



HAL
open science

Le regard du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées en institution. Enquête auprès de 3 EHPAD de la région nancéenne

Dorothée Crivelli

► **To cite this version:**

Dorothée Crivelli. Le regard du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées en institution. Enquête auprès de 3 EHPAD de la région nancéenne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01734386

HAL Id: hal-01734386

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734386>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle Médecine Spécialisée
par

DOROTHEE CRIVELLI

le 4 novembre 2010

**Le regard du personnel soignant sur la sexualité des
personnes âgées en institution**

Enquête auprès de 3 EHPAD de la région nancéenne

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Bernard Kabuth

Président

Monsieur le Professeur Athanase Benetos

Juge

Monsieur le Professeur Raymund Schwan

Juge

Monsieur le Docteur Bruno Bouvel

Directeur de thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel
DUC - Jean DUHELLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET
Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT Antoine RASPILLER - Michel RENARD
Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT – Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET
Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER
Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE – Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ
Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A Notre Maître et Président de Thèse,

**Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,
Professeur de Pédopsychiatrie.**

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse et de juger ce travail.

Nous vous remercions pour votre soutien et pour la qualité de vos enseignements, cliniques et théoriques, lors de notre cursus.

Vos conseils nous ont aidé et guidé dans l'élaboration de ce travail et dans l'aboutissement de nos projets.

Veillez recevoir, avec nos remerciements, l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A Notre Maître et Juge,

**Monsieur le Professeur Athanase BENETOS,
Professeur de Médecine Interne : Gériatrie et biologie du
vieillessement.**

Vous nous faites le grand honneur de juger notre travail.

Nous vous remercions de votre accueil et de votre disponibilité.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Notre Maître et Juge,

**Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN,
Professeur de Psychiatrie d'adultes.**

Nous sommes très honoré de vous compter parmi nos juges.

Nous vous remercions de votre disponibilité et pour la qualité de vos enseignements, cliniques et théoriques, lors de notre cursus.

Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre reconnaissance.

A notre Juge et Directeur de Thèse,

**Monsieur le Docteur Bruno BOUVEL,
Gérontopsychiatre, Psychiatre des Hôpitaux.**

Nous sommes très honoré de vous compter parmi nos juges.

Vous avez accepté de diriger cette thèse avec enthousiasme et vos précieux conseils nous ont été d'une grande aide. Nous vous remercions pour la disponibilité, le soutien, et la confiance que vous nous avez accordée tout au long de notre cursus.

Nous vous remercions également de la qualité de l'enseignement que vous nous avez prodigué.

Vous trouvez ici l'expression de notre sincère estime et de notre profond respect.

Aux équipes des différents établissements qui ont consacré du temps au remplissage des questionnaires, avec beaucoup d'assiduité, de gentillesse et de conscience professionnelle.

Un grand merci à Madame Messin, Madame Banyasz, Madame Gérard, Madame Vessiere, Madame le Dr Abraham, Monsieur le Dr Ricour, Madame le Dr Raharivololona, Monsieur Messin, Monsieur L'Huiller, Madame Estivallet pour leur active contribution à ce travail, leur soutien et leurs précieux conseils.

Aux équipes :

De l'unité 4 du CPN et du CMP Mon Désert

D'Hardeval E

Du service de Psychiatrie et Psychologie Médicale de Toul et du CMP

Du service de Pédopsychiatrie de Brabois

De l'UAUP

Du service de Psychiatrie de l'HIA Legouest

De l'UIAO et des Pénates du CHS de Ravenel

Du CMP enfant de Sarrebourg

Qui m'ont accordé leur confiance, accueilli chaleureusement et contribué à ma formation.

A mes grands-parents Joseph, Anne et Bruno

A mon père

A ma grand-mère Suzanne

A ma mère qui me pousse à donner le meilleur de moi-même et m'a toujours apporté un soutien sans faille durant toutes ces années d'études

A Jean et tes talents de « Maître Capello »

A Guillaume et Karine

A Sophie, Christophe, Forrest et Emma

A Martine et Diane

A mes oncles, tantes, cousins, cousines...

Vous m'avez soutenue, accompagnée tout au long de mes études.

Merci pour tout ce que je vous dois.

Aux amis de longue date : Sandra, Emilie, Fanny, Amélie et Patrick, Geoffroy, Sébastien, Guillaume, Magali, Rémi et tes talents d'informaticien

Aux carabins : Marie-Violaine, Marie M, Marie D, Juliette et Marco, Jérôme, Nicolas, Jean-Manu, Cécile, Julien, Anne

A Pascal, Jean-Baptiste, Matthieu, Olivier et nos immanquables rendez-vous hebdomadaires...

A mes co-internes : Julien, Claire, Sylvain, Marine, Elodie, Emilie, Yann, Soumia, Jérôme (et nos « after works »), Lidiana, Xavier..... et tous les autres...

Merci pour votre soutien, votre disponibilité et votre écoute.

Aux patients rencontrés pendant toutes ces années...

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

Introduction	19
Partie I	22
I. La sexualité.....	23
1. Tentative de définition.....	23
2. Le point de vue historique et socio-culturel	25
2.1. L'Antiquité.....	25
2.2. Le Moyen Age.....	26
2.3. De la Renaissance au temps modernes.....	27
2.4. De la révolution sexuelle à nos jours	29
3. Le point de vue psychanalytique	31
3.1. La révolution freudienne	31
3.2. Rappels sur le complexe d'Œdipe et les stades psychoaffectifs	31
3.3. Une théorie contestée.....	32
4. La pensée médicale	32
4.1. La rationalisation du plaisir	32
4.2. Le rapport Kinsey : la première enquête sur la sexualité humaine	33
4.3. L'étude de Master et Johnson.....	34
4.4. Les évaluations récentes.....	35
5. Ce que nous dit le droit.....	36
II. La sexualité des personnes âgées	37
1. Le constat démographique : un vieillissement de la population.....	37
1.1. Le point de vue actuel	37
1.2. En 2050, une personne sur trois aura plus de 60 ans	39
2. Considérations anatomo-physiologiques du vieillissement sexuel.....	40
2.1. Le vieillissement de la fonction sexuelle chez l'homme.....	41
2.2. Le vieillissement de la fonction sexuelle chez la femme	41
3. L'incidence des pathologies et des traitements sur la sexualité des personnes âgées.....	42

3.1.	L'incidence des pathologies du vieillissement	43
3.2.	L'incidence des traitements.....	44
3.3.	Troubles du comportement sexuel et démence.....	45
4.	Aspects psychologiques du vieillissement sexuel.....	48
4.1.	Modification de l'image corporelle et renoncement au mode de sexualité antérieure	48
4.2.	Modification du rapport génitalité/affectivité et sublimation.....	50
5.	Aspects sociologiques et culturels.....	51
5.1.	L'évolution des mentalités	51
5.2.	Persistance de non-dits et interdits.....	53
6.	Conséquences de ces différents aspects sur la sexualité de la personne âgée.....	55
III.	La sexualité des personnes âgées en institution	58
1.	L'institutionnalisation des personnes âgées.....	58
2.	Quelle place pour une vie affective et sexuelle des personnes âgées en institution	59
2.1.	La chambre comme espace d'intimité.....	59
2.2.	Un risque de négation du corps sexué en institution.....	60
3.	Le point de vue des personnes âgées et de leur famille.....	60
3.1.	Pour les personnes âgées	60
3.2.	Le point de vue des familles	62
4.	La pratique professionnelle du soignant.....	63
4.1.	La relation soignant-soigné	63
4.2.	Le toucher.....	63
4.3.	La toilette	64
4.4.	Les limites de la relation soignant-soigné	65
5.	Les différentes études sur le regard des soignants sur la sexualité des personnes âgées en institution.....	66
5.1.	Enquête de Laforestrie et Geoffre (1997) [43]	66
5.2.	Enquête de Staszulonek Hinard S. (1999) [70].....	67
5.3.	Enquête de Richard et Lalu-Fraisse (1999) [64].....	67
5.4.	Enquête de Thibaud et Hanicotte (2007) [72]	68

5.5. En conclusion de ces études.....	68
Partie II.....	70
I. Objectifs de l'enquête	71
II. Méthodologie.....	72
1. Description du questionnaire	72
2. La population retenue	73
3. Le cadre de l'enquête.....	73
4. Période et déroulement de l'enquête.....	75
5. Limites de l'enquête.....	75
III. Résultats	76
1. Taux de questionnaires restitués.....	76
2. Description de la population	77
2.1. Répartition des soignants interrogés en fonction des EHPAD	77
2.2. Répartition des soignants interrogés en fonction du sexe	78
2.3. Répartition des soignants interrogés en fonction de l'âge.....	79
2.4. Répartition des soignants interrogés en fonction des professions.....	80
2.5. Selon l'ancienneté.....	80
3. Les réponses en fonction de la population générale.....	81
3.1. Concernant votre perception de la sexualité en général :	81
3.2. Concernant votre perception de la sexualité des personnes âgées en général	84
3.3. Concernant votre perception sur la sexualité des personnes âgées en institution.....	87
4. Les réponses en fonction des EHPAD, des professions et des âges	95
4.1. En fonction des EHPAD	95
4.2. En fonction des professions.....	96
4.3. En fonction des âges	98
IV. Discussion	100
V. Quelques éléments de réflexion	107
Conclusion	114

Bibliographie.....	116
Annexes.....	123
I. Questionnaire	124
II. Tableaux des résultats.....	131
III. La charte des droits de la personne âgées dépendante en institution....	154

Introduction

Le contexte social et médiatique actuel est marqué par l'omniprésence de la sexualité et une disqualification relativement courante du vieillissement. La sexualité doit-elle s'arrêter à l'âge de la retraite ? Tout un chacun s'accorde à en reconnaître le « droit » quel que soit l'âge. Il est vrai que, comme beaucoup de fonctions de l'organisme, elle se modifie au cours de l'avancée en âge. Le vieillissement physiologique et psychologique, certaines maladies ainsi que les modifications de la vie sociale qui touchent les personnes âgées peuvent représenter des barrières à l'expression d'une sexualité épanouie. Le poids des stéréotypes culturels exerce également un frein à la sexualité des personnes âgées, en renvoyant souvent une image négative de l'ordre de l'interdit, de l'indécent. Ce domaine est longtemps resté un sujet tabou, mais sa prise en compte commence à s'imposer dans la société, probablement grâce à l'évolution des mentalités, de la représentation individuelle et sociale de la sexualité qui devient plus tolérante et surtout une modification du regard sur le vieillissement.

L'entrée en institution apparaît comme une barrière supplémentaire à l'épanouissement de la vie affective et sexuelle de la personne âgée. Une dégradation physique ou mentale est souvent un motif d'entrée dans ces établissements. Dans ces conditions, de quelle sexualité est-il question ? Il semble que l'on parle alors de génitalité, oubliant qu'à un âge très avancé, la sexualité se manifeste autrement. Se pose alors la question de l'intimité du résident, les soignants oscillant entre une volonté de la préserver et le devoir de l'enfreindre en permanence pour les soins. Cerner ce que recouvre l'intimité de l'autre est une gageure puisque, par définition, celle-ci ne se découvre que lorsque l'autre nous laisse y entrer. Au soignant, en tant que tiers acteurs ou témoin, de mesurer les enjeux réciproques de cette intimité partagée en favorisant la réceptivité comme l'organisation même du soin. Reconnaître les modalités d'expression de la sexualité de l'autre reste tout aussi intimement bousculant puisque ce besoin fondamental, aussi essentiel qu'un autre, s'identifie comme du domaine du privé et de l'exercice de la liberté individuelle.

La sexualité des sujets âgés est donc en lien non seulement avec la problématique du corps vieillissant et des conflits psychiques du vieillissement mais aussi avec le contre-transfert de ceux qui en prennent soin. A partir de ce dernier point, il nous a paru intéressant d'aborder ce sujet à travers le regard des soignants.

Ainsi, au moyen d'un auto-questionnaire, nous avons réalisé une enquête abordant la sexualité des personnes âgées, auprès de soignants de différents Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Le point de vue sur la sexualité en général, la sexualité des personnes âgées et la sexualité des personnes âgées en institution seront abordées au préalable dans les données de la littérature puis, dans le cadre de l'enquête. Cela nous permettra dans un premier temps d'engager une discussion sur ces différents regards. Puis dans un second temps d'aborder des éléments de réflexion, voire des amorces de réponses à cette thématique.

Partie I

Données de la littérature

I. La sexualité

1. Tentative de définition

En nous intéressant à la réflexion sur la sexualité des personnes âgées, nous avons été surpris de la diversité des approches théoriques et du cloisonnement qui existent entre elles. Cette profusion en référence à des disciplines différentes n'évite pas une certaine pauvreté dans les définitions proposées.

La sexualité est très souvent réduite à sa dimension génitale et reproductive. Dans le Dictionnaire illustré des termes de Médecine [33], elle se définit comme l'ensemble des attributs anatomiques et physiologiques qui caractérisent chaque sexe. La définition du Dictionnaire de la Psychiatrie [60] précise que la sexualité est l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe que l'on peut observer dans le monde des vivants. Elle ajoute que c'est aussi l'ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle.

Dans le sens commun, la sexualité renvoie à l'activité génitale mais, elle se confond parfois également avec l'affection, la tendresse, certaines émotions, l'amour. Elle peut aussi renvoyer à l'imaginaire érotique, aux conduites de séduction, à la sensualité, au plaisir, etc. Son caractère polymorphe persiste dans le cas d'une approche plus rigoureuse.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « la sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels » [OMS, 2002].

La sexualité ne se limite alors pas aux simples besoins biologiques, mais relève de beaucoup d'autres facteurs relatifs à la personne ou au groupe. Comme le relève la définition de l'OMS, elle va plus loin que l'acte physique en lui-même, elle implique des désirs.

Courtois et al [13] se sont questionnés sur la définition de la sexualité humaine. Ainsi, pour ces auteurs, « **définir la sexualité, c'est préciser la place qu'elle occupe au niveau collectif et individuel. C'est s'intéresser à sa signification, son symbolisme, ses rituels. Elle est aussi une donnée intime, psycho-affective et corporelle du sujet. Elle dépend du contexte social, historique et culturel d'une société, mais contribue aussi à son évolution.** » Ainsi, la sexualité, comme mise en acte de la dynamique psychique apparaît comme une notion vaste et complexe : « **son aspect polymorphe oblige à recourir à une conceptualisation multidimensionnelle et donc plus difficile à catégoriser. La sexualité est à la fois une donnée psycho-socio-affective individuelle, voire personnelle, intime ou privée et en même temps interpersonnelle et collective.** »

De même, la définition de ce que serait la normalité de la sexualité (si on suppose qu'elle existe pour un individu ou une collectivité donnée) varie selon l'importance des facteurs socioculturels et religieux impliqués. Une sexualité normale pourrait se définir comme une adaptation du biologique, de l'organique, du social et du culturel. « La sexualité normale est ce qui est conforme à ce qui se fait à un moment donné dans une société donnée ».

Dans cette perspective multidimensionnelle de la sexualité, nous allons approfondir certains aspects qui la caractérisent. Nous nous proposons de voir tout d'abord les **aspects historiques et socioculturels**. Puis, nous aborderons le **point de vue psychanalytique** en faisant quelques rappels sur la « révolution freudienne ». Nous verrons également l'émergence de la **pensée médicale** concernant la sexualité et les différentes enquêtes qu'elle a suscitées. Enfin, nous ferons un bref rappel concernant le **cadre législatif** qui régit le domaine de la sexualité.

2. Le point de vue historique et socio-culturel

Sexualité et culture apparaissent indissociables. Nous nous proposons donc de faire un survol chronologique depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours afin d'apprécier les expressions de la sexualité à travers les âges dans notre modèle culturel occidental. Nous aborderons également les aspects contemporains de la sexualité en insistant sur le déclin du mariage institutionnel et sur ce que certains auteurs [6] appellent la « déstandardisation des parcours sexuels et affectifs ». Cette présentation ne peut prétendre être exhaustive de part les grandes variabilités historiques et les spécificités qu'il peut exister d'une culture à l'autre. Sans chercher à faire un travail d'historien, nous présenterons modestement quelques repères qui visent à comprendre l'évolution des mentalités.

2.1. L'Antiquité

Dans la Grèce Antique, **tranquillité sexuelle** et démocratie vont de pair avec la suprématie masculine, aussi bien dans la famille que dans la politique. La mythologie et la réalité sociale de cette époque, sont toutes deux imprégnées de rites magiques destinés à l'amour et à l'attraction de l'autre, révélant ainsi une sexualité qui est avant tout la quête de l'autre et la recherche du plaisir. A noter qu'Hippocrate évoquait déjà la valeur bénéfique des relations sexuelles et de l'assouvissement du désir, ainsi que les effets pathologiques de son insatisfaction.

Dans la Rome Antique, société de conquérants et de colonisateurs, l'homme a également une importance considérable. C'est ainsi qu'il statue sur la création et le contrôle de la famille. Comme en Grèce les époux n'ont pas d'obligation de fidélité et les relations extra-maritales bénéficient d'une grande tolérance. De plus, cette liberté était considérablement répandue au niveau des classes supérieures de la société et plus particulièrement chez les empereurs.

