexualité sont peu employés et souvent remplacés par des mots imagés, crus ou adoucis. L'excitation que provoque ce sujet était palpable.

Le fait que je travaille dans cet établissement a été, il me semble, un avantage pour gagner la confiance des filles et retenir leur intérêt. Elles ont accepté de participer, à condition que cela ne leur prenne pas trop de temps car elles me disaient être pressées. Il s'avère, finalement, que c'est elles qui ne voulaient plus clore le « débat » car elles trouvaient cela « *super intéressant !* ».

En revanche, j'ai rencontré quelques difficultés dans la gestion du temps et la régulation de la parole dans le groupe. Je n'avais pas imaginé un tel « entrain » et du coup, j'ai parfois perdu la teneur des propos au milieu du brouhaha. D'autres parts, le questionnaire trop long n'était pas complètement adapté à cette forme d'entretien collectif.

**Sur le fond :** Toutes les soignantes interrogées se sont retrouvées un jour dans leur travail, confrontées à une situation d'ordre sexuel et ont en tête de nombreux exemples. Elles s'accordent à dire que la sexualité est très peu parlée au sein de l'institution. Les échanges autour de ce thème sont la plupart du temps informels et se font entre collègues de confiance, souvent, entre « deux portes ». De leur discours se dégage un paradoxe : Elles reconnaissent à la personne âgée des désirs sexuels et affirment que la sexualité n'est pas réservée aux personnes jeunes cependant, dans les faits, le tabou reste à l'œuvre. Elles sont toujours très attendries quand il s'agit de marques de tendresse et d'affection entre deux personnes âgées et soutiennent cette expression là, par contre, elles se retrouvent désemparées face à des manifestations purement sexuelles ; Celles-ci étant moins bien acceptées et souvent perçues comme anormales ou inadaptées. Je constate que les jeunes soignantes, sans expérience, ont plus de mal à envisager et approuver l'expression d'une sexualité de la part des résidents. Les plus anciennes disent être familières avec cela et que ça ne les choque plus. Certaines, d'ailleurs, font remarquer qu'elles se rapprochent de l'âge des résidents et que, du coup, leur regard a changé sur ce sujet qui les concerne désormais. Le fossé générationnel est visible entre soignants mais aussi entre soignants et résidents. L'influence sur leurs propos et attitudes, du contexte sociétal et culturel dans lequel elles ont grandi, est notable.

Les croyances qui ressortent sur la sexualité des femmes et des hommes vieillissants, résident dans le fait qu'ils n'ont pas les mêmes besoins ; les hommes conserveraient leurs pulsions et leur envie de faire l'amour pendant que les femmes sont systématiquement associées à la tendresse et aux sentiments.

Les soignantes ont conscience que l'intimité est un droit à respecter mais elles analysent aussi assez bien qu'elles l'outrepassent parfois : « *On s'immisce trop ! Les soignants, on prend un*

*rôle un peu plus important qu'on ne devrait !* ». Il s'avère peu évident pour elles de conjuguer leur obligations professionnelles avec le respect de l'intimité. Elles avouent aussi que l'affect prend parfois le pas sur la posture professionnelle car elles s'attachent aux personnes dont elles prennent soin pendant plusieurs années et développent parfois presque un lien « familial » avec elles. Il leur arrive, dans ce contexte, de « surinvestir » la relation soignant-soigné et de réagir démesurément.

La question du consentement est omniprésente dans leur tête et lorsqu'il n'est pas perceptible d'emblée, elles disent le rechercher dans les attitudes, les mimiques, les gestes et se référer également à l'histoire de vie de la personne.

Les **freins** au respect de l'intimité et à l'expression de la sexualité identifiés par les professionnelles, sont : les médicaments, les familles, les protocoles institutionnels qui empêchent la spontanéité, leurs représentations personnelles et mécanismes de défense, la maladie/dépendance, les questions pratiques (pas de lit 2 places, locaux inadaptés, passage répétés des professionnels...) et de manière très contextuelle, la crise sanitaire. Le parallèle avec la prison a été fait à plusieurs reprises. Elles proposent comme **pistes d'amélioration** des sex toys, des assistants sexuels, des chambres d'amour, des pancartes sur la porte, avoir un endroit et un temps pour pouvoir s'isoler dans la journée, modifier leurs pratiques.

Sur les 15 Soignantes interrogées, une seule a suivi une formation spécifique sur ce sujet, à sa demande, suite à des problèmes d'attouchement survenu avec un résident de la structure. Elle confirme que cela l'a aidé à prendre de la distance et à modifier sa pratique. Les autres professionnelles seraient toutes intéressées d'avoir un espace pour en parler car elles soulignent que les échanges à ce propos, ont lieu uniquement lorsqu'une situation problématique surgit. L'aspect préventif et positif est très peu mis en avant. De fait, cela ne permet pas de pérenniser une démarche d'évolution des pratiques et une meilleure considération de la personne âgée dans sa dimension affective et sexuelle.

Les professionnelles reconnaissent que ce sont plus elles qui sont gênées avec ce sujet que les résidents. L'une d'elles déclare : « *C'est nous qui sommes plus bloquées qu'eux ! On devrait faire des groupes de parole ensemble* ».

## **2. Les résidents**

**Sur la forme** : 5 résidents ont répondu à mes entretiens dont 2 venaient de se remettre en couple dans la maison de retraite, 1 est divorcé et 2 sont veufs. J'ai choisi la forme d'entretiens individuels auprès de 3 femmes et 2 hommes afin d'essayer de retranscrire la réalité de chaque sexe. Par ailleurs, mon idée était aussi d'entendre les propos de différentes générations mais le COVID ne m'a pas permis de mener entièrement cette investigation. 4 personnes interviewées avaient plus de 90 ans, une autre 70 ans.

Je dois reconnaître que j'avais une légère appréhension à aller questionner de vieilles personnes sur un sujet aussi intime que la sexualité. Je me suis demandée comment amener cela de manière progressive et gagner leur confiance pour qu'elles me livrent leurs confidences.