Toutefois, il semble que les limites à cette liberté sexuelle ne coïncident pas de la même façon pour les femmes et pour les hommes. Ainsi, alors que la femme libre est assignée à la reproduction dans le cadre conjugal, tous les plaisirs sont permis à l'homme libre adulte, pourvu

qu'il ne mette pas en péril sa position sociale. Il existe toujours un risque d'excès ou de démesure mais le risque le plus grand est toujours celui d' « inversion » des rôles, quelle qu'en soit la forme. Un citoyen adulte pouvait parfaitement avoir des rapports avec un(e) esclave ou un garçon imberbe, ainsi que d'autres femmes que la sienne, mais certainement pas avec un autre citoyen adulte. Sont condamnables toutes les situations où l'homme libre se comporte de manière « molle » ou se laisse traiter sexuellement comme un éromène (garçon dans la relation pédérastique), un esclave ou une femme, c'est-à-dire comme un inférieur [23].

2.2. Le Moyen Age

L'institutionnalisation du christianisme en Occident et l'éthique sexuelle restrictive qui l'accompagne n'ont pas été une rupture totale dans l'Antiquité tardive. Ainsi, la véritable nouveauté est que les pratiques des fidèles se trouvent placées sous le regard d'un appareil de contrôle centralisé, en fonction de principes absolus et sacrés, s'appliquant à tous. Les textes d'Augustin (Vème siècle) théorisent le refus de la concupiscence et du plaisir, qui aboutit à une restriction en droit de l'activité sexuelle à l'œuvre de procréation voulue par Dieu et la nature [44].

Sexualité et reproduction humaine ne sont alors plus perçues comme un domaine à part [6].

La seconde étape est l'instauration à partir du XII-XIIIème siècles, du mariage chrétien qui délimite la cadre de l'activité sexuelle légitime. Ses deux fondements se dégagent alors progressivement : c'est l'échange des consentements et la consommation du mariage qui scelle devant Dieu l'union d'un homme et d'une femme. Il n'y a pas pour l'Eglise de mariage s'il n'y a pas consommation ; à défaut de celle-ci, les époux peuvent obtenir dispense du lien matrimonial et contracter une nouvelle union. Sous le pontificat de Grégoire IX (1227-1241), Rome adopta le principe selon lequel le mariage ne devenait sacrement que par l'union des corps. De manière anecdotique, la preuve de non-consommation reposait sur la fameuse épreuve du « congrès » qui pouvait être ordonné par l'official. Elle consistait en l'accomplissement de l'acte sexuel devant les juges ecclésiastiques et les médecins, chirurgiens et matrones nommés par eux. Ainsi, ici, nul

ne cherchait à savoir si les époux éprouvaient de la jouissance car l'acte sexuel n'a à l'époque pour seul but que la procréation [61].

De plus, par la pratique de la confession, qui devient au Moyen Age le lieu d'un interrogatoire approfondi sur les péchés de la chair, l'Eglise et les clercs entreprennent de contrôler la vie morale des fidèles, avec l'objectif d'empêcher l'activité sexuelle hors du couple marié et de la restreindre aux seules pratiques qui permettent la fécondation [6].

Femmes et hommes sont en principe sur un pied d'égalité, mais les manquements des femmes, comme l'adultère sont toujours vus d'un œil beaucoup plus sévère. De même, la prostitution, qui entraîne une condamnation morale radicale de celles qui la pratiquent, n'a jamais provoqué d'opprobre équivalente à l'encontre de la clientèle masculine. Ainsi, dans la chrétienté médiévale et classique, la recherche du plaisir est ainsi exclue de la sexualité licite, et si la transgression de cette règle reste de fait tolérée pour les hommes, elle est désapprouvée chez les femmes hors du mariage [61]. En dépit de ces interdits se constitue autour du mythe de Tristan et Iseult la naissance de l'« amour Passion ».

2.3. De la Renaissance au temps modernes

Au XVIème siècle, la **liberté sexuelle** est remarquable et se voit de manière plus fréquente ou plus patente dans les couches favorisées de la société. Un relâchement sexuel règne dans tous les pans de la société, sans que ni l'Etat, ni l'Eglise n'y mettent un frein. Pour Foucault [28] [29] [30], à cette époque, « une certaine franchise avait cours. Les pratiques ne cherchaient guère le secret ; les mots se disaient sans réticence excessive, et les choses sans trop de déguisement ; on avait, avec l'illicite, une familiarité tolérante ». Après le Concile de Trente, la contre réforme catholique en instaurant la confession auriculaire exerce un contrôle plus étroit sur les corps. Le sentiment amoureux gagne une certaine légitimité.

Après la Révolution Française, la réglementation de la prostitution, l'établissement du mariage civil à la place du religieux, la légitimation du divorce, sont autant de signes en faveur de la volonté de contrecarrer les excès en matière de sexualité ambiante. Cependant, la nouvelle classe

dirigeante, issue de la Révolution, dispose d'une certaine liberté sexuelle qui va se développer en peu de temps à tous les niveaux de la société.

Le Romantisme sera la réponse de la célébration de la passion aux relations amoureuses sans véritable flamme. Au cours du XIX^{ème} siècle, la bourgeoisie ne modifie pas son rejet vis-à-vis du divorce et des filles-mères, et prône toujours le mariage de convenance sans respecter le libre choix entre les époux. Cette époque est donc marquée par une **austérité sexuelle** inégalée. Dans cette Europe, la pensée sera très moraliste, voire répressive, notamment en Angleterre avec la grande période que l'on a appelé « victorienne », qui commença bien avant le sacre de Victoria, en 1837. Cette période validait l'ordre nouveau masculin, actif et industriel. A l'opposé, la femme devait être passive, accueillante et ménagère.

Le XIX^{ème} siècle sera un siècle inégalé de rigueur dans tous les domaines : politique, social, artistique, littéraire...Cependant, cette « moralité publique de façade » s'accommodait très librement, surtout pour les hommes, d'une sexualité souterraine, condamnée, mais ouvertement connue : pornographie, prostitution et relations extraconjugales. C'était la grande époque du développement de la prostitution dans les capitales industrielles que sont Londres et Paris, où les professionnelles étaient extrêmement nombreuses : Londres en dénombrait quelque 80000, et plus de 150000 femmes étaient officiellement déclarées comme prostituées auprès de la préfecture de Paris en 1870. Ce climat de répression, de méfiance et de suspicion durera pendant la première moitié du XX^{ème} siècle [59].

Par ailleurs, il faut noter que les progrès scientifiques de cette époque vont permettre la **guérison des maladies vénériennes**, menaces jusqu'alors redoutables. Ils vont donc par là même soulager la sexualité des risques de contamination et la dégager de son aspect « honteux », qui entretenait autour d'elle un sentiment de culpabilité. Un peu plus tard, au début du XX^{ème} siècle, **Freud** va exposer ses conceptions psychanalytiques sur la sexualité. Puis les **premières études scientifiques** concernant ce sujet vont faire leur apparition. A noter que nous détaillerons plus loin ces deux derniers points.

Enfin au cours du XX^{ème}, il faut remarquer que l'idéal et la pratique du **mariage d'amour** se sont imposés. « Le mariage d'amour implique d'une part que l'union ne repose plus sur des

négociations entre familles mais sur le choix personnel des conjoints, et d'autre part que la seule et unique raison de se choisir soit le sentiment amoureux » [6].

2.4. De la révolution sexuelle à nos jours

Les années 60 sont marquées par l'apparition de **méthodes contraceptives** efficaces et par là d'une **dissociation de la sexualité et de la procréation** [6]. Les nouvelles générations ont désappris la peur de la grossesse non attendue qui pesait tant sur la sexualité et les projets de leurs aînées. Le désir d'avoir des enfants se substitue à la crainte d'en avoir. Pour Bozon [6], les moments de la vie où l'on pratique une sexualité reproductive et ceux où l'on pratique une sexualité non reproductive sont pensés comme totalement disjoints. On ne conçoit plus d'activité sexuelle sans protection contraceptive : le propre de la sexualité ordinaire est d'être inféconde. C'est le fait d'interrompre une contraception qui demande une décision, plus que le fait de la débiter.

La procréation médicalement assistée, qui a été proposée au début des années 1980, est une étape supplémentaire à la dissociation de la sexualité et de la procréation. L'insémination artificielle s'ajoute à la fécondation in vitro. Cette reproduction sans rapports sexuels joue un rôle symbolique important et traduit bien l'évolution contemporaine qui a technicisé la procréation et l'a éloignée de la nature et de la sexualité : l'aspiration à avoir des enfants n'est plus nécessairement inscrite dans la chaleur d'une relation sexuelle.

Par ailleurs, depuis 1970, l'institution du mariage s'est fortement affaiblie en France. Une part des couples vivent sans être mariés. Ceux qui convolent le font beaucoup plus tard, après une période de cohabitation souvent, ils ont déjà des enfants [1].

Depuis les années 2000, le pacs, contrat de partenariat civil enregistré, crée un cadre souple pour les couples non mariés. Il connaît un succès notable, puisque le cap d'un pacs pour deux mariages a été franchi en 2008. Les unions apparaissent moins stables, puisque la séparation touche plus d'un mariage sur trois et une union co-habitante sur deux [6].

La hausse des ruptures conjugales n'entraîne pas une hausse massive de la solitude conjugale ou sexuelle. La plupart des personnes qui se séparent forment un nouveau couple, dans un délai plus ou moins long. L'expérience d'une seconde voire d'une troisième vie de couple devient fréquente, de même que l'expérience de périodes intermédiaires, pendant lesquelles des relations se nouent avec des partenaires plus occasionnels. Enfin ceux ou celles qui ne forment pas de nouveau couple après une première expérience ne sont pas condamnés à l'abstinence, puisque deux ans et demi après une séparation quatre cinquième des femmes et des hommes ont eu au moins un nouveau partenaire sexuel [1].

Alors que les frontières entre la jeunesse et l'âge adulte étaient naguère clairement délimités par le mariage, celles-ci deviennent plus floues, redessinant ainsi le contenu même de la vie adulte.

La sexualité est devenue l'expérience fondatrice des relations conjugales et affectives [6].

Mais l'instabilité de ces nouvelles architectures conjugales n'est pas sans occasionner des déséquilibres faits de rencontres et de séparations, qu'il est parfois difficile à assumer. Selon Pick [59], il y a peu, nous parlions de cinq liens forts organisant le couple : un lien légal, le mariage ; un lien confessionnel, le mariage religieux ; le lien moral à l'autre ; un lien affectif, amoureux ; un lien charnel, le physique de l'amour. Et nous avions l'habitude de dire que nous faisons un couple si au moins trois de ces liens existaient. Aujourd'hui, où le lien légal et confessionnel ont moins de consistance, il semble que le lien moral soit l'ancrage le fort pour la constitution d'un couple. L'amour, en effet, dans sa dimension passionnelle et physique, est souvent insuffisant pour maintenir une union de longue durée. Les nouvelles manières d'être ensemble sont alors des compromis entre permanence et renouvellement, initiative amoureuse et renforcement du lien, pour tenter tant bien que mal, de réaliser le fantasme occidental contemporain du couple passionnel de longue durée.

3. Le point de vue psychanalytique

3.1. La révolution freudienne

En 1905, Freud publie « Trois essais sur la théorie de la sexualité » [31], ouvrage fondateur de la psychanalyse. Pour la première fois, la **sexualité** n'est pas abordée dans sa dimension sexologique, mais se trouve définie comme le **déterminant principal de la psyché humaine**. Il y expose ses conceptions sur la sexualité infantile, les transformations de la puberté et ce qu'il appelait les « aberrations sexuelles » (homosexualité, pédophilie, zoophilie, fétichisme et perversion). Freud définit tout d'abord la libido comme l'énergie sexuelle aux fondements de la dynamique psychique qui tend à se projeter sur un objet extérieur. En second lieu, il insiste sur les vicissitudes du choix de l'objet d'amour dont la source est le complexe d'Œdipe. Freud continue de développer sa théorie en expliquant que la libido donne naissance à des perversions sexuelles diverses lorsque le schéma originel œdipien subit des altérations.

3.2. Rappels sur le complexe d'Œdipe et les stades psychoaffectifs

Une des premières conceptualisations du complexe d'Œdipe remonte à 1897, où Freud écrit à son ami W. Fliess : « J'ai trouvé en moi comme partout ailleurs des sentiments d'amour envers ma mère et de jalousie envers mon père, sentiments qui sont, je pense, communs à tous les jeunes enfants ». C'est donc en s'inspirant de la légende d'Œdipe que Freud a été à même de mettre en images le désir universel et inconscient qui selon lui, est ressenti par tout enfant. Il identifie ainsi trois étapes fondamentales de développement psychoaffectif : le stade oral, le stade anal et le stade phallique où survient, le complexe d'Œdipe. C'est en effet de 3 à 6 ans environ que le désir libidinal portant sur le parent de sexe opposé apparaît, et que le parent de même sexe est perçu comme un rival. La « phase de latence » s'étale ensuite de 6 ans à la préadolescence, et correspond au déclin du complexe d'Œdipe. Plusieurs processus permettent en effet à l'enfant de détourner son attention libidinale des objets parentaux. Les déplacements identificatoires, les sublimations, le transfert, permettent à la libido de trouver d'autres objets de satisfaction, en particulier dans la socialisation progressive et dans l'investissement des processus intellectuels.

Enfin, la « phase génitale » survient pendant l'adolescence et correspond à la reconnaissance de la « double différence, des sexes et des générations » et coïncide avec la seconde période de maturation sexuelle. Dès lors l'équilibre est trouvé, au sein d'une organisation génitale adulte et grâce aux changements d'objets devenus possibles : le désir sera donc adressé à une autre femme que la mère, à un autre homme que le père.

3.3. Une théorie contestée

Les théories freudiennes seront perçues comme « révolutionnaires » dans la société pudibonde du début du XXème siècle. Y sont décrits une unité psychosexuelle avec un développement de la sexualité indissociable du développement psychique et de la construction de la personnalité. **La sexualité normale et la sexualité perverse de l'adulte découlent toutes deux de cette sexualité infantile.** L'une des critiques les plus récurrentes visant Freud consiste à le dénoncer comme un « pansexualisme », donnant une signification sexuelle à tous les actes de la vie. L'universalité du complexe d'Œdipe et ses difficultés à le transposer au féminin a également motivé nombre de critiques de différentes natures, internes à la psychanalyse tout comme issues d'autres disciplines. Il est nécessaire de rappeler que, sur ces différents points, Freud [31] avait lui-même précisé le peu de connaissances qu'il avait quant aux processus biologiques de la sexualité et la nécessité d'adapter par la suite, la théorie aux nouvelles connaissances.

4. La pensée médicale

4.1. La rationalisation du plaisir

La pensée médicale partage avec le sens commun la perspective qui limite la sexualité aux conduites et comportements observables. L'activité sexuelle consciente ou ses expressions fonctionnelles sont privilégiées parce-que mesurables.

La médicalisation de la sexualité observée à la fin du XIX^{ème} siècle (description des conduites, discours normatif, début de la description des perversions), va se poursuivre au début du XX^{ème} siècle en faisant apparaître une discipline nouvelle : la sexologie

La sexologie contemporaine apparaît vers le milieu de XX^{ème} siècle avec Kinsey, puis Masters et Johnson. Le thème de la normalité sexuelle, qui préoccupait tant les sexologues du XIX^{ème} siècle, passe au second plan. C'est la question du plaisir et de l'orgasme qui devient fondamentale, avec comme corolaire majeure, celle du fonctionnement conjugal.

Nous nous proposons de reprendre brièvement le contexte et les modalités des différents rapports concernant la sexualité, qui ont marqué le XX^{ème} et le début du XXI^{ème} siècle.

4.2. Le rapport Kinsey : la première enquête sur la sexualité humaine

La publication du rapport Kinsey [41] fut un événement considérable en 1948, tant aux Etats-Unis qu'en Europe où il fut traduit dans la plupart des langues.

Kinsey était professeur de zoologie à l'Université d'Indiana lorsqu'il entreprit de décrire et de comprendre le comportement sexuel humain. Il constitua une équipe de médecins, biologistes et statisticiens, qui formèrent l'Institute for Sex research de Bloomington.

Pendant les neuf années que dura l'enquête, l'équipe Kinsey recueillit la biographie sexuelle détaillée de 12214 hommes américains qui décrivent dans le détail l'histoire de leur vie sexuelle et leurs pratiques intimes. Comme Freud, Kinsey décrit les débuts très précoces de la sexualité chez l'enfant puis sa maturation chez l'adolescent. L'originalité de ce rapport sera de faire un lien entre le comportement sexuel et le milieu social ou religieux dans lequel il s'exprime. Enfin, la mise en évidence de pratiques sexuelles intimes sera certainement le point le plus marquant de cette enquête.