J'ai pensé mon questionnaire en forme « d'entonnoir ». Autrement dit, j'ai d'abord posé des questions sur les personnes âgées en général pour aller ensuite vers des questions beaucoup plus personnelles. Les résidents se sont tous volontiers prêtés au jeu et ceux que je n'ai pas pu aller voir à cause du COVID ont exprimé leur déception. Ils m'ont, à chaque fois remercié d'avoir passé un moment avec eux et ont souligné que ça faisait du bien d'être écoutés. J'avais prévu de passer plus ou moins 30 à 40 minutes par entretien. Finalement, ils dureront en moyenne 1h15 étant donné les nombreuses anecdotes qu'ont suscité mes questions mais aussi le besoin de reformulation pour une meilleure compréhension. Le questionnaire était beaucoup trop long de sorte qu'il a été difficile de garder l'attention des résidents jusqu'au bout. Ils avaient envie de parler librement et j'ai finalement recueilli plus de réponses, une fois l'enregistreur éteint et le questionnaire terminé, dans les conversations qui se poursuivaient en « OFF » ! J'ai parfois mal évalué la capacité de compréhension des résidents en regard de leurs troubles (auditifs, visuels, cognitifs...) et il a été également difficile de trouver un moment propice dans la journée pour les interroger, au sein de cette organisation bien huilée (soins, repas, sieste, animation...). Mon statut d'infirmière dans cet EHPAD a faussé, à mon sens, les réponses concernant leur intimité dans l'institution. J'ai eu l'impression qu'ils ne voulaient pas remettre en question le personnel qui s'occupe d'eux.

**Sur le fond** : En me limitant aux réponses des 5 personnes rencontrées, je fais le constat que les résidents parlent facilement de leur vie affective (forme qui est validée par les soignants par ailleurs) mais peu de leur vie sexuelle. Tous clament que la sexualité se poursuit dans la

vieillesse mais lorsque je les interroge de manière plus personnelle, cela ne semble pas les concerner. Cet écart entre les différentes réponses apportées ainsi que les propos contradictoires traduisent selon moi une certaine autocensure de leur part. Les dames veuves, nées dans les années 30 confirment avoir eu des relations sexuelles avec leur mari jusqu'à la fin de leur histoire, « *pas aussi souvent, mais aussi intenses et affectueuses* ». Par contre, elles n'envisagent pas d'avoir aujourd'hui une nouvelle relation par fidélité à leurs maris défunts et par crainte des réactions de leurs enfants. Elles reconnaissent avoir encore des pensées à caractère sexuel qui se manifestent par la réminiscence des moments d'intimité vécus avec leurs maris. « *On pense pas la sexualité de la même façon, pas de manière bestiale !* ». Elles préfèrent investir désormais d'autres formes d'amour : filiale et amicale. Les envies sexuelles paraissent pourtant latentes dans leur discours : « *Quand je ressens ces envies, je me dis : t'es folle ma pauvre ! Et je pars marcher pour me changer les idées. Je ne vais tout de même pas me satisfaire comme y'en a certains qui le font !* ».

Par ailleurs, elles rapportent que le sexe à leur époque était très tabou, pas du tout parlé avec les parents, ni en société, ni avec leurs maris. La pudeur était de mise et elles apprenaient, de fait, en observant les attitudes et les discussions de leurs mères ou amies plus âgées. « *On n'est pas bête, les enfants sont malicieux ! On écoute aux portes, on regarde par le trou de la serrure...on comprend!* ». L'injonction sociétale d'être une bonne épouse et une bonne mère imprègne profondément leurs propos. L'une d'elle raconte même avoir suivi une formation pour cela quand elle avait 20 ans et souligne que la femme passait de la tutelle des parents à celle du mari.

Ces dames ont noué des liens de confiance avec les soignantes et disent qu'elles trouvent leur intimité bien respectée au sein de l'établissement.

Le monsieur divorcé de 70 ans relate une autre réalité. Celui ci exprime clairement qu'il n'y a pas d'intimité possible dans l'EHPAD. « *Tout se voit et tout se sait ici !* ». Il ne se sent pas du tout libre d'aborder le sujet de la sexualité avec quelqu'un dans la structure et encore moins d'assouvir ses besoins sexuels encore bien présents. « *On est reclus, enfermé, on subit...à l'extérieur c'est la liberté !* ».

Les deux personnes nouvellement en couple disent ne pas avoir imaginé, elles-mêmes, qu'ils pourraient revivre une histoire d'amour vu leur grand âge. « *Ce n'est pas facile de se lier ici...avec le COVID...en plus, à table au repas, les hommes et les femmes sont séparés !* ». Ils me confient ce qui les rend heureux ensemble : la tendresse, la gentillesse, la complémentarité

(lui est en fauteuil, elle, a des troubles de la mémoire), la compagnie, le partage d'activités, le plaisir d'entendre des mots doux, d'être touché. « *Ma vie a totalement changé depuis que je l'ai rencontrée !* ». Lorsque je leur demande s'ils ont du désir sexuel, ils restent plus évasifs : elle, me dit : « *Peut-être...* », lui, me répond : « *on a moins d'envie à 91 ans....oh, mais pourquoi pas un endroit où pouvoir se faire des câlins ...* ».

L'homme ajoute en rougissant : « *On aime se faire des baisers mais j'ai l'impression de ne pas respecter la maison si on s'embrasse en public* ».

Il me dit qu'il trouve son intimité respectée, cependant, sa fille que j'interrogerai par la suite, m'explique qu'il développe des stratégies dans sa chambre pour ne pas être pris sur le fait.

### **3. La famille**

**Sur la forme** : J'avais sollicité des entretiens auprès des familles des deux résidents dont je viens de parler précédemment. La fille du monsieur a accepté d'y participer. Elle est âgée d'une soixantaine d'année. Sa mère est morte à l'âge de 60 ans. C'est elle qui s'occupait de son père, resté seul à son domicile, jusqu'à son entrée en maison de retraite à l'âge de 89 ans suite à des problèmes de santé et une chute. Ils sont 6 enfants dans la fratrie. Leurs liens se sont un peu détériorés suite à l'entrée en EHPAD de leur père. Je l'ai sentie très libre et ouverte pour échanger avec moi. Le petit bémol réside dans le fait que l'entretien a dû se faire par téléphone et a donc, perdu en qualité.