Kinsey recense systématiquement les activités sexuelles précoces dont il décrit six sources principales d'excitation : l'auto-excitation, les rêves nocturnes, les attouchements hétérosexuels, les relations hétérosexuelles, les relations homosexuelles et les rapports avec les animaux. Cette

description minutieuse et la relative fréquence de ces sources d'excitation contribuèrent à dédramatiser les comportements sexuels et notamment la masturbation qui était encore largement condamnée. Il sera le premier à affirmer le caractère physiologique normal de la maturation sexuelle et l'importance des activités sexuelles pré-pubères [59] [34].

Le second travail de Kinsey [42], publié en 1953 rapporte les conclusions de quinze ans de recherche sur près de 6000 femmes. Comme dans son rapport sur le comportement sexuel masculin, l'auteur va tenter de réhabiliter la sexualité féminine et d'affirmer l'existence d'un plaisir féminin en insistant sur le caractère normal de l'excitation féminine, de la masturbation et de l'homosexualité.

4.3. L'étude de Master et Johnson

William Masters était professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'école de médecine de l'Université de Washington à Saint Louis de Missouri. Il commença seul son travail en 1954 avec pour objet d'étudier l'anatomophysiologie des réactions sexuelles humaines.

Il commence ses premières observations « en secret » dans son service de l'université, observations directes des réactions sexuelles obtenues d'abord par masturbation avec quelques volontaires, mais très vite, dans les deux premières années sur des prostituées qu'il rétribuait.

Sa méthode a été celle de l'observation directe par de moyens physiques, des mesures physiologiques, puis par l'enregistrement cinématographique. De nouveaux moyens techniques ont contribué à permettre cette connaissance des réactions sexuelles, comme l'enregistrement de l'électrocardiogramme pour suivre les variations du rythme cardiaque au cours de l'acte sexuel, de l'électromyogramme avec des électrodes intra-utérines pour mesurer la mise en tension des différentes parties de l'appareil génital, mais également la radiographie avec des produits de contraste pour objectiver les mouvements utérins. Enfin, l'observation, chez la femme, de l'intimité du cycle sexuel artificiel a été rendu possible par l'utilisation d'un colposcope très particulier permettant l'observation des modifications de la muqueuse vaginale.

Jusqu'ici tous les observateurs de la sexualité féminine n'avaient été que des hommes, c'est ainsi que Masters poursuivra sa recherche en tandem avec Virginia Johnson, psychologue, qui deviendra sa femme, afin de réduire la part inaccessible que nous avons tous de l'autre sexe.

Masters, Johnson et leur équipe vont alors recruter plus de mille individus sur lesquels ils observèrent les réactions de 382 femmes et 312 hommes au cours d'un cycle sexuel artificiel reproduisant pour partie le coït humain. Cet échantillon permit l'observation de plus de 10000 cycles sexuels complets sur les onze années que dura cette étude [6] [59] [34].

Leur description des phases d'un rapport sexuel (excitation, plateau, orgasme, résolution) [51] va devenir classique et fixer une norme de bon fonctionnement sexuel.

4.4. Les évaluations récentes

Une enquête sur la sexualité s'inscrit toujours dans une conjecture historique et culturelle qui délimite le sens et la justification sociale de cet échange de parole sur l'intimité [34]. En ce qui concerne la sexualité des Français, trois études peuvent être citées. Le « Rapport sur le comportement sexuel des Français » rédigé par Pierre Simon en 1970, qui s'est déroulée au moment où la contraception commençait à se diffuser, dans le prolongement de Mai 68 et de libération de la parole sur la sexualité. Puis L' « Analyse des comportements sexuels en France (étude ACSF) » sous la direction d'Alfred Spira et Nathalie Bajos en 1992, qui a été entreprise au pic de la mobilisation contre le sida. Enfin « Contexte de la sexualité en France » (étude CSF) sous la direction de Nathalie Bajos et Michel Bozon en 2006 [1], qui a été menée dans un contexte de diversification des trajectoires affectives et sexuelles et d'interrogation sur les normes de la sexualité, mais aussi d'incertitude sur les comportements préventifs, compte tenu d'une certaine banalisation sociale de l'épidémie d'infection au VIH.

Sur près d'un demi-siècle, les auteurs ont vu évoluer les grands indices du comportement sexuel, de l'identité à l'orientation en passant par les pratiques intimes. Ainsi « on parle autrement, voire plus facilement de la sexualité en 2006 qu'en 1992 et qu'en 1970 » [1]. L'évolution des mentalités a fait que certaines expériences, jusque-là passées sous silence, peuvent désormais être évoquées parce que leur image sociale a changé et qu'une plus grande tolérance s'exprime à leur égard.

5. Ce que nous dit le droit

Les règles du droit contemporain ont pour objectif de protéger la liberté de chacun de choisir la nature des relations qu'il souhaite avoir ou ne pas avoir avec autrui. Pour B. Py [61], la grande différence entre les sociétés traditionnelles et les sociétés modernes contemporaines dites « libérales » est la disparition des interdits dans le domaine de la sexualité. **Chacun peut donc vivre sa sexualité comme il l'entend, sauf à observer que cette liberté ne peut s'exercer au détriment de celle des autres.** Autrement dit, pour l'auteur, tout en matière de sexualité est permis, ou possible, dans la mesure de l'acceptation du partenaire, de l'espace public, de la préservation de l'intégrité des mineurs.

Il faut donc se pencher sur le Code Pénal, pour trouver les limites juridiques à la liberté sexuelle. Les infractions sexuelles sont donc distinguées en deux grandes catégories qui sont le crime de viol d'une part et les agressions sexuelles d'autre part.

Nous rappelons, par ailleurs, que la prostitution n'est pas une infraction pénale. Tout individu, ayant le choix de sa sexualité, peut librement décider de monnayer ses faveurs. Mais si la prostitution n'est pas réprimée, il existe de nombreuses infractions sanctionnant certains prolongements du fait prostitutionnel, notamment le proxénétisme et le racolage. De même, nous rappelons que l'adultère n'est plus aujourd'hui une infraction pénale mais reste une faute civile.

La vie sexuelle de la personne appartient à l'évidence à la sphère de sa vie privée. Chacun pourra interdire aux tiers d'accéder à la connaissance et à fortiori à l'observation de ce qui se passe dans le secret de son alcôve. La notion de domicile reflète bien le principe d'une zone dans laquelle la personne physique peut développer une vie intime et qu'elle peut défendre contre les intrusions extérieures. Il existe donc des textes qui organisent la protection des informations à caractère privé parmi lesquelles, parfois, des informations sur la vie sexuelle des individus. Chacun d'entre nous est tenu de respecter les règles en matière de secret professionnel, c'est-à-dire que nul n'a le droit de divulguer les informations secrètes obtenues ou confiées dans le cadre professionnel sauf dans le cas où la loi ordonne de le faire.

II. La sexualité des personnes âgées

Nous l'avons vu dans la partie précédente, la sexualité présente un aspect polymorphe obligeant au recours d'une conceptualisation multidimensionnelle. En parallèle, les effets du vieillissement sur la sexualité présente également un **aspect multifactoriel**. Ainsi, le vieillissement **physiologique** et **psychologique**, certaines **maladies** ainsi que les modifications de la vie **sociale** et **démographique** qui touchent les personnes âgées peuvent représenter des **barrières à l'expression d'une sexualité épanouie**. Nous nous proposons donc dans cette seconde partie d'approfondir ces différents aspects.

1. Le constat démographique : un vieillissement de la population

1.1. Le point de vue actuel

Au 1er janvier 2010, la population française compte 64,7 millions d'habitants dont un quart est âgés de moins de 20 ans. Même si cette part diminue régulièrement, le nombre de jeunes continue d'augmenter grâce aux naissances relativement nombreuses de ces dernières années. Comme les premières générations du baby-boom d'après-guerre ont atteint ou dépassé les 60 ans depuis 2007, le nombre de personnes de 20 à 59 ans diminue depuis cette date. La part des personnes de 60 ans ou plus continue en revanche d'augmenter et atteint près de 23 %. Ce sont surtout **les personnes les plus âgées (75 ans ou plus) qui sont de plus en plus nombreuses** : en vingt ans leur nombre a augmenté de plus de 1 700 000, soit une hausse de 45 %. Dans le même temps, l'effectif des moins de 20 ans diminue de 3 % environ.

Population par groupe d'âge (en %) au 1^{er} janvier 2010, en France métropolitaine :

Source : Insee, 2010, bilan démographique.

	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus
1901	34,3	53,0	12,7	2,5
1950	30,1	53,6	16,2	3,8
1970	33,1	48,8	18,0	4,7
2000	25,6	53,8	20,6	7,2
2007	24,8	53,8	21,5	8,5
2010 (provisoire)	24,4	52,7	22,9	8,9

Ainsi, les personnes âgées de **75 ans et plus** représentent près de **9%** de la population générale **en 2010** alors qu'elles ne représentaient que **2,5% en 1900**.

Pour les centenaires, En France métropolitaine :

Source Insee, 2010 : 1900-1990, un siècle de démographie française, 1995 ; 2010 : bilan démographique annuel

Au 1er janvier	Nombre de centenaires
1900	100
1950	200
1970	1 122
1990	3 760
2010	14 944

Il en va de même pour les **centenaires dont le nombre a été multiplié par 150 en près d'un siècle**.

De plus, nous pouvons constater que **les femmes constituent l'essentiel des plus de 70 ans**. En effet, au fur et à mesure que l'on gravit l'échelle des âges, la population se féminise. Ainsi, au delà de cet âge et du fait de ce déséquilibre des sexes, la pyramide des âges est de moins en moins

symétrique. A l'âge de 85 ans, on compte plus de deux femmes pour un homme, et à l'âge de 95 ans trois femmes pour un homme. Ce rapport culmine à plus de 7 chez les centenaires.

1.2. En 2050, une personne sur trois aura plus de 60 ans

La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. Au 1er janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70,0 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005.

Pour A. Parant [58], « le phénomène de relèvement des survivants des générations peu nombreuses nées jusqu'en 1945 par les générations du baby boom va provoquer une onde de choc dont les effets vont se renforcer les uns les autres... et cette inéluctable vieillissement va très fortement altérer l'ordre sociétal actuel ». En effet, selon l'*Insee*, **en 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus** contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. C'est entre 2006 et 2035 que cet accroissement serait le plus fort (de 12,8 à 20,9 millions), avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du *baby-boom*, nées entre 1946 et 1975. Entre 2035 et 2050, la hausse serait plus modérée. Les personnes qui atteindront 60 ans appartiennent à des générations moins nombreuses. Par ailleurs, les générations du *baby-boom* nées juste après-guerre approcheront 90 ans : elles parviendront donc à des âges de forte mortalité.

Le **vieillissement est inéluctable**, au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, puisque les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées (en 1989 ou avant). L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accentuer son ampleur. En effet, même si l'espérance de vie se stabilisait à son niveau de 2005, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50 % entre 2005 et 2050.

Evolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 :

Source : Insee, 2006, situation démographiques et projections de population 2005-2010

Année	Population au 1er janvier (en milliers)	Proportion (%) des				
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus	75 ans et plus
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6

Ainsi, la population âgée de **75 ans et plus** passeraient de **9% en 2010** à plus de **15% en 2050**. A noter également que selon ces mêmes projections, **le nombre de centenaires** en France métropolitaine passerait de **15000 en 2010, à 60000 en 2050**.

2. Considérations anatomo-physiologiques du vieillissement sexuel

Il est indéniable que la fonction sexuelle tout comme ses organes dédiés subissent les aléas du vieillissement. Des spécificités sont à distinguer en fonction des deux sexes. Toujours est-il que si les rapports sexuels peuvent s'avérer parfois difficiles, **l'activité sexuelle n'a pas de limite d'âge**. Ainsi, une étude réalisée en 2007 [69] chez les séniors révélait que 38,5% des hommes entre 75 et 85 ans seraient sexuellement actifs, contre seulement 16,7% des femmes du même âge (50% de celles de plus de 85ans sont veuves versus 18% des hommes). Nous nous proposons donc de voir les **déterminants physiologiques** dont dépend le périmètre d'action sexuelle chez la personne âgée.

2.1. Le vieillissement de la fonction sexuelle chez l'homme

Le taux sanguin de testostérone diminue avec l'âge, et ce, dès 20 ans. Il n'existe aucune relation entre ce taux sanguin et les « performances » sexuelles. Après 60 ans, seule une absence de relation sexuelle majorera la diminution de la sécrétion de testostérone. Aussi la spermatogénèse persiste, la procréation est donc conservée même si classiquement, le pouvoir fécondant de l'homme diminue avec l'âge [68].

Entre 50% et 80% des plus de 75 ans conservent un appétit sexuel. Toutefois seuls 40% gardent une activité sexuelle habituelle [69]. Ceci serait en lien avec **les difficultés pour atteindre et maintenir une érection**. Avec l'avancée en âge, la fréquence des érections matinales et nocturnes se raréfie. Après un stimulus érotique, elle est plus longue à se manifester et sa vulnérabilité à la durée de l'acte sexuel se majore. L'éjaculation « vieillit » également. Il est usuel de constater qu'elle survient plus tardivement et avec moins de puissance. L'orgasme est de durée raccourcie, avec une diminution des contractions prostatiques. De plus, le délai nécessaire pour retrouver une érection après un orgasme augmente avec l'âge [4]. Ainsi pour le sexologue J. Waynberg [77] : « signe d'une jeunesse révolue, ce n'est plus l'opprobre de « l'éjaculation précoce » qui motive la demande d'assistance, mais la situation inverse qui devient emblématique de la décadence progressive des organes ».

Ces diverses modifications induisent des conséquences psychologiques chez l'homme vieillissant, avec une peur de l'échec renforcée. Cela les amène parfois à se considérer comme impuissant. L'impuissance totale (qui correspond à une incapacité persistante) n'est retrouvée que chez 15% des plus de 75 ans et selon les données de la littérature, le vieillissement physiologique n'en est exceptionnellement l'étiologie [4].

2.2. Le vieillissement de la fonction sexuelle chez la femme

La **ménopause** est une étape physiologique du vieillissement normal de la femme. Elle se définit par la disparition définitive du cycle menstruel, secondaire à l'épuisement du capital folliculaire

ovarien. Elle signe l'arrêt de la fonction de reproduction survenant en moyenne à 50 ans. Elle entraîne une carence oestrogénique définitive responsable de différentes manifestations cliniques.

Ainsi, ces perturbations de l'équilibre hormonal entraînent une modification des organes génitaux avec notamment une altération de la trophicité et de la lubrification du vagin. Les parois vaginales perdent de leur élasticité, et l'existence d'une atrophie et d'une sécheresse locale en lien avec la carence hormonale est souvent retrouvée. Dans ce cadre, la lubrification lors de la phase d'excitation sexuelle est plus longue à se mettre en place. Ce couple **atrophie-sécheresse** est responsable de dyspareunies parfois majeures empêchant tout rapport sexuel. L'atrophie touche également la région vulvaire avec un amincissement des petites et grandes lèvres, accentuant la saillance du clitoris, dont la réponse sexuelle reste inchangée tout au long de la vie. L'utérus s'involue et son potentiel orgasmique peut parfois être modifié en avançant en âge. Le vieillissement mammaire s'accompagne d'une ptose de la glande, avec une diminution du tissu glandulaire. Toutefois, la vaso-congestion globale du sein lors d'une excitation sexuelle reste possible à tout âge [4].

De plus cette carence hormonale est également responsable de modifications au niveau de la peau et des phanères. Le tissu cutané devient plus mince et perd en élasticité. La pilosité devient « androgénique » c'est-à-dire prédominant au niveau du visage et diminuant au niveau axillaire et pubien, les cheveux deviennent cassants.

3. L'incidence des pathologies et des traitements sur la sexualité des personnes âgées

Si vieillir ne signifie pas automatiquement être malade, **la fréquence de survenue de troubles somatiques augmente avec l'âge**. Directement ou indirectement, ils altèrent la fonction sexuelle. Ils enferment souvent la personne âgée dans un statut de malade, ce qui renforce chez l'individu et dans le groupe social, la tendance à éteindre toute vie sexuelle. De plus un certain nombre de sujets âgés craignent une aggravation d'une pathologie pré-existante s'ils se livrent à une activité sexuelle.

3.1. L'incidence des pathologies du vieillissement

De nombreuses maladies peuvent avoir un retentissement sur la fonction sexuelle et cela, quel que soit l'âge. Nous savons que le sujet âgé est plus fragile en raison de l'association fréquente de plusieurs pathologies ainsi que de l'ancienneté de ces affections. Ces modifications des capacités sexuelles à la suite d'une maladie peuvent être dues, soit aux **conséquences directes** de la pathologie, soit aux **perturbations psychologiques** qui en découlent.

Puisque de multiples pathologies sont susceptibles d'avoir des répercussions négatives sur la sexualité du sujet vieillissant, nous ne citerons ici que les plus fréquemment rencontrées [68] :

- les maladies responsables d'une **réduction de mobilité et/ou de douleurs**, font que les rapports sexuels peuvent ne pas être faciles. Globalement la vie sexuelle est amoindrie du fait de l'affaiblissement général des capacités gestuelles et de la peur du mouvement ou de la position qui peut déclencher ou augmenter la douleur. Nous pouvons citer en exemple les pathologies du bassin : arthrose majeure, maladie de Paget, arthralgies des ceintures....
- **l'incontinence urinaire**,
- **les cancers mammaires et génitaux** dans leur présentation propre ou par les séquelles des traitements (cicatrices hyperalgiques, séquelles radiques, amputations comme les mastectomies fréquemment responsables de troubles du désir). A noter que les anorgasmies sont fréquentes après hystérectomie.
- **les prolapsus urétraux, génitaux ou anaux**,
- **les affections de la prostate** : adénome, cancer
- **les pathologies endocriniennes** : le **diabète**, l'hypothyroïdie
- **les pathologies cardio-vasculaires**
- **les pathologies neurologiques**
- **l'insuffisance respiratoire**....

3.2. L'incidence des traitements

Nous l'avons vu précédemment, différentes pathologies en rapport avec le vieillissement peuvent altérer les fonctions sexuelles. Mais dans ce domaine, l'origine iatrogène ne doit pas être méconnue. En effet, il est fondamental de connaître les effets indésirables sur la fonction sexuelles des différentes thérapeutiques, de façon à prévenir le patient ou du moins le rassurer en cas d'apparition de ces **effets secondaires**. Le sujet âgé est d'autant plus sensible aux effets adverses des médicaments qu'il présente souvent une polyopathie et qu'il consomme par conséquent des médicaments de classe multiple.

Ainsi, la liste des thérapeutiques affectant la fonction sexuelle est longue, nous n'en citerons que les principaux [68]:

- certains **antiépileptiques** : carbamazépine, phénytoïne
- certains traitements **anti-hypertenseurs**, les **bétabloquants**, la **digoxine**
- la **L-Dopa**
- la plupart des psychotropes : antidépresseurs, lithium, neuroleptiques, hypnotiques
- la **morphine**
- les **antilipidiques**, les **antidiabétiques**
- les **chimiothérapies anticancéreuses**....

A remarquer que chez l'homme, les traitements plus que les maladies engendrent donc des troubles de l'érection. Par exemple, l'insuffisance cardiaque n'est pas un facteur étiologique de dysfonctionnement sexuel. Elle n'est pas une contre-indication à la pratique de l'acte d'amour, mais le traitement médicamenteux de cette pathologie ont eux une répercussion sur la fonction suscitée, et parfois sur la fonction éjaculatoire.

Enfin, il faut noter que **l'alcool** et le **tabac** ont également des répercussions négatives sur le fonctionnement sexuel.

3.3. Troubles du comportement sexuel et démence

➤ *Définition*

Les troubles du comportement se définissent comme des « attitudes ou gestes qui perturbent l'entourage par les désordres, la bizarrerie ou le danger ». En matière de sexualité, **il convient de faire une distinction entre des troubles comportementaux avérés, d'étiologies variées, et des conduites jugées taboues avec l'intolérance sociale qu'elles engendrent.** Ainsi, les syndromes démentiels et les troubles cognitifs constituent des facteurs pathologiques pouvant altérer l'expression de la sexualité [62]. Les termes d'**hypersexualité** ou de **désinhibition sexuelle** sont donc appliqués indifféremment aux comportements sexuels inappropriés observés chez les déments. Dans l'ensemble, les chiffres de la littérature montrent que ces **comportements sont peu fréquents**. Ils sont décrits chez 2,8 à 8% des patients déments vivant à domicile et chez 3,8 à 7% des patients institutionnalisés [19]. De plus le terme de comportements sexuels inappropriés soulignent que seuls sont prises en compte les données de l'observateur. Tout ce que nous savons de la vie sexuelle des déments repose sur les éléments fournis par les conjoints ou les soignants. De ce fait, **ces comportements sont soumis au jugement de l'observateur et à ses propres conceptions de la sexualité.** Les phénomènes rapportés dans la littérature sous ce terme sont très variables, mais ils peuvent être regroupés selon plusieurs dimensions [20] : les uns témoignent **d'une recherche d'intimité** dont la nature sexuelle demande à être interprétée, d'autres traduisent **une réelle augmentation de la libido**, mais les plus fréquents sont associés à une **désinhibition ou à l'absence de prise en compte des convenances sociales.**

➤ *Sémiologie*

- **La recherche d'intimité :**

Elle se manifeste par la recherche de contacts physiques : vouloir prendre dans ses bras ou embrasser un membre du personnel soignant ou une personne étrangère, se coucher à côté d'un autre résidant dans son lit. En réalité, ces comportements peuvent être de simples témoignages

affectifs sans connotation sexuelle. Il en est de même lorsque cherchant un contact physique, le patient touche une partie du corps considérée comme un attribut sexuel. Ce type de comportement doit donc être analysé afin de distinguer la simple recherche d'intimité des comportements qui comportent une franche connotation sexuelle.

- **Les comportements à caractère sexuel franc :**

Le plus souvent ils se limitent à des conduites destinées à permettre le rapprochement des sexes (propositions verbales ou gestuelles, recherche de contacts avec les attributs génitaux de personnes étrangères) ou une masturbation « sans honte ». Les propositions verbales ou gestuelles sont rarement suivies d'une mise en acte et ne s'accompagnent habituellement pas de sensation de plaisir. Elles s'intègrent le plus souvent dans un comportement général de désinhibition que traduisent, par ailleurs, une impulsivité et une agressivité. Une augmentation réelle de la libido est rare. Elle se traduit par une plus grande fréquence des demandes sexuelles dans le couple ou de masturbation. Il convient d'ailleurs de différencier une réelle masturbation d'une manipulation d'organes génitaux qui n'a pas de résonance sexuelle évidente.

- **Les troubles de la convenance sociale :**

La plupart des comportements sexuels inappropriés ne traduisent pas une perturbation de la sexualité proprement dite, ils sont liés à l'absence de prise en compte du partenaire et du contexte social : la masturbation ou le frottement des organes génitaux en public et l'absence de pudeur. L'impulsivité, l'ignorance des sentiments du partenaire peuvent conduire à des violences sexuelles. Toutefois, certains comportements peuvent relever d'anomalies neurophysiologiques, comme un défaut d'identification des visages qui fait prendre une inconnue pour une épouse, ou d'un trouble de l'habillement qui conduit le patient à se promener dans une tenue indécente.

➤ **Comportements dans les différentes affections démentielles**

- **Dans la maladie d'Alzheimer (MA) :**

Les comportements sexuels inappropriés ou de désinhibition sexuelle sont rares : ils sont mentionnés dans 7% des cas de l'étude de Burns et Jacoby [8], et dans 6% des cas de l'étude de Bruen et al [7]. Ces chiffres sont à comparer à ceux d'autres manifestations, beaucoup plus fréquentes, comme l'augmentation des manifestations de tendresse physique observée chez 34% des cas de l'étude de Derouesne et al [21] et surtout de l'indifférence sexuelle présente dans 76% des cas. Chez les patients atteints d'une MA et vivant en couple, une augmentation de la libido se manifeste par une demande accrue de rapports sexuels a été notée chez 3 des 49 couples étudiés [21]. Cette dernière étude mentionne une modification qualitative du comportement sexuel dans le sens d'un refus de pratiques antérieures dans 7 cas (5 hommes et 2 femmes) et, à l'inverse, de l'acceptation de nouvelles pratiques dans 3 cas (1 femme, 2 hommes).

- **Démences frontotemporales (DTF):**

Dans une étude comparant les modifications sexuelles dans la MA et la DFT, Miller et al [56], ont observé une même fréquence d'augmentation des pulsions sexuelles dans les deux affections (8%), alors que l'indifférence était beaucoup plus fréquente dans les DFT (57%) que dans la MA (23% des cas). A partir d'une étude analogue, Medeiros et al [17] ont souligné que les comportements de recherche d'intimité sont plus fréquent dans la MA, alors que les comportements de désinhibition prédominent dans les démences non Alzheimer. La présence d'une sociopathie acquise, incluant des « actes sexuels non sollicités », a été observé chez 57% des cas de DFT contre 7% des cas de MA dans l'étude de Mendez et al [54]. Les auteurs précisent que les patients avaient conscience de l'aspect anormal de leurs comportements qu'ils attribuaient à l'impulsivité, mais ne manifestaient aucun remords et n'étaient pas concernés par les conséquences de leurs actes.

4. Aspects psychologiques du vieillissement sexuel

4.1. Modification de l'image corporelle et renoncement au mode de sexualité antérieure

Nous avons vu précédemment que les modifications physiologiques dues au vieillissement entraînent des **transformations corporelles progressives** : modification de la pilosité (certaine «masculinisation » chez la femme), des cheveux (deviennent blancs et cassants), de la peau (perte de l'élasticité, apparition des rides), augmentation de la masse grasseuse et diminution de la masse musculaire... [37] Ainsi, ces modifications sont en relation indirecte avec la sexualité, mais sont en relation directe avec **les repères habituels de l'image du corps** et donc des **critères de séduction**. Au grand âge, ce constat est important, le sujet âgé a l'impression de perdre son identité et l'image qu'il s'était fait de lui-même. Cela aboutit à une **baisse de l'estime de soi** et à un sentiment d'être trahi par son propre corps.

Nous pouvons noter que ces évolutions psychologiques de la sexualité peuvent être variables en fonction du sexe :

- **L'homme** sera plus souvent frappé par une **perte de confiance** en ses capacités sexuelles. La **crainte de l'échec** est un des facteurs essentiels, responsable du renoncement du sujet masculin à toutes relations sexuelles : tout trouble des fonctions sexuelles génère une blessure narcissique de l'identité virile [77]. Cette angoisse de l'échec résulte généralement d'une **mauvaise information concernant les processus physiologiques**. Le sujet âgé masculin a des difficultés à accepter et à comprendre les modifications concernant sa sexualité ; il pense alors que cette sexualité est moins bonne, alors qu'elle est uniquement différente. Il va interpréter sa diminution d'érection spontanée et tous les changements physiologiques précités comme un signe d'impuissance ou comme la manifestation d'une pathologie [37].

- **La femme** a une sexualité essentiellement bouleversée au moment de la **ménopause**, en raison de la perte de la fonction reproductrice. Cela fait parfois perdre tout son sens à la relation sexuelle. En effet, celle-ci représente la jeunesse et la féminité. Alors que la disparition des règles provoque chez de nombreuses femmes un sentiment de **perte de leur féminité** et une impression d'entrée dans la vieillesse, ce qui amène souvent à une **attitude de retrait sexuel**. D'autre part, la période de la ménopause entraîne des modifications physiologiques, telle que la diminution de la lubrification vaginale. Or, celle-ci est parfois perçue de la même manière que la baisse de l'érection chez l'homme. Ainsi, la femme âgée ressent une **chute de l'éveil sexuel** [37]. Ce phénomène est d'autant plus important que le partenaire peut se sentir responsable et par conséquent limiter les rapports sexuels. La femme ressentira alors un abandon de toute sexualité.

Avec l'avance en âge, les limitations corporelles sont croissantes, avec parfois une perte totale d'autonomie. Cela peut aboutir à un bouleversement de la sexualité **avec des rapports physiques impossibles**. Ce **renoncement à la génitalité** peut induire une perte douloureuse et un travail psychologique d'adaptation à cette nouvelle réalité doit se mettre en place. Il est bien évident que le travail d'acceptation nécessite **le deuil de l'état antérieur** [37].

Le vieillissement sexuel normal va voir un **abandon de certaines « prétentions antérieures »**. Certaines pratiques ne seront plus possibles, d'autres les remplaceront. Certains désirs devront céder le pas à de nouvelles découvertes et à d'autres formes de plaisir. L'expression de l'espace sexuel chez les plus âgés est donc l'une des modalités de redéfinition de l'individu dans un monde en pleine mutation [12].

Remarquons le parallèle possible entre le sujet âgé et l'adolescent. La sexualité de la personne âgée va poser les mêmes questions que celles de l'adolescent, celle de l'évolution du corps et de ses sensations, de quelque chose où il va falloir retrouver un certain nombre de repères corporels, un certain nombre de sensations corporelles qui ont évolué. Notons également que la fonction génitale est la dernière à apparaître et la première à s'estomper.

4.2. Modification du rapport génitalité/affectivité et sublimation

Les données de la littérature s'accordent à dire que **le désir n'a pas d'âge**, il existe toujours. Mais comme nous l'avons vu précédemment, il ne peut plus être assouvi comme avant du fait du vieillissement (limitation corporelle, diminution des performances...). Parfois, les rapports sexuels deviennent impossibles. Ces différents facteurs (physiologiques, pathologiques et psychologiques) vont entraîner des modifications de la vie sexuelle et affective de la personne âgée avec une **diminution de la génitalité et une augmentation de l'affectivité** [37].

L'**affectivité**, autre versant de la sexualité, difficile à définir, évoque les sentiments, la sensibilité, la capacité à éprouver des émotions envers un autre. Elle est reconnue comme **indispensable dans la construction de la personnalité** de l'enfant et comme **moyen de se maintenir en bonne santé** tout au long de l'existence. La psychologue C. Mémin [53] évoque sa place dans la sexualité : « c'est parler de la relation à l'autre, des sentiments amoureux, mais aussi de l'émotion, du plaisir, de la tendresse, de la joie, de la souffrance et de tout ce qui fait notre rapport vital au monde puisque la demande affective est la lutte la plus efficace contre la mort. » Elle paraît prendre une **place de plus en plus importante avec l'avance en âge**. En effet, comme le décrit le même auteur, « la sexualité des personnes âgées semblent revenir à la « sexualité polymorphe » de Freud avec des plaisirs démultipliés basés sur la sensorialité sur la complicité de l'approche commune du temps qui reste à vivre » [52].

Vieillir pour cette fonction consiste peut-être à **passer d'une sexualité pulsionnelle et physique à une sexualité de complicité** [68]. Le sexologue Waynberg [77] confirme ces propos en disant : « à une dizaine d'année près, pour parvenir au succès de rituels semblables, le couple va devoir puiser dans ses réserves de créativité et de complicité érogènes. » Le rôle de la confiance dans ce domaine est donc prépondérant. Accéder à une forme de sexualité plus sensuelle ne va pas forcément de soi, d'autant plus qu'elle pouvait être absente auparavant. Ceci est bien entendu **sous tendu par la dynamique de couple** et pose la problématique du **partage et du rééquilibrage des interactions**. Apprendre à repérer les difficultés de l'autre et à comprendre

qu'elles ne sont pas l'expression d'une diminution de son désir, mais liées à des modifications physiologiques personnels [12].

L'absence de génitalité peut parfois ne pas être compensée par l'affectivité. Il paraît alors nécessaire de **trouver une source de plaisir substitutif**. On parle alors de **sublimation**, c'est-à-dire la dérivation de la fonction sexuelle vers un objet socialement valorisé [52]. Comme à tous les âges de la vie, le militantisme, le bénévolat, l'activité intellectuelle et artistique, la recherche d'un approfondissement spirituel et religieux en sont les formes courantes. Le manque est reconnu, identifié, et pour qu'il ne soit pas dévastateur, l'être consent à se mobiliser vers un autre objectif qui lui apportera également des satisfactions et des plaisirs et sollicitera lui aussi de l'énergie. **Chez la personne âgée**, ce mode de compensation nécessite parfois d'être **sollicité**. Il convient donc de l'aider à **découvrir ce qui lui convient le mieux comme mode d'expression**, chacun ayant ses compétences et ses moyens propres [53].

5. Aspects sociologiques et culturels

La prise en compte commence à s'imposer dans la société grâce à l'évolution générale des mentalités et de la représentation individuelle et sociale qui devient plus tolérante.

5.1. L'évolution des mentalités

Les plus jeunes du « grand âge » sont nés en 1930 et les plus vieux forcément bien avant. Ces personnes ont donc vécu dans un monde totalement différent du monde actuel en ayant vu disparaître la société rurale traditionnelle remplacée par la société urbaine et industrielle. Ils ont vieilli avec des principes de vie, voire un sens de la vie, ressemblant à ceux de leurs parents et même de leurs grands-parents. **Les expressions de la sexualité** étaient sévèrement contrôlées, limitées : domaine secret, la sexualité était généralement **limitée à la vie conjugale, vouée à la procréation** et de ce fait réduite dans son mode d'expression au coït traditionnel [53]. De

surcroît, les femmes vivaient dans **la crainte perpétuelle d'une grossesse non désirée** et, bien souvent, se cantonnaient dans une attitude passive, de soumission à leur partenaire. Il est fréquent que des gens de 85 ans parlent de « **devoir conjugal** » à propos de l'acte sexuel et même, quand certaines femmes se sentent en confiance, de « corvée conjugale » alors que des jeunes enfants disent actuellement « faire l'amour » [16]. Ils ont également assisté à des changements spectaculairement rapides, notamment dans les années 1970 avec « la révolution sexuelle », l'avènement des méthodes contraceptives et la légalisation des interruptions de grossesse.