**Sur le fond** : Elle évoque l'entrée de son père en maison de retraite en terme de deuil et de culpabilité même si, dit-elle, « *c'était sa décision. Il ne m'a jamais fait de reproche* ». Elle m'explique qu'elle a toujours été très proche de son père et que celui-ci lui a tout de suite parlé de sa voisine de chambre qu'il trouvait « *très belle et gentille* ». Un jour, elle arrive à la maison de retraite, ils sont tous les deux dans le jardin avec quelques membres du personnel. Il la lui présente officiellement. Puis la fois suivante, elle entre dans sa chambre et les voit main dans la main. Elle leur lance : « *ça va les tourtereaux, je vous dérange ?* ». Elle me dit être ravie car elle a toujours voulu que son père refasse sa vie suite au décès de leur mère. Il aurait eu quelques opportunités mais il ne s'y autorisait pas car 2 de ses sœurs s'y opposaient formellement « *par respect pour leur mère* ». Elle est heureuse de constater à quel point son père est épanoui avec cette nouvelle relation. Elle a d'ailleurs espacé ses visites car il était moins dans la demande vis à vis d'elle. Lorsque je la questionne sur l'aspect sexuel de cette

relation, elle s'étonne et me répond amusée: « *j'avoue que je n'avais pas vu cela sous cet angle mais remarquez, la dernière fois, il m'a demandé un lit double et voulait percer un trou dans le mur pour ne faire qu'une pièce de leurs deux chambres....* ».

Elle n'a pas ressenti le besoin particulier d'échanger spécifiquement sur cette relation même si elle l'a abordée avec quelques membres du personnel avec qui « *ça passe bien. Les équipes n'ont pas beaucoup de temps en général !* ». En revanche, elle aurait aimé trouver une écoute sur ses difficultés liées à l'entrée en maison de retraite de son papa. Elle aura finalement trouvé ce soutien à l'extérieur auprès d'amis qui ont vécu la même chose qu'elle. « *C'est réconfortant de voir qu'on est pas seul à vivre ça, de pouvoir partager ses ressentis !* ».

#### **4. Les psychologues**

J'ai rencontré 2 psychologues en entretien individuel. L'une d'entre elles a étudié plus spécifiquement, la question du couple en institution.

**Sur le fond** : Les résidents sollicitent rarement les psychologues sur les questions de vie amoureuse et sexuelle, ou s'ils en parlent, c'est plutôt sur un « *ton romanesque* ». Ils paraissent plutôt au clair avec cela. Pour elles, le travail doit plus s'orienter en direction des soignants et des familles et elles regrettent de n'être sollicitées que dans l'urgence sur des situations problématiques. « *Il faut remettre de la pensée dans la pratique quotidienne, proposer des temps dédiés à cela pendant lesquels le personnel n'est pas scindé en deux entre l'action et la réflexion* ». Les groupes de parole, de surcroît en co-animation avec une CCF, s'insèrent totalement, d'après elles, dans cette démarche. La complémentarité des 2 intervenants amène richesse et efficacité dans les échanges et le collectif permet d'envisager un réel changement. Les jeunes professionnels ont maintenant l'habitude de ce travail en réseau. Ils n'hésitent pas à aller chercher les ressources à l'extérieur et à collaborer. « *ce n'est pas possible de porter seule un changement institutionnel* ». L'institution gériatrique véhicule des choses très mortifères et répétitives. Ce travail d'élaboration est fondamental et doit se faire constamment pour que notre vigilance ne s'endorme pas. Il faut mettre de la conscience sur notre place auprès des personnes âgées et ce que l'on induit dans la relation. Une des psychologues me raconte une situation assez éloquente à ce sujet: *un résident ayant fini de manger, la soignante vient pour l'aider à se coucher. Elle se met accroupie devant lui, lui pose les mains sur les cuisses et lui dit « on va au lit ? »*. Il y a ici une double lecture ; nos gestes sont pour le soin mais ils

peuvent aussi être mal interprétés et laisser place à une certaine ambiguïté. Le soignant doit avoir cela à l'esprit, d'autant plus qu'il devient parfois une véritable « *figure d'attachement* » pour la personne âgée et représentée, par là même, un support du désir.

Les deux psychologues se rejoignent sur notre fonction commune qui serait de « *dédramatiser l'acte sexuel et ce qui peut se penser et se fantasmer chez les soignants* ».

Elle me fait remarquer, d'autre part, qu'aucune femme en maison de retraite n'a de suivi gynécologique. « *Qui leur explique les phénomènes qui se passent dans leurs corps ? Qui prend en compte la sphère gynécologique chez les femmes âgées ? A partir du moment où on ne procréé plus, on n'est plus sexuée ! Tout est à commencer et à construire sur les questions affectives et sexuelles en EHPAD... Où les couples peuvent-ils se retrouver pour avoir de l'intimité ?... Il y a des beaux discours politiques mais dans la réalité, ça ne reste pas possible !* ».

## **5. Le directeur**

La sexualité n'est pas inscrite dans le projet d'établissement et le directeur n'aborde pas cette question lors de l'entretien d'admission. Il reçoit la personne, plus dans une approche globale. La dimension intime se matérialise davantage dans l'accompagnement au quotidien. « *Les demandes des résidents sur ce sujet sont très rares, c'est plutôt leurs attitudes et comportements qui nous renseignent sur leurs besoins* ». En tant que directeur, il est peu confronté à des situations d'ordre sexuel, cela arrive seulement en cas de problème non résolu par les équipes qui demandent alors un cadre institutionnel.

Le risque, selon lui, réside dans la situation de grande dépendance : « *Cela implique que l'on intervienne beaucoup auprès des personnes et on finit par penser pour eux et leur dire comment ils doivent se comporter* ». Il repère 2 éléments déterminants pour éviter cet écueil :

- « *la maturité d'une équipe en terme de positionnement professionnel* » qui se construit justement grâce à la formation et à l'élaboration d'une pensée collective fédératrice.

- « *L'intervention de tiers extérieurs* ». L'institution peut être très cloisonnée et enfermante, elle impose beaucoup aux résidents et au personnel. « *Le tiers apporte comme une bouffée d'air, un regard neuf, des compétences différentes et a un autre impact que celui de l'institution* ».

Les interventions de CCF pourraient s'inscrire dans ce cadre, spécifiquement, sur la question

affective et sexuelle. N'ayant aucune fonction dans l'établissement, nous sommes dégagées des enjeux du soin et perçues différemment. Notre regard et notre écoute active favoriseraient une plus grande liberté de parole. Le Directeur voit un réel intérêt à ces séances collectives sur des thèmes précis, sous forme de cycle. Il déplore le manque de subventions et affirme que cela doit être porté par des politiques publiques.

## **VI- LA PLACE DE LA CCF EN INSTITUTION GERIATRIQUE**

Au terme de ce travail et en m'appuyant sur mon expérience, je réalise à quel point les représentations et stéréotypes concernant la sexualité des âgés sont tenaces. Je ne m'étais moi-même jamais questionnée plus en profondeur, en tant qu'infirmière, sur la place de la sexualité dans l'institution. Les entretiens menés à L'EHPAD des Solambres me confortent sur l'intérêt indéniable de groupes de parole à destination des résidents, soignants et familles.

- Voici les différents éléments pour l'animation de ces groupes dans la pratique :

→ **L'objectif:** Faire évoluer le regard sur la sexualité des âgées et participer à ancrer dans l'institution le respect de l'intimité et la reconnaissance d'une vie sexuelle et affective.

→ **Les supports:** Le brainstorming, les planches anatomiques, le photolangage, les jeux de rôle, les tableaux de Master et Johnson, supports sensoriels....

- Pour les résidents : informer sur les modifications physiologiques et psychiques, sur l'évolution de la sexualité, travail sur l'image de soi /l'estime de soi, parler des émotions, du désir, du plaisir, de leur vision de l'amour, du couple...
- Pour les soignants : exprimer leur point de vue sur la sexualité des âgés, travail sur les stéréotypes et les représentations personnelles et sociétales, expliquer la sexualité des personnes âgées, faire du lien avec leurs pratiques....
- Pour les familles : partage d'expériences communes, réfléchir sur sa place d'aidant et sur ses ressentis, exprimer des vécus problématiques (culpabilité, abandon...), parler du tabou de la sexualité parentale, l'inversion des rôles...

- Un autre projet à élaborer pourrait être : une semaine de « sensibilisation » dans L'EHPAD, autour de la question du désir en collaboration avec l'animatrice, l'art-thérapeute, la psychologue.... L'idée serait de proposer différents supports et animations sur ce thème s'adressant aux résidents, personnel, familles : exposition photo, projection de film, écoute de podcasts, réalisation de dessins, peintures, groupes d'échange....

Le mouvement du planning familial lutte depuis son origine pour défendre l'accès à une santé sexuelle libre et épanouie à toutes et tous. Différents programmes tels que « *genre et santé sexuelle* », « *handicap et alors* » témoignent de cette volonté. En revanche, encore très peu d'actions sont proposées sur la thématique du vieillissement et la sexualité des âgées. La place de CCF en institution gériatrique reste encore à définir et à construire. Des initiatives locales voient quand même le jour : l'association départementale du Vaucluse a monté un projet s'intitulant « Le projet aîné.e.s : Vieillir, Plaisirs, Désirs » qui propose, depuis février 2020, des groupes de paroles auprès des structures pour personnes âgées ainsi que de la formation à destination des professionnels. L'association de nouvelle-aquitaine, à son tour, est en construction d'un projet similaire s'appelant « *sexe, âge et alors ?* ».

Suivant le décret du 7 mars 2018, la première mission des EVARS est : « *d'informer sur les droits en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle et d'éduquer à leur appropriation, ainsi que contribuer au renforcement de l'estime de soi et au respect de l'autre dans la vie affective, relationnelle et sexuelle* ». Les centres du PF déclinent cette mission en 7 points obligatoires dont l'un, précise : « *Veiller à la promotion du respect de l'intimité des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de toutes les personnes vulnérables* ».

D'une manière plus large, le planning familial s'engage, à travers le texte d'orientation du mouvement voté lors de son dernier congrès en octobre 2019 « *à mener une réflexion sur l'accompagnement des personnes vieillissantes dans leur vie affective et sexuelle* ».

La prise de conscience d'une absence de lutte spécifique au vieillissement au Planning Familial a permis d'amorcer des réflexions qui doivent maintenant s'incarner sur le terrain. Les projets qui ont déjà germé dans d'autres départements démontrent que cela est réalisable. Ils apparaissent comme un véritable support pour continuer à dénoncer les discriminations âgistes et développer une action concrète.

## CONCLUSION

« *L'amour n'a pas d'âge, il est toujours naissant...* »<sup>16</sup>. Le corps vieillit mais les émotions, le besoin d'aimer et d'être aimé échappent au temps. Le désir est le moteur de toute vie humaine de la naissance à la mort. La sexualité, élément constitutif de notre identité propre, participe au bien être et à l'épanouissement de chaque personne quel que soit son âge. Elle est un droit reconnu par des textes de lois et un besoin physiologique et psychique avéré. Cependant le tabou de la sexualité des personnes âgées pèse encore sur nos sociétés occidentales "jeunistes". Elle est souvent perçue comme anormale, voire perverse...Le corps vieillissant doit être caché, le désir tu. La vision de la vieillesse peine à évoluer et reste cantonnée à des images de perte et de mort, jamais elle n'est appréhendée en termes positifs de bonheur, d'envie, de plaisir...

La persistance de ces stéréotypes paraît surprenante lorsqu'on sait que tout le monde, sera un jour, amené à vivre cette étape...