Nous pouvons donc nous poser la question d'une éventuelle évolution des comportements sexuels chez les aînés en fonction de leur génération. Certains auteurs se sont questionnés sur cette « **effet de génération** », notamment Delbès et al [16] qui ont comparé les données de l'enquête Simon (1970) et de l'enquête ACSF (1992). En 1970, les plus de 50 ans avaient pour la plupart d'entre eux baigné, de l'enfance à la vieillesse, dans un contexte où l'expression de la sexualité était plus sévèrement contrôlée. Les aînés de 1992 ont été élevés et ont passé toute ou partie de leur vie féconde dans le même contexte mais ils ont bénéficié d'un quart de siècle de libéralisation de mœurs. Les auteurs ont donc pensé, qu'ayant eu durant leur vie adulte une vie sexuelle leur procurant plus de plaisir, ils y renonceraient moins facilement avec l'avance en âge. Leurs conclusions montrent que « du fait du renouvellement des générations, le visage des aînés a changé. Plus instruits, plus riches, en meilleure santé, ils participent davantage à la société de consommation. **Un examen de leur vie intime a montré à quel point celle-ci s'était enrichie** : l'idée de la fin de vie sexuelle traditionnellement associée à l'avance en âge s'éloigne. Par rapport à ceux d'hier, les aînés d'aujourd'hui ont plus souvent un partenaire et dans ce dernier cas, ont des relations sexuelles plus fréquentes, l'éventail de leurs pratiques amoureuses s'est élargi et leur vie sexuelle leur apporte plus de plaisir. » Les auteurs démontrent **le poids des normes socioculturelles** dans le champ de la sexualité: parce qu'elles sont de **moins en moins réprobatrices**, elles **permettent aux nouvelles générations d'aînés de vivre plus librement leur sexualité**.

L'enquête CSF (2006) [1] évoque une « **sexualité plus active avec l'avancée en âge** ». En effet, une comparaison entre l'enquête de 1970 et de 2006 fait apparaître que le vieillissement sexuel a profondément changé et a été marquée par l'ensemble des changements qui ont affecté les trajectoires de vie au cours des dernières décennies : la **prise en charge médicale de la ménopause**, l'accroissement de **l'autonomie des femmes** et des trajectoires marquées par une **plus grande mobilité conjugale**. En outre, les plus de cinquante ans ont connu la diffusion progressive de la contraception au cours de leur vie sexuelle et l'irruption du sida entre 30 et 50 ans. Les auteurs indiquent donc que « leurs attitudes à l'égard de la sexualité ne sont plus marquées par le conservatisme qui caractérisait les aînés de 1970. » Il observe ainsi, une **augmentation importante**, parmi les femmes de plus de 50 ans, vivant en couple, de la part de celle qui ont une **activité sexuelle** (90% en 2006 contre 50% en 1970), et également de leur fréquence de leurs rapports sexuels. Mais les femmes sont toujours plus nombreuses que les hommes à n'avoir pas de **partenaire sexuel** (37% des femmes entre 60-69 ans contre 16% des hommes). Enfin, une attitude plus marquée et plus prolongée d'intérêt pour la sexualité en tant que telle se manifeste chez les hommes. Ainsi, selon cette enquête, si dans les années 1970, un véritable conflit opposait les générations sur la question de la sexualité ; **au cours des décennies qui ont suivie, les clivages se sont effacés et il n'y a plus de différences très significatives entre génération en matière d'attitudes.**

5.2. Persistance de non-dits et interdits

Pendant bien longtemps, l'idée que les personnes âgées pouvaient avoir une sexualité a été niée et a même choqué. La psychologue C. Maintier [46] cite les travaux de Butler (1976-1993) montrant que **les stéréotypes** confortent cette idée. Des passants questionnés dans la rue considèrent que : les personnes âgées n'ont plus de désir sexuel, qu'elles ne peuvent plus faire l'amour quelque soit leur envie, que leur physique est trop fragile, qu'elles ne sont plus attirantes physiquement donc non désirables, que le sexe chez les personnes âgées est honteux et pervers. Le tableau tracé ressemble fort à celui **de la disparition voire de l'impossibilité d'une sexualité chez les personnes âgées**. De plus elle est souvent **considérée comme déplacée, confondu avec le vice et la perversité.**

La sexualité des personnes âgées semble se qualifier comme **tabou**. Pour Wundt que cite Freud [32], « est tabou tout ce qui inspire pour une raison quelconque la crainte, l'inquiétude ». Il s'agit plus précisément de prohibitions, d'interdits qui concernent des personnes, des états, des objets, qui possèdent des forces mystérieuses, susceptibles de se transmettre par contact. Cette force dangereuse est également présente dans des états mystérieux tels que la maladie, la mort. Freud dit que les tabous des peuples primitifs sont les résultats de déplacements de désirs inconscients. Ceci a conduit une attitude ambivalente à l'égard du tabou avec d'un côté une certaine hostilité et de l'autre de l'attraction ou de la fascination. Ainsi, cette **ambivalence se retrouve dans les comportements et le discours relatif à la sexualité des personnes âgées**.

Ainsi, pour Talpin [71], **les types de réactions** les plus fréquentes à l'évocation de la sexualité des âgées sont **le silence, les rires embarrassés et l'insistance sur la tendresse** c'est-à-dire sur la dimension la moins érotisée du rapport à l'autre. Pour l'auteur, le silence renvoie le plus souvent au **déni**, au refus ou à l'impossibilité psychique de penser une sexualité à l'âge et par voie de conséquence de se la représenter. Le rire et l'insistance sur la tendresse participent plutôt de la **dénégation** : la sexualité des âgés n'est pas ignorée mais sa prise en compte consciente demeure fort difficile, il convient donc de s'en défendre. Si une telle question convoque à l'évidence des **fantasmes oedipiens** (se représenter ses parents faisant l'amour), elle comporte également des **enjeux narcissiques** en particulier en ce qui concerne les représentations du corps propre et les relations sexuelles avec un sujet âgé et donc vécu comme peu valorisant pour son partenaire. Un tel propos permet d'insister sur la dimension forcément fantasmatique convoquée dès lors qu'il s'agit de penser la sexualité de l'autre, et de surcroît de quelqu'un de plus âgé que soi.

Ces diverses représentations sont confirmées par l'étude de J. Trincas et al [73] qui s'est interrogée sur le regard qu'ont les jeunes sur la sexualité des personnes âgées. Pour se faire, les auteurs ont laissé trente-cinq étudiants et lycéens s'exprimer sur ce sujet. Ainsi, les plus jeunes considèrent que leur champ d'information reste très limité. Les médias, les professeurs, la famille et les personnes âgées elles-mêmes n'abordent pas le sujet avec eux. Il s'agit d'un sujet « tabou » ; inhabituel qui attise parfois la curiosité, mais dont la plupart préfère ne rien savoir. Si leur champ d'information reste extrêmement limité cela n'empêche pas d'émettre opinions,

jugements ou attitudes. Ainsi, plutôt que de sexualité, les jeunes parlent de « tendresse » entre personnes âgées, de « complicité ». Pour la majorité d'entre eux, les notions de « stabilité », de « durée » apparaissent très importantes, les conduisant à envisager l'amour entre personnes âgées sur le mode de l'affection partagée durant toute une vie, jamais sur fond de sexualité et d'éphémère. **La sexualité entre personnes âgées est ainsi reconnue et approuvée par un certain nombre de jeunes quand elle est clairement reliée à l'affection partagée. Mais ils la rejettent violemment quand elle leur semble se réduire au désir et à l'acte sexuel.**

Ces **représentations** suscitées semblent être en cohérence avec l'image que se font les plus jeunes **sur la vieillesse en général**. Les conclusions tirées d'une étude [38] indiquent que les jeunes adultes investissent la vieillesse d'un certain nombre d'attente, celles-ci s'exprimant tout particulièrement dans l'évocation des **ressources morales, psychologiques et familiales**. L'acquisition de nouvelles qualités telles l'**équilibre**, la **sérénité**, l'aptitude au bonheur, ainsi que l'optimisation des expériences de vie sous forme de connaissance, de **maturité**, de **sagesse** tiennent une place de choix. Ils soulignent aussi l'importance de la descendance, qui ici, est synonyme d'étoffement du réseau familial et de multiplication des personnes ressources. La fréquence des allusions à la disponibilité, au temps libre, au partage, à la discussion, à l'écoute, voire explicitement aux relations entre générations ou au transfert de connaissances laisse entrevoir une définition de la vieillesse qui accorde une place de choix à la relation, mais une relation sage, asexuée, dénuée de désirs.

6. Conséquences de ces différents aspects sur la sexualité de la personne âgée

Du point de vue **démographique**, l'effet de l'avance en âge fait que **la probabilité de se retrouver seul se majore, surtout côté féminin**. Cela voue les personnes âgées le plus souvent au vide affectif et sexuel. On peut penser que demain, la plus grande survie des couples retardera la fin de la vie sexuelle et qu'à un âge donné, dans une tendance générale à l'amélioration de l'état de santé, les dysfonctions psychophysiologiques seront atténuées. Quant aux femmes, de

toute évidence, leur supériorité numérique aux âges avancés jouera pour longtemps encore en leur défaveur.

D'un point de vue **physiologique** et de manière générale, les statistiques montrent qu'il existe effectivement une **baisse de l'activité sexuelle** avec l'âge, avec cependant de grandes différences en fonction des individus. Un des principaux écueils de cette problématique reste **l'autorisation que le patient s'accorde à en parler à son praticien**. Parmi les plus de 75 ans de l'étude du New England [45], 40% des sujets masculins présentent des troubles de l'érection, 33% ne parviennent jamais à l'orgasme et 20% souffrent d'éjaculation précoce ; 50% des femmes présente une hypo voire une a-lubrification de la sphère génitale, 40% ne ressentent pas d'orgasme et 12% présentent des dyspareunies sévères. Malgré tous ces chiffres, seuls 38% des hommes et 22% des femmes ont consulté.

Cela vient en corollaire des aspects **psychologiques** sur le retentissement de la vie sexuelle et affective des personnes âgées. Le vécu de solitude va rester caché, avouer qu'un désir persiste à l'entourage semble difficile en raison d'une certaine **honte** ou de la **peur d'être mal jugée** [37]. Les manifestations de cette détresse vont alors prendre différentes formes : tristesse diffuse, changement de caractère, plaintes somatiques.... Ainsi Waynberg [77] tient à considérer les causes d'origine psychogène en priorité dans ce domaine : « ce sont les problèmes de santé, puis les facteurs d'environnement, et enfin les aléas de la vie quotidienne, notamment d'ordre économique qui sont les principaux pourvoyeurs des conduites d'**évitement**, des attitudes de **résignation**, et l'entrée dans les divers états d'**isolement affectif**.

Enfin, I. Simeone [67] affirme également qu'il faut considérer des obstacles d'origine psychogène à l'expression de la sexualité des personnes âgées. Mais, selon cet auteur, il faut prendre en considération les aspects socioculturels en raison, comme nous l'avons vu précédemment du tabou de la sexualité de la personne âgée, s'inscrivant en contradiction avec l'image de la sagesse de la personne vieillissante. **L'expression de la sexualité des personnes**

âgées est limitée dans son émergence par les résistances issues de nos représentations collectives et qui se transforment pour nous en idées reçues, lieux communs et autres idées fausses [12].

Ainsi, pour les données de la littérature, le véritable obstacle à une vie sexuelle pour les personnes âgées n'est pas uniquement d'ordre physiologique mais plutôt démographique, sociologique et psychologique.

III. La sexualité des personnes âgées en institution

Si différents facteurs peuvent influencer la vie affective et sexuelle de la personne âgée, **la vie en institution** est un facteur supplémentaire qui implique la vie en collectivité et son **manque d'intimité**. S'ajoute la relative dépendance du sujet vieillissant nécessitant des soins qui fait **le regard du soignant** dans cette intimité. Nous nous proposons donc dans cette troisième partie de présenter ces différents facteurs, au travers **des différentes études** qui ont été réalisées sur ce sujet.

1. L'institutionnalisation des personnes âgées

Conséquence essentiel de la progression du veuvage avec l'avance en âge, passé 80 ans, **les retraités habitent, le plus souvent, seuls** (4 personnes sur 10), alors qu'au début de la retraite, ils vivent majoritairement à deux (7 personnes de 60-79 ans sur 10 sont en couple) [15]. La tendance de fond des dernières décennies est **la régression de la cohabitation intergénérationnelle** : en 1982, près du quart des 80 ans et plus vivaient avec des proches autres que leur conjoint. Ils sont moins de 14% en 1999. C'est essentiellement dans des déterminants sanitaires et sociaux qu'il faut chercher l'explication de cette distance résidentielle prise entre les générations : plus fort désir d'indépendance des jeunes et des anciens, diminution de la population rurale et entreprises familiales, où la co-résidence était plus fréquente, meilleur état de santé à un âge donné et amélioration des conditions de vie des anciens (progression de leurs ressources financières, développement de la politique de maintien à domicile, modernisation de leurs logements...)

L'institutionnalisation ou la prise en charge familiale, très rares à 60-79 ans sont les solutions adoptées lorsque, en particulier, **une dégradation de l'état de santé ou l'apparition d'une dépendance remettent en cause l'autonomie résidentielle**. En 1999, vivre en institution était relativement rare à 80-84 ans, mais devenait nettement plus fréquent avec l'avance en âge. Elle

concernait 31% des 90 ans et plus [15]. Conséquence de l'amélioration des conditions de vie des anciens et d'une sélection de plus en plus forte par l'état de santé, c'est désormais le **plus tardivement possible, avec l'apparition de lourds handicaps, que les anciens partent en maison de retraite**. Malgré cela et nous l'avons vu précédemment, le désir n'a pas d'âge et doit pouvoir s'exprimer même en institution.

2. Quelle place pour une vie affective et sexuelle des personnes âgées en institution

2.1. La chambre comme espace d'intimité

Dans un domicile ordinaire, la chambre du couple est le lieu par excellence de l'intimité, voir du secret. Elle est rarement accessible à ceux qui ne partagent pas l'intimité de ceux qui l'occupent. Tout change quand la personne ou le couple qui avance en âge a besoin de l'aide des professionnels. **La chambre en institution concentre un certain nombre d'éléments qui sont a priori peu propices à garantir l'intimité de la personne qui l'occupe** : territoire concédé, enclave au sein de l'institution, son inviolabilité ne peut pas être garantie et ses dimensions ne permettent pas à la personne qui l'occupe de choisir ce qu'elle veut montrer ou au contraire cacher. La chambre en institution oscille entre plusieurs statuts qui sont contradictoires : celui d'un **équivalent-logement**, en quelque sorte garanti par la réglementation ; celui d'un **espace semi-professionnel** où évoluent le personnel chargé de prendre en charge les résidents. ; et enfin un **statut d'extension de l'espace institutionnel**, qui y imprime sa marque de diverses manières : choix des couleurs et des revêtements, intrusion des responsables et des professionnels. De plus, certaines institutions sont parfois encore dotées de **chambres doubles** rendant l'accès à une intimité encore plus limitée [27].

2.2. Un risque de négation du corps sexué en institution

Chacun est sexué, quel que soit son âge, quels que soient sa maladie, son handicap, quel que soit le lieu où il se trouve [52]. A l'hôpital et dans d'autres structures d'accueil ou d'hébergement, en dépit des progrès accomplis, il n'est souvent pas tenu compte de la **pudeur**, corollaire de la sexualité. **Le corps** est exposé, dénudé, livré aux regards des autres, « **chosifié** ». Il devient objet passif et asexué. Pour Ribes G. [63], en institution, les représentations à l'égard de la personne âgée sont plus orientées du côté du pathologique et déféctologique. Le corps de la personne âgée devient ainsi objet de soins. Il y a peu à peu un effacement des rôles sexués, des rôles sociaux. L'institution oscille entre une volonté de préserver l'intimité et le devoir de l'enfeindre en permanence, pour l'hygiène, les locaux et la toilette des patients. Des comportements qui seraient normaux au domicile, glissent très vite vers une anormalité et une psychiatisation. **L'activité sexuelle en institution est considérée comme défaillante ou inexistante**. Si elle se manifeste, elle sera vite taxée de comportement dérangeant. Le résidant âgé est dépendant des membres du personnel, ces derniers pouvant avoir un impact sur son activité sexuelle. Pour J. Vézina, [76] **le résidant âgé est soumis aux valeurs religieuses, aux mythes et à l'anxiété du personnel**.

3. Le point de vue des personnes âgées et de leur famille

3.1. Pour les personnes âgées

Certains auteurs ont interrogé des personnes âgées vivant en institution sur leur vie affective et sexuelle.