Toutefois, la réalité démographique due à l'augmentation de l'espérance de vie et l'arrivée des "papy boomers" vont probablement rebattre les cartes. En effet, la génération 68 a connu la libération sexuelle. Elle a été guidée par des slogans tels que : « *jouissons sans entrave* », « *soyons réalistes : demandons l'impossible !* ». On peut donc s'attendre à ce que ses revendications et ses aspirations soient bien différentes de celles des générations précédentes. Les institutions gériatriques qui vont accueillir ces nouveaux seniors ne pourront plus occulter la question de la vie affective et sexuelle de leurs résidents. Elles devront inévitablement repenser leur manière d'accompagner ces besoins humains et ces mutations sociétales. Les professionnels de ces structures seront amenés à s'occuper de personnes homosexuelles, trans, botoxées, tatouées, porteuses de maladies sexuellement transmissibles... qui auront grandi avec un autre rapport à leur corps. Comment vont évoluer les pratiques soignantes face à ces réalités ? Quelles seront les normes de demain en matière de santé sexuelle pour les personnes âgées en maison de retraite ?

Ces réflexions s'accompagnent de la problématique bien spécifique à l'institution de faire coexister sans cesse, en son sein, la sphère privé et publique tout en respectant l'intimité de chacun. Les règles de vie dans ces établissements sont similaires à celles auxquelles nous sommes soumis à l'extérieur. Elles reposent sur la notion de pudeur et de bienséance

---

16. Blaise Pascal

néanmoins la dépendance et les impératifs de l'institution peuvent biaiser leur application. Le rôle de l'institution n'est pas d'interdire ou de surveiller. Elle ne peut pas, non plus, tout admettre puisqu'elle a le devoir de protéger les personnes fragiles.

L'institution doit reconnaître et porter ces changements sociétaux. Une de ses missions est de proposer des formations et des moments dédiés à la réflexion d'équipe. Permettre à chaque professionnel d'échanger sur ses représentations personnelles est un élément central de cette démarche.

La CCF peut vraiment faire valoir sa légitimité en EHPAD dans ce travail d'élaboration personnelle et d'intégration des bouleversements sociétaux en matière de sexualité. Son approche humaniste centrée sur la personne et son expertise sur les questions de vie affective et sexuelle constituent sa singularité professionnelle. Elle a un rôle essentiel à jouer dans la création d'espaces de parole sécurisants, où chacun pourrait partager ses expériences, ses questionnements, ses savoirs faire sans crainte du jugement. Par ses actions auprès des résidents, soignants et professionnels, elle pourrait aider à l'instauration d'un projet sur la vie intime et amoureuse en EHPAD qui s'inscrirait dans la durée et inviterait à un nouveau regard sur la sexualité des âgés. Il est important d'axer maintenant notre travail sur la prévention et de contribuer à l'émergence de représentations positives auxquelles les personnes âgées pourraient s'identifier. La CCF, par sa formation basée, entre autre, sur le principe d'éducation populaire, peut soutenir une action innovante et vivante qui favoriserait "l'empowerment" des personnes.

Son rôle est aussi d'écouter en profondeur, d'accompagner à faire du lien, à donner du sens. Dans ce cadre, elle pourrait participer à faire évoluer les pratiques et les mentalités en remettant l'humain au cœur des préoccupations.

Pour finir, restons vigilants dans cette volonté de sortir la sexualité des âgés, du déni. Il ne faudrait pas tomber dans l'injonction paradoxale d'avoir une sexualité à tout prix et d'en parler sans aucune mesure. Il s'agit de trouver un subtil dosage entre la part d'ombre et de lumière, entre ce que l'on tient secret et ce que l'on peut rendre visible. Le philosophe Eric Fiat<sup>17</sup> disait au sujet de la sexualité « *Le clair-obscur est le lieu qui lui convient : ni le tabou, ni la présence mais un lieu intermédiaire* ».

---

17. Marick Fèvre et Nicolas Riguidel, "Amours de vieillesse", Presses de l'EHESP, 2014.

# BIBLIOGRAPHIE

## LIVRES :

- BOZON Michel, *Sociologie de la sexualité*, Editions Armand Colin, 2018
- FEVRE Marick /RIGUIDEL Nicolas, *Amours de vieillesse*, Editions Presses de l'EHESP, 2014
- LEPINE Nicolas, *Vieillir en institution: sexualité, maltraitance, transgression*, Editions Chronique Sociale, février 2008
- MANOUKIAN Alexandre, *La sexualité des personnes âgées*, Editions Lamarre, 2011
- RIBES Gérard, *Sexualité et vieillissement*, Editions Chronique Sociale, avril 2009

## REVUES :

- BODIN Agnès/BINET Marie-aude/SAUNIER Christine/GARNIER Danièle/LUC Blandine/GALAN Caroline/BOUCHARD Chantal/DESFOSSES Roselyne/JACQUOT Nathalie/HIRSH Véronique, *Dossier : Accompagner le vieillissement... ou gérer la longévité ?*, Revue Anccef Différences, décembre 2019, n°156-157, p.7 à 25
- ENNUYER Bernard, *A quel âge est-on vieux? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus*, Gérontologie et société, mars 2011, vol.34, n°138, p.127 à 142
- LEFEVRE Dominique, *Influences du vieillissement sur les sexualités LGBT+*, Revue Sexualités humaines, décembre 2017, n°35, p.76 à 81
- MARCHAND Marie, *Regards sur la vieillesse*, Le journal des psychologues, mars 2008, n°256, p.22 à 26
- MIZRAHI Victoria/CADEL Sophie, *Accompagner le vieillissement : Une place récente pour les CCF*, Revue Anccef Différences, décembre 2012, n°129

### **MEMOIRES/THESES :**

- BEAUREPAIRE Marie-christine, *Les amours de vieillesse*, 2014/2015
- CLARET Anne, *Cupidon aux pays des Vermeils : comment vit-on sa vie affective et sexuelle en maison de retraite*, septembre 2009
- CLOTILDE André, *Etat des lieux de la sexualité des personnes âgées non démentes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, 2018