➤ **Dans l'étude de Laforestrie et Geoffre [43] :**

L'idée, pour les résidants, de se retrouver en couple n'est pas considérée comme une mauvaise chose mais la vie à deux est bien perçue lorsqu'il s'agit des autres. En revanche, pour elles-mêmes, elles y sont majoritairement opposées. Concernant, leur désir sexuel, autant les hommes

avouent penser à la sexualité, autant les femmes prétendent le contraire. Au plan fantasmatique, les personnes âgées ont une censure efficace et ne se rappellent pas leurs rêves érotiques. Elles déclarent aussi en majorité qu'elles ne pourraient plus avoir de rapports sexuels à leur âge. La grande majorité des patients âgés est favorable à l'idée de rencontrer des partenaires du sexe opposé et il apparaît que l'institution n'est pas un obstacle majeur à de telles rencontres. Elles considèrent qu'il ne leur est pas possible, dans le cadre institutionnel, d'avoir des relations intimes, bien qu'elles pensent que certaines personnes de leur âge ont une activité sexuelle tout à fait normale. Les auteurs font alors l'hypothèse que les personnes âgées voulant à tout prix se conformer à l'image du « vieux », en particuliers celle du « vieux à l'hôpital », ne s'autorisent pas des relations sexuelles à l'intérieur de l'institution. Pourtant, la fantastique promiscuité des individus et de leur corps que l'institution favorise devrait permettre à ces personnes d'enfreindre certains tabous et de dépasser la solitude et le désarroi relationnel et sexuel que vivent les « vieux » dans les cités.

➤ **Dans l'enquête de Richard et Lulu-Fraisse [64] :**

Le mariage entre personnes âgées est considéré comme peu souhaitable, voir ridicule, par deux tiers des patients. La sexualité entre personnes âgées est considérée comme normale par un quart des patients. La date des derniers rapports sexuels est inférieure à un an pour moins d'un patient sur 10. Elle est estimée à plus de 20 ans en arrière chez 3 femmes sur 4 et un homme sur 3. Pour la plupart des femmes cette cessation d'activité a été brutale, le plus souvent à l'occasion du décès du conjoint. Au contraire, pour les hommes, la cessation d'activité sexuelle a été progressive. L'ami de cœur, de sexe opposé existe chez un homme sur dix et chez une femme sur trois. Si une occasion se présentait, plus d'un homme sur deux serait prêt à une relation amoureuse alors que trois femmes sur quatre la refuseraient par manque d'envie. A la question de savoir si l'occasion s'était déjà présentée dans le service, la réponse est « oui » chez un homme sur trois et une femme sur quatre. Le pas a été franchi, si bien que 20% de la population étudiée a eu une relation amoureuse. Des rapports sexuels ont pu avoir lieu dans la moitié des cas ; sinon la relation est restée au stade des caresses. Les rêves érotiques existent chez plus de la moitié des hommes et à peine un quart des femmes. Le besoin sexuel n'est perçu que chez la moitié des

hommes et à peine une femme sur cinq. La toilette et les soins corporels effectués par le personnel soignant ne sont jamais vécus comme un moment agréable.

Ces deux études témoignent de **la présence d'une vie affective et sexuelle des personnes âgées en dépit de l'institution**. Pour les personnes âgées, **les valeurs de tendresse et de complicité semblent le plus souvent citées**. Il semble également exister des différences notables selon le sexe, avec **une plus forte disponibilité de la part des hommes** quant à une nouvelle relation. Les personnes âgées semblent donc plus affectées par **le sentiment de solitude en institution** et par **l'image que renverrait une nouvelle relation** auprès de leur entourage et des soignants.

3.2. Le point de vue des familles

Les enfants d'âge mûr sont souvent choqués par la persistance du désir chez leurs parents et par la poursuite d'une vie sexuelle, contrairement aux petits-enfants qui sont plus tolérants [64]. L'image du **parent** est souvent **intouchable** et il est considéré comme **asexué** [36]. De plus, les enfants ont du mal à supporter ou à imaginer que leur parent vivant puisse trahir, par une nouvelle aventure ou une nouvelle liaison, l'autre parent mort. Les personnes âgées sont **condamnées à une fidélité passée**, une concurrence dans ce domaine peut s'avérer pour l'entourage comme inacceptable. Il faut aussi prendre en compte dans ce contexte les réelles **craintes de détournement d'héritage** qui peuvent apparaître.

Nous remarquons un **certain rapprochement entre la sexualité des personnes âgées et celle des personnes handicapées**, surtout le handicap mental. Longtemps interdite, elle a conduit à des stérilisations forcées, sous l'aval des familles bien souvent. Il semble donc que personnes âgées et personnes handicapées subissent encore un **processus d'infantilisation niant leur liberté dans ce domaine**.

4. La pratique professionnelle du soignant

4.1. La relation soignant-soigné

La place de l'intimité dans la relation soignant-soigné a évolué au cours du siècle dernier. Dans son manuel publié en 1938, Tracy décrivait les soins infirmiers comme un art et une science qui exigent d'établir une relation professionnelle avec le malade en gardant une distance et une neutralité. Ces postures permettaient d'éviter de sexualiser la relation soignant-soigné. Les infirmières utilisaient des stratégies pour maintenir le caractère professionnel de cette rencontre, entre autres en posant rapidement une série de questions brèves et fermées. Au début des années 1990, une nouvelle approche des sciences infirmières fut proposée ; elle suggérait de développer des relations plus proches avec le malade. Depuis, le personnel infirmier est encouragé à se rapprocher et s'engager auprès du malade. Il doit tenir compte non seulement **des besoins physiques mais également psychologiques, émotionnels, sociaux et spirituels [22]**. Il importe alors de prendre le temps de parler au malade, de comprendre ses problèmes et de l'aider à les résoudre. La relation plus étroite soignant- soigné possède des vertus thérapeutiques. Selon Dionne H. [22], exprimer de l'affection à des personnes âgées vivant dans des centres d'hébergement et les toucher leur procurent un bien-être physique et psychologique. Les résidents âgés ont donc de nombreuses occasions de vivre des relations de proximité avec les soignants. Les soins dispensés constituent des occasions pour se confier au personnel soignant et vivre un contact physique qui ne soit pas froidement asexué.

4.2. Le toucher

C'est **le contact avec les autres par le toucher** qui manque le plus aux personnes âgées. Il n'existe bien souvent qu'au **travers des soins infirmiers et de nursing**. Pour Monique Durieux, psychologue en établissement de long séjour [26], les soignants découvrent à leur rythme la valeur apaisante réconfortante et stimulante du « toucher » chez les personnes âgées. Les résidents se laissent donc « toucher » entraînant les soignants dans une réciprocité obligée, vécue

par celles-ci comme une part importante de leur fonction maternelle. Pour la psychologue, sans toujours le savoir, les soignants intègrent dans leur pratique quotidienne la richesse des travaux théoriques de E. Bick, de Winnicott, de D. Anzieu sur l'effet psychiquement contenant du contact cutané, accordant au « **toucher** » **une valeur essentielle à la relation avec les personnes psychiquement en déclin.**

L'ambivalence des sentiments et des émotions pénibles peuvent engendrer des difficultés notables dans la relation soignant-soigné. La représentation d'un parent, la déchéance physique et morale, le vieillissement peut susciter l'aversion. L'acceptation d'une rencontre affective, chaleureuse, se heurte à des écueils dès lors qu'elle génère un plaisir manifeste chez la personne âgée. **La dimension maternante et infantilisante dans les soins est alors un moyen de se défendre.** Réprimer le désir de la personne âgée se fait de la même façon qu'on réprimanderait maladroitement un enfant. Sans doute aussi pour se protéger de la vieillesse et de la démence, le soignant se réfugie dans le « bébéisme » [53]. L'instrumentalisation du corps est alors mise en place comme moyen défensif et subit la passivité à laquelle il est condamné sous peine de représailles castratrices [26].

4.3. La toilette

La toilette est présente lors de la formation des soignants comme un geste technique. Cela pose question à un certain nombre d'entre eux. La toilette passe par le toucher du corps de l'autre, par le geste et le regard. Elle oblige à affranchir la distance du corps. Pour Hardy L. [36], **elle est de l'ordre de l'intime et met en œuvre la dimension sexuée dans la relation soignant-soigné.** Toucher pour le soin que représente la toilette n'est certes pas toucher par affection mais prend une dimension particulière que n'ont pas en général les autres soins. Reste qu'il est impossible de former un savoir-être stéréotypé reproductible à l'identique.

F. Michon et J. Varakine [55], ont interrogé des élèves infirmiers sur les différents sens du mot toilette et identifier les difficultés qu'ils seraient susceptibles de rencontrer lors de ce soin. Les

étudiants s'interrogent fréquemment sur **les notions de dignité, de pudeur et d'intimité**. Ils ont peur de faire intrusion dans la sphère la plus intime de l'être humain renvoyant à la sensualité et à la sexualité, des sujets tabous à l'hôpital. Ils appréhendent également de **ne pas savoir comment s'y prendre** et d'être maladroits, craignant de blesser l'autre ou de ne pas supporter la vue parfois dérangeante de ces corps exhibés devant et malgré eux. Ces situations de soins génèrent une **gêne mutuelle**, dès lors que la nudité s'impose de fait dans une relation duelle soignant-soigné. Cette gêne peut être vécue comme plus ou moins violente **en fonction** non seulement de l'**éducation**, de la **culture**, et des **habitus** de chacun, mais aussi du **transfert et contre transfert** qui peut surgir dans toute relation. Il est ainsi plus aisé de faire la toilette d'un enfant que celle d'une personne âgée dont l'état est dégradé, l'image altérée par les signes du vieillissement d'une personne adulte.

4.4. Les limites de la relation soignant-soigné

La valorisation de la proximité dans les soins est sûrement interprétée par certains résidents comme une **invitation à l'intimité sexuelle**. H. Dionne [22] rapporte que 25 % des hommes âgés d'un centre d'hébergement ont adopté des comportements sexuels problématiques : langage sexuel ordurier, geste sexuel déplacé (exemple : toucher un soignant ou exhiber ses organes génitaux) ou usage de la pornographie.

Face à des comportements sexuels manifestes, les soignants utilisent différentes méthodes pour contrôler la situation. Ils peuvent **banaliser** les tentatives de résidents qui leur font des avances sexuelles en répondant avec humour, en plaisantant. Ils peuvent faire savoir au résident que son comportement n'est **pas toléré** et lui indiquer que son travail ne prévoit pas de faveurs sexuelles : « Je comprends que vous ayez des besoins sexuels, mais je ne suis pas ici pour les satisfaire ». Si le comportement sexuel persiste, ils utiliseront d'autres mesures pour se protéger : **adopter une distance ou une posture d'évitement**, passer moins de temps à le soigner, effectuer les soins avec un collègue. Ils **ne tolèrent pas le comportement harcelant du résident lucide** à leur égard, car il s'agit d'une dérogation à la règle de la pudeur qui suscite l'irritation et l'agacement. Ils **tolèrent davantage ce comportement si le résident souffre d'un trouble cognitif**.

Les soignants trouvent **difficile de parler** des abus sexuels dont ils ont été victimes [22]. Le plus souvent, ils le perçoivent comme un aspect de son travail qu'il doit apprendre à gérer. Les comportements abusifs suscitent peu de discussions et de réflexions. En parler signifierait aussi faire exister la sexualité du résident. Il semble indispensable qu'une situation sexuelle problématique soit considérée en équipe multidisciplinaire afin d'engager un processus d'évaluation et d'intervention de la situation.

5. Les différentes études sur le regard des soignants sur la sexualité des personnes âgées en institution

5.1. Enquête de Laforestrie et Geoffre (1997) [43]

Pour les auteurs, il existe en dépit du milieu institutionnel et de ses contraintes, une sexualité des personnes âgées. Cette sexualité emprunte diverses voies pour se réaliser. Elle est le plus souvent fantasmée, déplacée, masturbatoire, auto-érotique, plus rarement hétérosexuelle ou homosexuelle. Ils justifient cette position en avançant l'idée selon laquelle « en institution gériatrique, on assiste à une inadéquation entre les possibilités, les désirs des individus et les contraintes du milieu : exigences rigoureuses du mode de vie, souvent incomprises et parfois inadaptées ». Ils pointent le fait que la plupart des soignants interrogés affirment être confrontés régulièrement voire quotidiennement à des situations en lien avec la sexualité. Les réactions à ces situations sont contrastées : gêne, surprise, bienveillance, attitude moralisatrice ou répressive, dérision, ironie, déni ou fuite. Ces attitudes vont dans le sens d'une « chosification du corps de ces personnes [...] » car « les soignants répugnent à considérer les personnes âgées comme des êtres sexualisés et préfèrent ne voir en face d'eux que des corps vieillissants, malades, par lesquels toute expression de sexualité est devenue impossible à imaginer ». Les auteurs considèrent ainsi l'institution comme une « figure castratrice ». Dans cette perspective de castration symbolique, les défenses mises en place par l'entourage de la personne âgée en institution sont multiples. Elles conduisent à une distanciation, voire une négation de la persistance des possibilités d'érotisation des relations.

5.2. Enquête de Staszuloneck Hinard S. (1999) [70]

Les réactions des soignants concernant ce sujet sont également multiples. L'auteur retrouve : « rire franc, rire gêné, le refus, la défensive, le refus outragé, des réflexions grivoises, la négation de la réalité ou au contraire, l'acceptation et face à cela un grand désarroi. ». Il est intéressant de constater dans cette enquête que les soignants reconnaissent qu'une sexualité chez la personne âgée en institution existe mais, paradoxalement, quand ils se trouvent confronter à une situation intime, leur comportement est à l'opposé du discours qu'ils tiennent.

5.3. Enquête de Richard et Lalu-Fraisse (1999) [64]

Les auteurs constatent que les soignants, même s'ils reconnaissent être confrontés à la sexualité des personnes âgées en institution en ressentent de la gêne et une certaine ambivalence. Ils énoncent, par ailleurs, leur étonnement quant au vocabulaire « souvent trop imagé, à la limite de la grossièreté » utilisé par les soignants. Cette étude montre aussi que la majorité des soignants reconnaît l'existence et le droit à une sexualité mais aucune réponse n'envisage la possibilité de rapports sexuels complets et normaux. L'expression de celle-ci ne peut être, selon leurs propos, qu'affective ou autoérotique. La plupart n'envisage pas d'âge limite pour la sexualité. Des situations en rapport avec la sexualité sont observées par presque tous les soignants (masturbations, tendresse, érections pendant la toilette, gestes déplacés, propositions directes). Les réactions face à ses situations sont en contradiction avec le fait que tous les soignants estiment que la sexualité existe chez les personnes âgées. Sa découverte entraîne : une gêne, de la surprise, du rire, une attitude moralisatrice, ou banalisante. Plus d'un soignant sur deux (65%) estime que la toilette est un moment de plaisir à connotation sexuelle pour les personnes âgées.

5.4. Enquête de Thibaud et Hanicotte (2007) [72]

Pour les auteurs, l'analyse des résultats révèle que le contenu des représentations sur la sexualité renvoie les soignants à une certaine dénégarion. Elle est perçue principalement comme un besoin, qui se caractérise par une baisse de la libido. Une situation « intime » se réduit pour la majorité des soignants à un acte hétérosexuel. Il leur est généralement difficile de penser ou d'imaginer que des manifestations sexuelles puissent se réaliser à un âge avancé. L'importance de la sexualité, à ce titre, est minimisée voire niée. Les réactions des soignants traduisent unanimement la surprise, l'étonnement, la gêne ou le malaise. Pour un quart d'entre eux, ils expliquent que, confrontés à une expression de la sexualité, ils se sentent obligés d'intervenir pour arrêter le comportement voire, pour certains, de prévenir la famille du patient. D'autres expriment leur impossibilité de verbalisation et une attitude d'évitement voire de déni de la scène observée, signant pour les auteurs la présence d'un ressenti culpabilisant. Dans leur définition de la sexualité, la moitié des soignants insiste sur la prévalence de la tendresse sur l'acte sexuel : la tendresse, la recherche de contact, l'insistance sur les sentiments, l'affection sont alors mis en avant au détriment d'une dimension génitale active. Les représentations insistent sur l'aspect mentalisé, fantasmé. En revanche, l'autre moitié des soignants associe les deux dimensions. En définitive, les auteurs se demandent si la définition de la sexualité du sujet âgé, quel que soit l'âge du soignant, ne renvoie pas à sa propre définition et à son investissement subjectif des composantes génitales et affectives. Les auteurs concluent que les représentations sociales ont construit psychiquement un interdit de penser et d'échanger sur la sexualité. Les représentations individuelles qui émergent de cette étude indiquent l'intensité et la fréquence des stéréotypes et des préjugés socialement instaurés, lesquels passent sous silence.

5.5. En conclusion de ces études.

Ces études confirment, dans le contexte institutionnel, la persistance des expressions sexuelles des sujets âgés. Si la majorité des soignants reconnaissent **l'existence d'une sexualité de la personne âgée en institution**, l'expression de celle-ci ne peut être **qu'affective ou autoérotique**. La plupart des soignants disent avoir été confrontés à des situations en lien avec la

sexualité chez la personne âgée. **Les réactions sont toujours diverses et subjectives** : rire, gêne, surprise, attitude moralisatrice ou bienveillante...., témoignant de **l'attitude ambivalente** des soignants sur ce sujet. Cette dernière traduirait une tendance à **projeter sa propre vieillesse** dans l'avenir et dont les **moyens de défense** se manifestent par **considérer la personne âgée comme un corps vieillissant et asexué**. Par conséquent, **les équipes soignantes ont globalement une attitude positive à l'égard de la sexualité des personnes âgées mais paradoxalement, ces attitudes ne s'accompagnent pas toujours de comportements qui la facilitent**.