### **REVUES/ARTICLES EN LIGNE :**

- BERGERET-AMSELEK Catherine/ALBY Marie-laure/WAREMBOURG Sheila, *Evolution de la sexualité, des désirs et avancée en âge: des regards psychanalytique, médical et sexologique*, *Gérontologie et société*, mars 2012, n°140, p°193 à 203
- BESSIN Marc /BAJOS Nathalie/BOZON Michel /LAGRAVE Rose-marie /PLAUD Cécile /SOMMIER Béatrice, *Dossier : Vieillir*, *Revue électronique genre,sexualité&société*, novembre 2011, n°6
- COLSON Marie-hélène, *Age et intimité sexuelle*, *Gérontologie et société*, 2007, vol.30, n°122, p.63 à 83
- DELALOYE Christophe/GARDIJAN Nada/POPP Julius/SIMON Catherine, *Relancer la pulsion de vie: l'hôpital de jour de psychiatrie gériatrique*, *Revue médicale suisse*, 2019, vol.15, n°663
- LAUZON Jean-serge, *Aperçu de quelques théories psychosociales du vieillissement*, *Revue santé mentale au Québec*, mars 2011, vol.5, n°2

### **VISIOCONFERENCE :**

- ALMEIDA Eva/ENNUYER Bernard, *A quel âge est-on vieux? Débat sur l'âgisme pour changer de regard sur le vieillissement*, *Mutualité française Auvergne-Rhône-Alpes*, novembre 2020

## **PODCASTS :**

- BIENAIME Charlotte,  *Vieilles, et alors ?*, Arte radio, Un podcast à soi, n° 14, 9 janvier 2019
- DAAM Nadia,  *Y a-t-il un âge pour jouir ?*, France inter, Modern love, 8 novembre 2020
- KERVRAN Perrine,  *vieillesse et dépendance la vie sous contrainte : une journée à l'ehpad*, France culture, La série documentaire, 13 octobre 2020
- KEVRAN Perrine,  *Vieillesse et dépendance, la vie sous contrainte : l'amour à l'ehpad*, France culture, La série documentaire, 14 octobre 2020
- KRONLUND Sonia,  *l'Amour à la guinguette*, France culture, Les pieds sur terre, mardi 11 août 2020
- MATHIAS Clélie,  *La sexualité des seniors*, France inter, Tous les chats sont gris, mercredi 2 avril 2014
- OMELIANENKO Irène,  *Un autre âge de l'amour: la vieillesse ou la fin de l'intimité*, France culture, Sur les docks, 12 mars 2020
- SINTES Fabienne,  *La sexualité des seniors, un tabou ?*, France inter, Le téléphone sonne, 7 octobre 2020
- VAN REETH Adèle,  *vieillir : "la vieillesse" de Simone de Beauvoir*, France culture, Les chemins de la philosophie, 22 septembre 2020
- VIDARD Mathieu,  *Que deviennent notre désir et notre plaisir lorsque nous vieillissons ?*, France inter, La terre au carré, mercredi 14 décembre 2016

## **DOCUMENTAIRES :**

- JAURY Marie-pierre,  *l'Aventure Alzheimer*, France 2, Infrarouge, septembre 2020
- MILANO Hélène,  *Nos amours de vieillesse*, France 3, 2005

## **PHOTOGRAPHIE :**

- CLEMENT Arianne,  *l'Art de vieillir : série photo sur la beauté et la sensualité après 70 ans*

# ANNEXES

**ANNEXE I : Tableau de l'évolution de la réponse sexuelle féminine en fonction de l'âge**

 <b>Évolution de la réponse sexuelle féminine en fonction de l'âge</b>  <i>selon Masters et Johnson</i>		
	<b>Jeunes femmes</b>	<b>Femmes plus âgées</b>
<b>Seins</b>	— érection du mamelon — augmentation de la taille, rougissement préorgasme	— même érection — diminution de l'intensité des réactions
<b>Érubescence sexuelle</b>	— réponse épidermique vasocongestive	— diminution
<b>Myotonie</b>	— accroissement de la tension musculaire	— diminution de la réponse
<b>Appareil urinaire</b>	— dilatation minimale du méat urinaire au cours de l'orgasme	— le méat demeure béant lors d'un orgasme de grande intensité ou lors d'orgasmes répétés
<b>Rectum</b>	— contractions du sphincter rectal lors de l'orgasme	— diminution de la réponse
<b>Clitoris</b>	— sensibilité bien développée	— même réaction
<b>Grandes lèvres</b>	— aplatissement, séparation et élévation par suite de l'augmentation de la tension sexuelle	— diminution de la réponse
<b>Petites lèvres</b>	— épaissement vasocongestif, changement de couleur du rouge vif au bourgogne avant l'orgasme	— affaiblissement de l'épaississement vasocongestif et diminution d'intensité des changements de couleur
<b>Glandes de Bartolin</b>	— faibles sécrétions de la muqueuse lors du plateau	— diminution de la réponse
<b>Vagin</b>	— parois nettement striées, violet-rouge, la lubrification vaginale survient entre 10 et 30 secondes après la stimulation — engorgement du vagin extérieur lors du plateau, rétrécissement du vagin — contractions (5-6) au cours de l'orgasme — affaissement lent de la portion dilatée du vagin lors de la résolution	— parois minces comme du papier, non striées, rosées ; le vagin se raccourcit et ses possibilités d'expansion diminuent, la lubrification peut prendre de 1 à 3 minutes ou plus — l'engorgement est plus faible mais la réponse de rétrécissement continue — diminution du nombre des contractions — affaissement rapide
<b>Utérus</b>	— soulèvement de l'utérus lors de l'excitation et du plateau — contractions (5-6) au cours de l'orgasme	— réaction différée et élévation moins forte — diminution du nombre des contractions

Mishara B.L., Riedel R. G., *Le vieillissement*, PUF, Paris, 1985.

**ANNEXE II : Tableau de l'évolution de la réponse sexuelle masculine en fonction de l'âge**

♂	ÉVOLUTION DE LA RÉPONSE SEXUELLE EN FONCTION DE L'ÂGE selon MASTERS ET JOHNSON	
	JEUNES HOMMES	HOMMES ÂGÉS
MAMELONS	- érection du mamelon	• diminution de la réponse
MYOTONIE	- tension musculaire accrue ; contractions musculaires involontaires	• diminution possible de la réponse
RECTUM	- contractions du sphincter rectal au cours de l'orgasme	• diminution de la fréquence
PÉNIS	- érection au bout de 3 à 5 secondes de stimulation, érection complète tôt dans le cycle. - maîtrise éjaculatoire variable  - peut obtenir et perdre partiellement l'érection complète plusieurs fois au cours du cycle - coloration du gland du pénis - éjaculation puissante ; contractions d'expulsion au cours de l'orgasme - phase de réfraction variable	• à partir de 50 ans, délai 2 ou 3 fois plus long ; l'érection n'est complète qu'immédiatement avant l'orgasme. • érection soutenue plus longtemps sans éjaculation • difficulté de recouvrer une érection complète à la suite d'une perte partielle  • diminution ou absence • affaiblissement, diminution possible de la sensation • après l'orgasme, phase de réfraction prolongée ; détumescence rapide du pénis
ÉJACULATION	- en deux étapes, selon un processus bien différencié - contractions prostatiques - conscience de la pression et de l'émission du fluide	• expulsion du liquide séminal en une seule étape • inaperçue par l'observation clinique • écoulement plutôt qu'expulsion chez certains sujets ; spermatozoïdes moins viables et moins nombreux que chez les hommes plus jeunes
SCROTUM	- effacement du plissement du scrotum sous l'effet de la tension sexuelle	• diminution de la réponse
TESTICULES	- élévation testiculaire vers la fin de l'excitation ou au début du plateau, augmentation de volume - abaissement des testicules lors de la résolution	• diminution de la réponse  • abaissement rapide

Source : Masters et Johnson, Le vieillissement - Éditions : Dr Mias - Équipe Soignants Long Séjour- CH Mazamet

**ANNEXE III : Pratiques sexuelles chez les individus de 80 à 102 ans**

	Hommes	Femmes
<b>Fantasmes</b>	88%	71%
<b>Caresses, sensualité</b>	82%	64%
<b>Masturbation</b>	72%	40%
<b>Rapports sexuels</b>	63%	30%
<b>Plaisir(masturbation)</b>	85%	64%
<b>Plaisir(rapport sexuel)</b>	76%	39%

## **ANNEXE IV : Questionnaire « personnel de l'ehpad »**

Actuellement en formation de conseillère conjugale et familiale au planning familial de Grenoble, j'écris un mémoire qui s'intéresse à la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées, résidant en EHPAD.

J'aimerais vous poser des questions à ce sujet. Aucun nom, ni prénom ne sera cité dans ce travail. Je vous garantis l'anonymat.

Vous êtes libre de refuser de répondre aux questions qui vous semblerez inappropriées.

1- Quel métier/fonction exercez-vous?

2- La sexualité est-elle taboue pour vous?

3- Pensez-vous que la sexualité est réservée aux personnes jeunes?

4- Qu'est ce qui vous vient spontanément à l'esprit lorsque l'on parle de sexualité chez le sujet âgé?

5- Pensez-vous que les personnes âgées ont encore du désir sexuel? Le besoin d'une vie affective?

6- Pensez-vous que la question de la sexualité des personnes âgées est inscrite dans le projet d'établissement?

7- Lors de vos études ou lorsque vous étiez déjà en poste, avez-vous eu des formations sur la question de la sexualité chez les personnes âgées? Si OUI, cela a-t-il changé votre regard sur le sujet, votre pratique professionnelle?

8- Pensez-vous que les résidents se sentent libres d'avoir une vie amoureuse et sexuelle en EHPAD? Que leur intimité est respectée? Si NON, qu'est ce qui vous paraît être un frein? Que pourriez-t-on faire d'après vous pour améliorer cela concrètement?

9- Avez-vous déjà été confronté à une situation d'ordre "sexuel" avec des résidents? Si OUI, quelles ont été vos premières réactions, pensées? En avez-vous parlé ? avec qui ? Cela a-t-il été aidant pour vous?

10- Avez-vous déjà abordé le sujet de la sexualité avec un résident? Si OUI, de qui venait l'initiative ? Cela vous a-t-il semblé naturel, facile, vous a mis en difficulté? Est ce que vous avez l'impression que les résidents sont demandeurs d'échanger à ce sujet?

11- Au sein de l'établissement, vous sentez vous libre de rapporter des situations d'ordre "sexuel" concernant les résidents pour pouvoir y réfléchir en équipe? Y a-t-il des espaces/des moments dédiés à cela?

12- Vous êtes vous déjà occupé de résidents en couple? Votre prise en soin est-elle différente de celle de résidents "seuls"? Avez- vous rencontré des difficultés? Si OUI, lesquelles?

13- Est ce difficile de concilier les obligations de votre travail avec la prise en compte de l'intimité et de la sexualité des résidents? Si OUI, Pourquoi?

14- Seriez-vous intéressé d'avoir un temps d'échange, au sein de l'EHPAD sur ce thème spécifique de la vie relationnelle, affective et sexuelle?

## **ANNEXE V : Questionnaire « résidents »**

Actuellement en formation de conseillère conjugale et familiale au planning familial de Grenoble, j'écris un mémoire qui s'intéresse à la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées en EHPAD.

J'aimerais vous poser des questions à ce sujet. Cet entretien sera confidentiel et vous n'êtes pas obligé de répondre à mes questions si celles-ci vous paraissent trop personnelles.