En institution, le manque d'intimité, de partenaire, l'attitude de l'équipe, les pathologies mentales et physiques sont de nouveaux obstacles à l'épanouissement d'une vie affective et sexuelle du sujet vieillissant. Pourtant, ce qui importe pour une personne âgée, c'est qu'elle ait, quelque soit l'institution qui l'accueille, institution qui deviendra sa dernière demeure, quelque part, quelqu'un avec qui elle pourra partager ses souvenirs, ses pulsions, ses désirs, et ses derniers souhaits. Si cette possibilité lui a été refusée par l'institution et le personnel soignant, alors la personne âgée, privée d'une relation affective à l'autre, assiste solitaire à sa mort psychique : elle est sa propre écoute et devient l'écho de ses angoisses.

Partie II

Enquête : le regard des
soignants sur la sexualité des
personnes âgées en institution

I. Objectifs de l'enquête

Le contexte social et médiatique actuel est marqué par l'omniprésence de la sexualité et une disqualification relativement courante du vieillissement. A ce titre, la sexualité des sujets vieillissants demeure une thématique peu explorée même dans les institutions spécialisées. Pourtant, nous avons vu précédemment que la sexualité perdure avec l'âge et emprunte des voies spécifiques, en s'orientant sur la relation affective. Malgré cette réalité, sa prise en compte en milieu institutionnel ne semble pas évidente pour les soignants qui y sont confrontés au quotidien.

Il nous paraît essentiel de réfléchir sur la liberté de chacun d'exprimer et d'assumer son désir jusqu'à un âge avancé.

La démarche de cette enquête a comme objectif principal **d'appréhender cette dimension du sujet vieillissant à travers le regard des soignants** en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Comment se représentent-ils la sexualité en général ?

Comment perçoivent-ils la sexualité chez la personne âgée ?

Quelles perceptions ont-ils de la sexualité du sujet vieillissant dans le contexte de l'institution ?

Ces questions nous permettront de **corroborer ou non les données de la littérature** précédemment citées, abordant les mêmes thématiques.

Nous tenterons ensuite **d'engager une réflexion et des amorces de réponses aux demandes implicites des institutions**, parfois démunies devant cette problématique.

II. Méthodologie

1. Description du questionnaire

Les objectifs précités ont servi de guide à l'élaboration d'un questionnaire.

Nous avons opté pour une enquête **anonyme** afin que chacun puisse s'exprimer librement et pour toucher le plus grand nombre d'individus.

Le questionnaire (Annexe) se compose de **18 questions** et pour chacune d'entre elles, les personnes interrogées doivent cocher **UNE SEULE REPONSE**, celle qui leur semble prioritaire. Cela nous permettra de dégager des tendances, des orientations générales.

Il s'articule sur **cinq axes** :

-des données sociodémographiques : âge, sexe, fonction, ancienneté.

-des données sur la perception de la sexualité en général : sa définition, sa place dans le contexte social actuel, les différentes pratiques.

-des données sur la perception de la sexualité des personnes âgées : l'intérêt de ce sujet, la possibilité de rapports intimes et ses différentes expressions chez le sujet vieillissant.

-des données sur la perception sur la sexualité des personnes âgées en institution : attitudes individuelles et collectives dans la prise en compte de l'intimité du sujet vieillissant, caractéristiques de la relation professionnelle et le désir de participer ou non à des formations ciblées sur le sujet.

-une question ouverte : remarque(s), proposition(s), autre(s)

2. La population retenue

Nous avons choisi de centrer notre enquête sur la population paramédicale : **infirmiers** (IDE), **aides-soignants** (AS) et **aides médico-psychologiques** (AMP). Nous avons également inclus dans ce travail les **élèves** de ces diverses professions.

Ces soignants évoluent en effet dans une relation de soins privilégiée et de proximité auprès des sujets âgés, ce qui est moins le cas d'autres professions dans ces institutions.

3. Le cadre de l'enquête

Cette enquête a été réalisée auprès de trois Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de l'agglomération nancéenne. Le choix de ces établissements a été motivé par leur partenariat avec le service de Gériopsychiatrie du Centre Psychothérapique de Nancy ainsi que des problématiques relatives à ce sujet qui ont déjà été abordées lors de réflexions communes à ces deux spécialités.

➤ **Sur l'EHPAD A :**

L'établissement est privé à but non lucratif. Il est composé de 89 lits dont 24 chambres doubles (qui ne sont pas destinées à des couples). Il est situé au centre ville et l'ancienneté de la structure témoigne toujours d'une tradition humaniste très ancrée.

La population des résidents a une moyenne d'âge de 86 ans. Elle est composée pour 70% de femmes. Le profil socio-économique et culturel est caractérisé par une grande diversité. Cette population est considérée comme ayant un niveau de dépendance élevée et des troubles cognitifs sont retrouvés chez 8 résidents sur 10.

La population soignante au moment de l'enquête se compose de 40 personnes : 19 infirmiers diplômés d'état (IDE) et de 21 aides- soignants (AS).

➤ **Sur l'EHPAD B :**

L'établissement est privé à but non lucratif et se compose de 107 chambres à un lit, 3 chambres doubles (destinées à des couples), 6 appartements et 2 chambres d'accueil temporaire.

S'il existe une forte tradition d'accueil, comme dans tous les établissements du groupe dont elle fait partie, la population est plus sélectionnée avec un niveau socio-économique et culturel supérieur à la moyenne nancéenne. Sa moyenne d'âge est de 88 ans et se compose pour 77% de femmes. Le niveau de dépendance est moins élevé que dans l'EHPAD A et on note 2 résidents sur 10 concernés par des troubles cognitifs.

La population soignante au moment de l'enquête se compose de 37 personnes : 6 IDE, 22 AS, 2 aides médico-psychologiques (AMP) et de 7 élèves de ces professions (dont 3 élèves IDE ; 2 élèves AMP ; 2 élève AS).

➤ **Sur l'EHPAD C :**

L'établissement est public et se compose de 135 chambres pour personne seule et de 4 chambres destinées à des couples. Fondé au début du XXème siècle, il est emprunt d'une forte tradition de philanthropie laïque.

La population des résidents est issue d'un niveau socio-économique et culturel au dessous de la moyenne nancéenne. Sa moyenne d'âge est de 83 ans et se compose pour 70% de femmes. Le niveau de dépendance est moins élevé que dans l'EHPAD A, mais plus élevé que dans l'EHPAD B. Huit résidents sur 10 présentent des troubles cognitifs.

La population soignante au moment de l'enquête se compose de 27 personnes: 4 IDE, 17 AS, 4 AMP et 2 élèves infirmiers.

4. Période et déroulement de l'enquête

Après avoir obtenu les autorisations nécessaires auprès de la Direction des soins de chaque établissement, des médecins coordonateurs et des cadres de santé, le questionnaire a été distribué dans les trois établissements.

Les questionnaires ont été remis en main propre à chaque cadre de santé, avec un délai de deux à trois semaines de récupération. Au préalable, nous avons présenté notre sujet de thèse auprès des équipes soignantes lors des temps de transmission. Chaque membre de l'équipe restant libre répondre ou non au questionnaire.

5. Limites de l'enquête

Dans ce travail, nous avons privilégié une approche quantitative et descriptive. Les questionnaires ont été distribués à l'ensemble du personnel soignant des trois établissements ciblés, il n'y a pas eu de tirages au sort de la population. L'échantillon reste faible et dans une région donnée, il n'est par conséquent pas représentatif de la population générale mais permet de donner des tendances sur les trois établissements qui sont assez représentatifs des établissements de l'agglomération de Nancy.

Cette enquête n'est qu'une **photographie d'une population, dans un lieu et à un moment donné**, nous n'aurions peut-être pas le même type de réponses si nous effectuions notre travail ailleurs ou dans quelques années.

Une certaine mesure est à considérer dans les résultats et ses interprétations de part la constitution et les modalités de réponse du questionnaire. Nous avons voulu privilégier une réponse à chaque question quitte à en perdre une certaine nuance et cela dans le but de dégager des orientations générales. Le choix des réponses était proposé et certains répondants ont pu éventuellement être gênés dans le cas où aucune proposition ne lui convenait. Certaines propositions de réponses ont pu être perçues dans leur formulation comme trop générales et amener le répondant à cocher préférentiellement ce type d'item.

III. Résultats

1. Taux de questionnaires restitués

➤ **Taux de restitution total :**

Nous avons obtenu un nombre important de réponses au questionnaire : **78%**, quand nous attendions environ 30% (statistiques générales d'enquête). Ce fort pourcentage témoigne de l'intérêt suscité par ce sujet chez les personnes interrogées.

Nous précisons que nous n'avons pas retenu 7 questionnaires dans cette restitution. Trois d'entre eux provenaient de membres du personnel administratif qui avaient répondu spontanément au questionnaire. Les quatre autres n'étaient remplis que partiellement.

➤ **Restitutions en fonction des EHPAD et des professions :**

Les élèves ont été inclus dans les professions qui leur correspondent. Les professions aides-soignants et aides médico-psychologiques ont été regroupées en raison de leur grande proximité de pratique et aussi pour augmenter la puissance statistique des résultats.

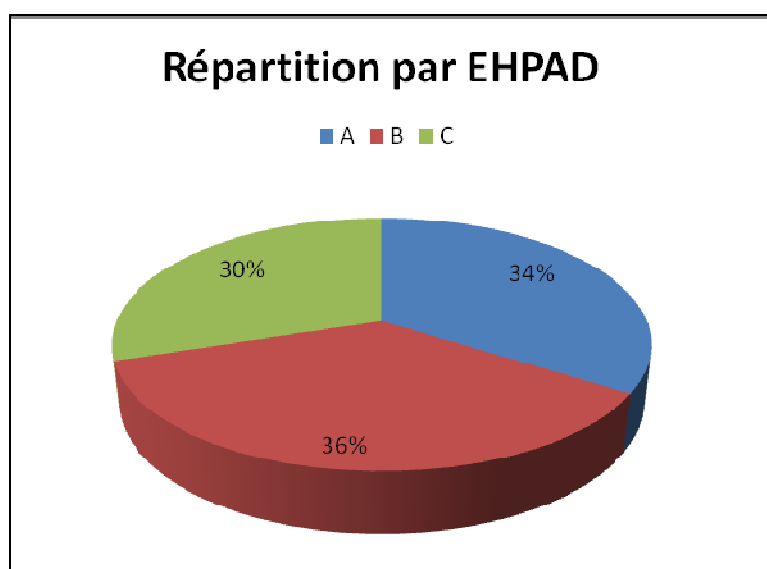
	EHPAD A N=40	EHPAD B N=37	EHPAD C N=27	T N=104
IDE				
Total	19 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	34 (100%)
Restitués	10 (53%)	7 (78%)	6 (100%)	23 (68%)
AS/AMP				
Total	21 (100%)	28 (100%)	21 (100%)	70 (100%)
Restitués	18 (86%)	22 (79%)	18 (86%)	58 (83%)
T restitués	28 (70%)	29 (78%)	24 (89%)	81 (78%)

Nous constatons un taux de restitution de 70% ou plus dans les différents EHPAD. Il est légèrement inférieur dans la profession infirmière et à plus de 80% dans les professions AS/AMP, témoignant d'un intérêt plus prononcé dans la population soignante la plus proche du patient.

2. Description de la population

2.1. Répartition des soignants interrogés en fonction des EHPAD

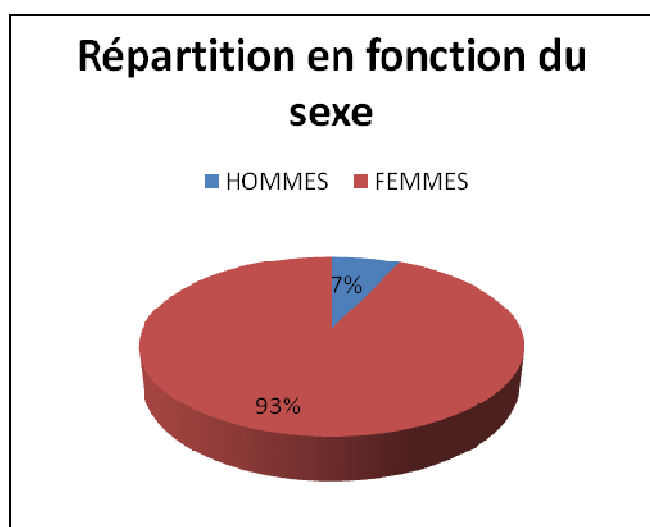
EHPAD	Effectif	Pourcentage
A	28	34%
B	29	36%
C	24	30%
TOTAL	81	100%



La population étudiée se répartit globalement en proportion égale en fonction des établissements.

2.2. Répartition des soignants interrogés en fonction du sexe

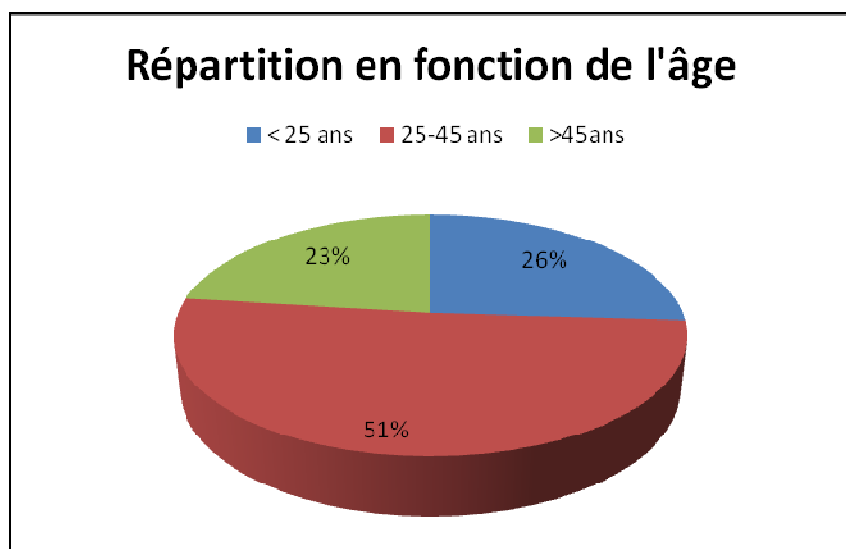
SEXE	Effectif	Pourcentage
Hommes	6	7%
Femmes	75	93%
TOTAL	81	100%



La population étudiée est essentiellement féminine, ce qui nous semble conforme à l'actuelle surreprésentation des femmes dans les professions paramédicales et en particulier des institutions gérontologiques.

2.3. Répartition des soignants interrogés en fonction de l'âge

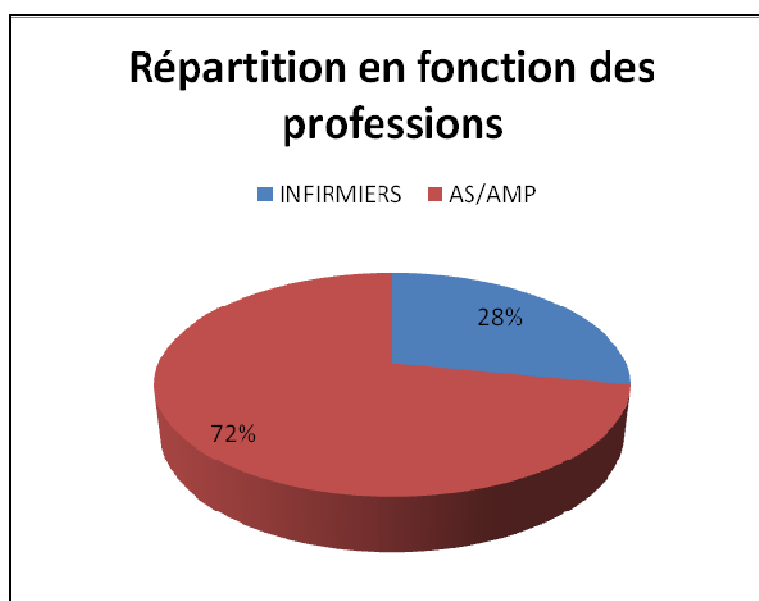
TRANCHE D'AGE	Effectif	Pourcentage
< 25 ans	21	26%
25-45 ans	41	51%
>45ans	19	23%
TOTAL	81	100%



Environ la moitié de l'effectif interrogé se situe dans la tranche d'âge intermédiaire. La moyenne d'âge retrouvée est de 36 ans. Le plus jeune des soignants ayant 18 ans et le plus âgé 61 ans.

2.4. Répartition des soignants interrogés en fonction des professions

PROFESSION	Effectif	Pourcentage
INFIRMIERS	23	28%
AS/AMP	58	72%
TOTAL	81	100%



La répartition de l'effectif interrogé nous semble conforme aux proportions de catégories professionnelles retrouvées dans les institutions gérontologiques notamment depuis que la réforme de la tarification impose la création d'EHPAD, avec un personnel infirmier renforcé mais en nombre encore restreint.

2.5. Selon l'ancienneté

Cette donnée n'ont pas été retenue dans nos résultats car les réponses étaient données soit vis-à-vis de l'ancienneté dans la profession, soit vis-à-vis de l'ancienneté dans l'établissement et devenaient par conséquent inexploitables.