- 1- Quelle est votre année de naissance? Votre statut marital?
- 2- D'après vous, à quel âge est-on vieux? Vous-même, vous sentez vous vieux? Qu'est ce qui vous fait dire cela?
- 3- Est-ce que vous avez l'impression que votre intimité est respectée au sein de l'établissement ?
- 4- Est-ce que vous vous sentez bien dans votre corps? Comment vivez vous votre corps?
- 5- Est-ce qu'aujourd'hui c'est encore important pour vous de plaire? Faites vous attention à votre tenue vestimentaire?
- 6- D'après vous, la sexualité est-elle uniquement réservée aux jeunes personnes?
- 7- Vous arrive-t-il d'avoir des pensées à caractère sexuelle? des fantasmes?
- 8- Ressentez-vous des besoins sexuels? Si OUI, sont-ils satisfaits?
- 9- Serait-il possible pour vous aujourd'hui, d'envisager à nouveau une relation amoureuse? Si NON, Qu'est ce qui vous paraît être un frein?
- 10- Quelles seraient vos attentes aujourd'hui vis à vis d'un homme/d'une femme?
- 11- Le fait d'être en EHPAD vous empêche-t-il d'avoir une sexualité? Si OUI, quels sont les freins?
- 12- Si vous vous êtes remis en couple, dans votre relation avec votre partenaire que recherchez vous?
- 13- Vous arrive-t-il d'avoir des discussions sur la sexualité ici? Avec qui?
- 14- A l'époque de vos premiers amours, comment était abordé le sujet de la sexualité avec vos parents? votre entourage? dans la société?
- 15- Aime-t-on pareil à 20 ans qu'à 90 ans? Quelles différences?

16- Quelles améliorations souhaiteriez-vous au sein de L'EHPAD pour favoriser votre épanouissement affectif et sexuel?

## **ANNEXE VI: Questionnaire « Famille »**

Actuellement en formation de conseillère conjugale et familiale au planning familial de Grenoble, j'écris un mémoire qui s'intéresse à la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées, résidant en EHPAD.

J'aimerais vous poser des questions à ce sujet. Aucun nom, ni prénom ne sera cité dans ce travail. Je vous garantis l'anonymat.

Vous êtes libre de refuser de répondre aux questions qui vous semblent inappropriées.

- 1- Comment avez-vous vécu l'entrée en maison de retraite de votre père (vos ressentis, vos réactions...)?
- 2- Trouvez-vous difficile l'accompagnement de votre parent vieillissant? Si OUI, pourquoi?
- 3- Qu'est ce qui vous vient spontanément à l'esprit lorsque l'on parle de sexualité chez le sujet âgé?
- 4- Comment vous êtes vous aperçue de la relation de votre père avec une autre résidente?
- 5- Quelles ont été vos réactions, vos pensées? Qu'est ce que cela vous "inspire"?
- 6- Avez-vous pu/voulu l'évoquer avec lui?
- 7- Aviez-vous déjà envisagé un jour la possibilité que votre père est une nouvelle relation amoureuse?
- 8- Avez-vous ressenti le besoin d'échanger à ce sujet avec quelqu'un? Si OUI, avec qui ?
- 9- Avez-vous pu trouver une écoute à ce sujet auprès de l'équipe soignante? Aviez-vous des attentes en lien avec cette situation particulièrement?
- 10- Seriez-vous intéressée de participer à des rencontres de famille de résidents pour échanger sur vos expériences et vos vécus?

## **ANNEXE VII: Questionnaire « psychologues »**

Actuellement en formation de conseillère conjugale et familiale au planning familial de Grenoble, j'écris un mémoire qui s'intéresse à la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées, résidant en EHPAD.

J'aimerais vous poser des questions à ce sujet. Aucun nom, ni prénom ne sera cité dans ce travail. Je vous garantis l'anonymat.

Vous êtes libre de refuser de répondre aux questions qui vous semblent inappropriées.

- 1- Les résidents abordent-ils avec vous des questions de vie affective et sexuelle ? Si OUI, de quelle manière ? Expriment-ils le besoin d'avoir un espace pour en parler ?
- 2- Les soignants vous sollicitent-ils pour avoir des clefs de compréhension spécifiquement sur la sexualité des résidents/ sur des situations rencontrées à ce sujet?
- 3- Serait-il possible pour vous d'envisager des séances en co-animation avec une conseillère conjugale et familiale, sur le thème de la vie relationnelle, affective et sexuelle, en EHPAD.
- 4- Qu'est ce qui est important à avoir en tête, selon vous, pour aborder le thème de la sexualité en EHPAD ?

## **ANNEXE VIII : Questionnaire « directeur »**

Actuellement en formation de conseillère conjugale et familiale au planning familial de Grenoble, j'écris un mémoire qui s'intéresse à la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes âgées, résidant en EHPAD.

J'aimerais vous poser des questions à ce sujet. Aucun nom, ni prénom ne sera cité dans ce travail. Je vous garantis l'anonymat.

Vous êtes libre de refuser de répondre aux questions qui vous semblent inappropriées.

- 1- Est ce que la question de la vie intime et sexuelle est abordée avec le résident lors de son entrée en EHPAD ?
- 2- Comment les institutions mettent en œuvre la législation en terme de vie affective et sexuelle, dans la pratique ?
- 3- Avez-vous repéré des besoins/des demandes dans votre établissement, en matière de vie affective et sexuelle émanant des résidents ? Du personnel? Des familles ?
- 4- Existe-t-il des espaces dédiés au personnel pour élaborer autour de ces questions spécifiques d'intimité et de sexualité des résidents ?
- 5- Proposez-vous de la formation au personnel à ce sujet ? Y a-t-il des demandes de leur part ?
- 6- Que pensez-vous d'intervention de CCF en EHPAD ? Avez-vous des budgets pour cela ?

## Une conseillère conjugale et familiale au pays des Seniors

Dans cet écrit, l'auteure aborde le sujet tabou de la sexualité au grand âge et s'interroge sur la place de la conseillère conjugale et familiale en institution gériatrique. Elle explore les concepts de vieillesse et de sexualité tout en questionnant l'évolution du désir au cours d'une vie et la construction de l'identité. En parallèle, elle s'intéresse à la vie en institution et aux enjeux des pratiques soignantes, pour découvrir comment la notion d'intimité se joue dans un univers où tout est pensé autour de la collectivité et de la dépendance. La réflexion s'achève par la proposition de pistes de réflexion et d'intervention de conseillère conjugale et familiale au sein de ces structures.

**Mots clés :** Personnes âgées, Sexualité, Stéréotypes, Intimité, Dépendance, Vie amoureuse en institution gériatrique, Professionnels de santé, Désir



Photos : Arianne Clément