3. Les réponses en fonction de la population générale

3.1. Concernant votre perception de la sexualité en général :

Question n°1 : Pour définir la sexualité, vous diriez que c'est avant tout :

	T N=81	%
Indispensable à l'épanouissement de la personne	39	48%
La continuité de l'amour	34	42%
Essentiellement l'instrument de la procréation	1	1%
Un besoin physique	7	9%

Pour 90% de la population étudiée, la sexualité se définit en priorité dans un cadre relationnel ou nécessaire à un épanouissement personnel. Seul 10% considère sa dimension génitale ou reproductive. Cette donnée peut témoigner en partie du caractère très féminin des soignants interrogés.

Question n°2 : La relation sexuelle est en priorité :

	T N=81	%
Un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel	25	31%
De la tendresse, de l'affection, des caresses	55	68%
Fantasmies, rêves sensuels, auto-érotisme	1	1%

Environ les deux tiers des effectifs citent en priorité l'affectivité pour définir la relation sexuelle. Un peu moins d'un tiers la définit comme un rapport physique.

Question n°3 : Vous trouvez que dans notre société :

	T N=81	%
On parle beaucoup de sexualité	18	22%
On en parle plus qu'avant	47	58%
On n'en parle pas assez	12	15%
Je ne fais pas particulièrement attention au sujet	4	5%

Plus de la moitié des personnes interrogées pense que la sexualité est un sujet plus abordé qu'auparavant. Un peu moins d'un quart pense que ce thème est actuellement largement évoqué. Elle apparaît donc comme un sujet que l'on peut aborder assez librement sans pudeur excessive ou de manière sereine.

Question n°4 : Concernant les pratiques sexuelles différentes (homosexualité, bisexualité, ect...) vous pensez :

	T N=81	%
Chacun vit son intimité comme il l'entend	78	97%
C'est hors norme	2	2%
C'est dérangeant	1	1%
C'est une maladie	0	0

En grande majorité, les personnes interrogées respectent le choix de vie de leur contemporain. Il ne semble exister dans cette population que de très faibles freins vis-à-vis d'une sexualité différente de la norme communément admise.

3.2. Concernant votre perception de la sexualité des personnes âgées en général

Question n°5 : Concernant la sexualité des personnes âgées, vous pensez que :

	T N=81	%
C'est un sujet tabou, on ne doit pas en parler	1	1%
C'est un sujet mineur qui concerne peu de PA	23	28%
C'est un sujet important auquel on ne porte pas assez d'intérêt	55	68%
C'est un sujet essentiel et on en parle de + en +	2	3%

Deux tiers des personnes interrogées considère la sexualité des personnes âgées comme un domaine important nécessitant plus d'attention. Un peu plus d'un quart de l'effectif le considère de moindre importance.

- Question n°6 : La possibilité de rapports sexuels complets et normaux au 3^{ème} âge est selon vous :**

	T N=81	%
Inexistant à cette période de la vie, le désir n'existe plus	0	0
Quasi inexistant à cette période de la vie, le désir s'amointrit	11	13%
Souvent incompatible avec les conditions physiques du 3^{ème} malgré un désir persistant	38	47%
Existe comme à tout âge	32	40%

Environ 90% de l'effectif estime que le désir persiste ou existe malgré l'âge. Si pour 40%, les relations sexuelles sont possibles quelque soit l'âge, 47%, considèrent que les conditions les limitent. A noter que plus d'un dixième des personnes interrogées pense que les personnes âgées n'ont quasiment pas de rapports sexuels.

□ **Question n°7 : Pour vous, l'expression de la sexualité du 3^{ème} âge, c'est :**

	T N=81	%
Ne pas rester seul, partager son intimité, avoir un confident	33	41%
Avoir des attentions mutuelles, des contacts physiques	39	48%
Un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel	6	8%
Fantasmes, rêves sensuels et auto-érotisme	3	3%

Près de 90% des personnes interrogées pensent que la sexualité des personnes âgées s'exprime au travers d'une relation affective ou par des gestes d'affectivité. Un dixième seulement de l'effectif se représente cette expression par de la génitalité ou des fantasmes.

3.3. Concernant votre perception sur la sexualité des personnes âgées en institution

Question n°8 : Les relations sexuelles entre deux résidents consentants est selon vous :

	T N=81	%
Interdit par la loi	0	0
Interdit par le règlement intérieur de l'établissement	1	1%
Je ne sais pas si c'est autorisé au sein de l'établissement	11	13%
Il ne s'agit pas d'un droit mais de l'exercice de sa liberté	69	86%

Si plus de 85% des personnes interrogées envisagent la liberté d'avoir des relations sexuelles au sein de l'établissement, près de 15% de l'effectif pensent que les relations sexuelles entre résidents consentants pourraient y être interdites.

- Question n°9 : Les « situations intimes » chez les personnes âgées dans votre établissement, considérez-vous que cela arrive**

	T N=81	%
Très souvent	0	0
Souvent	6	7%
Parfois	38	47%
Rarement	35	43%
Non Communiqué (NC)	2	3%

Les « situations intimes » chez les personnes âgées sont des situations rares. Nous notons que précédemment la sexualité apparaissait comme un sujet important.

- Question n°10 : Quelle est votre réaction face à ces « situations intimes » :**

	T N=81	%
Vous trouvez cela naturel vous avez fait comme si de rien n'était	47	58%
Vous avez été gêné, ce n'est pas l'endroit	8	9%
Vous avez été embarrassé, ce n'est plus de leur âge	2	3%
Cela vous a interpellé, étonné, et vous a amené à une réflexion	22	27%
NC	2	3%

Plus de la moitié de l'effectif interrogé, considèrent ces situations comme normales, un peu plus d'un quart font part de leur étonnement et un peu plus d'un soignant sur dix se dit incommodé par ces situations. Ce qui témoigne là aussi, d'une certaine ambivalence.

- Question n°11 : Quelles sont celles que vous avez été amenés à rencontrer le plus souvent :**

	T N=81	%
Des situations de masturbations	21	26%
Des situations de couples avec rapports sexuels	0	0
Des situations de couples à connotation sexuelle sans véritable rapport	8	10%
Des situations de couple à connotation affective (flirt)	50	61%
NC	2	3%

Un peu moins de deux tiers des personnes interrogées désignent des situations à connotation affective. L'autre tiers évoque plutôt des situations sur un versant de génitalité. La sexualité apparaît là aussi perçue sous son angle affectif. Son aspect génital apparaît au second plan.

- Question n°12 : Pensez-vous qu'il y a des limites à fixer à la sexualité des personnes âgées en institution :**

	T N=81	%
Non	28	35%
Oui, si la personne est démente	45	56%
Oui, si la famille s'y refuse	5	6%
Oui, autre raison	1	1%
NC	2	2%

Environ un tiers des personnes interrogées pensent qu'il n'y a pas de limites à fixer à la sexualité des personnes âgées. Ils sont plus de la moitié à penser, qu'il doit y avoir une limite si la personne est démente.

- Question n°13 : Trouvez-vous que sur votre lieu de travail, on prend en compte la dimension intime de la vie de la personne âgée :**

	T N=81	%
De la majorité d'entre eux et de manière satisfaisante	9	11%
D'une petite minorité, faute de moyen, de temps	12	15%
Ce n'est pas la préoccupation principale, mais on en parle parfois	51	62%
On n'y prête aucune attention	7	9%
NC	2	3%

Seul un dixième environ des personnes interrogées pensent que la prise en compte de l'intimité des personnes âgées dans le cadre de leur travail est convenable. Dans la partie restante de l'effectif, la grande majorité considèrent qu'il ne s'agit pas d'un domaine prioritaire et le dernier dixième dit n'y prêter aucune attention. Ces résultats apparaissent là aussi, comme contradictoires avec la question relative à la place importante de la sexualité.

Question n°14 : Pour définir votre relation professionnelle avec la personne âgée, vous diriez que :

	T N=81	%
Il faut garder une distance et une neutralité certaine	19	23%
Il faut lui exprimer de l'affection, les toucher	7	9%
La relation doit prendre en compte essentiellement ses besoins physiques	0	0
La relation doit prendre en compte ses besoins physiques, psychiques et sociaux	47	58%
NC	8	10%

Environ un quart des personnes interrogées pensent qu'il faut garder une neutralité certaine dans leur relation professionnelle. Pour plus de la moitié, cette relation doit prendre en compte les dimensions physiques, psychiques et sociales. A remarquer qu'un dixième des soignants n'ont pas répondu à cette question. Ce résultat pourrait soulever la problématique de la formation initiale des soignants.

Question n°15 : Concernant les situations où la personne âgée a cherché à vous toucher :

	T N=81	%
Cela ne me dérange pas, à leur âge ils le font sans arrière pensée	9	11%
C'est leur manière de se montrer aimables, reconnaissants	27	33%
C'est gênant, je n'accepte pas ce geste qui me semble déplacé	27	33%
C'est à défaut d'autres possibilités, d'autres contacts physiques	13	16%
C'est extrêmement choquant, scandaleux, elles doivent se montrer correctes	1	2%
NC	4	5%

Environ un tiers des personnes ayant été confrontées au toucher par la personne âgée trouve cela gênant, déplacé. 44% considère que s'établit une certaine complicité. Enfin, 16% semble se prêter au jeu d'une sexualité de substitution.

- Question n°16 : Pensez-vous que le moment de la toilette soit vécu par certains malades comme un plaisir à connotation sexuelle :**

	T N=81	%
Oui	33	40%
Non	48	60%

4 soignants sur 10 considèrent que le moment de la toilette pourrait être vécu pour les patients comme un plaisir d'ordre sexuel.

- Question n°17 : Vous arrive-t-il de parler de la sexualité des personnes âgées en réunion de synthèse :**

	T N=81	%
Oui, de temps en temps, quand la situation s'y prête	48	59%
Oui, régulièrement, systématiquement	1	2%
Non, ce ne sont pas nos sujets de discussion de travail	22	27%
Non, il me semble difficile de parler de ce sujet	6	7%
NC	4	5%

Environ 60% des soignants évoquent ce sujet en synthèse et dans la grande majorité des cas de temps en temps. Le sujet reste marginal dans les préoccupations des soignants mais ce résultat apparaît encore une fois en contradiction avec certaines réponses qui ont été données précédemment.

Question n°18 : Si on vous proposait une formation sur ce sujet, souhaiteriez-vous y participer :

	T N=81	%
Oui	62	76%
NC	17	21%
NC	2	3%

Environ trois quart des soignants interrogés serait intéressé par une formation sur ce sujet, si elle leur était proposée. Cette dernière réponse témoigne d'une certaine curiosité des soignants concernant cette thématique.

Remarque(s) :

Sur la population des 81 soignants, nous avons constaté six remarques qui étaient les suivantes :

« Il faudrait plus de formation sur ce sujet. », « Les personnes âgées disent que la tendresse leur manque » (cette remarque a été mentionné deux fois), « Un questionnaire complet et correct. », « Un sujet qui a sa place dans l'institution. », « N'a pu répondre à toutes les questions du fait de son peu d'expérience : seulement deux semaines de stage dans l'établissement. »

4. Les réponses en fonction des EHPAD, des professions et des âges

Nous nous proposons dans cette partie d'approfondir nos résultats en fonction des différentes variables précitées. Par souci de clarté, nous ne préciserons ici que les questions pour lesquelles la tendance de la population générale n'a pas été retrouvée. Nous pourrions ainsi affiner notre enquête en pointant les différentes problématiques en fonction des établissements, des métiers ou des classes d'âge.

Les tableaux correspondant à ces résultats apparaissent en annexe afin de ne pas trop alourdir le texte.

4.1. En fonction des EHPAD

Une première différence est constatée dans la perception de la sexualité des personnes âgées en général. Pour un quart de l'effectif de l'EHPAD C, la possibilité de rapports sexuels complets et normaux au 3^{ème} âge (Q6) est quasi inexistante à cette période de la vie alors que la tendance générale et les deux autres établissements cochent cet item pour un dixième environ. A noter que l'EHPAD C, va également considérer ce sujet comme mineur (Q5) à plus de 42% contre environ 25% dans les deux autres institutions.

La deuxième différence notable concerne les situations intimes rencontrées le plus souvent au sein de l'institution (Q11). L'EHPAD A retrouve pour plus de la moitié des situations sur un versant de génitalité caractérisées majoritairement par la masturbation. L'EHPAD B retrouve à 80% des situations de couple à connotation affective. L'EHPAD C suit la tendance générale avec environ deux tiers de situations de « flirt » et un tiers de situations à connotation sexuelle.

La troisième différence se retrouve dans les limites à fixer à la sexualité des personnes âgées en institution (Q12). L'EHPAD B considère qu'il n'y a pas de limite à fixer à 59%, alors qu'ils ne sont que 21% respectivement dans l'EHPAD A et dans l'EHPAD B.

La quatrième différence se situe sur la prise en compte de l'intimité des personnes âgées en institution (Q13). L'EHPAD C voit pour un quart de son effectif cette dimension considérée de manière satisfaisante et pour la majorité des résidents. Les deux autres établissements cochent cet item pour moins de 10% chacun. A noter que seul l'EHPAD C n'a pas coché l'item : « on y prête pas attention ».

La cinquième différence caractérise la définition de la relation professionnelle avec la personne âgée (Q14). L'item décrivant une distance et une neutralité certaine est coché à 22% pour l'EHPAD A, à 14% pour l'EHPAD B et à 38% pour l'EHPAD C. L'item prenant en compte les besoins physiques, psychiques et sociaux sont cochés à 71% pour l'EHPAD A, 55% pour l'EHPAD B et 46% pour l'EHPAD C. A noter que l'EHPAD A a totalement répondu à cette question, l'EHPAD B n'a pas répondu pour un quart de son effectif et l'EHPAD C pour 4% de son effectif.

La dernière différence concerne les situations où la personne âgée a cherché à vous toucher (Q15). La tendance générale retrouve environ un tiers des soignants interrogés qui se sentent gênés. L'EHPAD A évoque cet item à 43% alors qu'ils sont un peu plus d'un quart dans les deux autres établissements. Nous remarquons également que seul l'EHPAD B n'a pas répondu à cette question à 14%.

La dernière différence est retrouvée sur la perception de la toilette par certains malades comme un plaisir à connotation sexuelle (Q16). Ainsi, la tendance générale coche oui à 40%. Cette réponse est donnée pour environ un tiers des effectifs des EHPAD A et B et pour la moitié des effectifs de l'EHPAD C.

4.2. En fonction des professions

Nous rappelons que pour cette comparaison, nous avons regroupé les élèves dans leur profession respective et nous avons également regroupé les AMP avec les AS, leur cursus de formation étant plus proche que celui de la profession infirmière. A noter également, pour faciliter notre exposé, nous nommerons les AS et AMP sous le qualificatif d'aide soignant.

De même que pour les établissements, nous distinguons une première nuance concernant la perception de la sexualité des personnes âgées en général (Q5). Les infirmiers considèrent ce sujet important à plus de 80% alors qu'ils sont un peu plus de 60% pour la profession aide-soignant et cela, en dépit de leur plus grande proximité auprès de la personne âgée. Ces derniers évoquent ce sujet comme mineur pour un tiers de son effectif, ils sont un peu plus de 10% concernant les infirmiers.

De même, pour la question relative à la possibilité de rapports sexuels complets et normaux au 3^{ème} âge (Q6), les aides soignants considèrent qu'elle existe comme à tout âge à 43%, les infirmiers à 30%. Ceux-ci mettent plus en avant les conditions physiques comme incompatibles à ce type de relation avec 57% des réponses, contre 43% chez les aides-soignants, ce qui peut renvoyer à une perception plus médicalisée du sujet.

Concernant la question évoquant les relations sexuelles entre deux résidents consentants au sein de l'institution (Q8), on note une proportion plus élevée de réponses chez les aides-soignants (88%), la qualifiant comme l'exercice de leur liberté, contre 78% des infirmiers.

La question relative à la réaction des soignants face à une « relation intime » chez la personne âgée en institution (Q10), retrouve la gêne ou l'embarras évoquée uniquement dans la profession aide-soignante, à 18% d'entre eux.

De même que pour les différents établissements, on note une légère nuance en fonction des professions concernant une limite à fixer à la sexualité des sujets âgés en institution (Q12). Ainsi, les aides-soignants cochent non à 40% alors que les infirmiers cochent cette même réponse seulement à 23%.

La définition de la relation professionnelle (Q14) montre également certaines particularités. Ainsi, ils sont près d'un tiers des aides-soignants à la qualifier par une distance et une neutralité, contre 5% des infirmiers. Ces derniers cochent en majorité (à 86%), la prise en compte des besoins physiques, psychiques et sociaux contre 55% des aides-soignants. En effet, le contact physique auprès du patient est de nature très différente entre les deux professions.

A la question concernant les réactions face à des situations où la personne âgée a cherché à vous toucher (Q15) se retrouve de la gêne pour plus d'un tiers des aides-soignants, alors qu'elle n'est retrouvée que pour environ un quart des infirmiers.

La toilette (Q16) perçue par certains malades comme un plaisir à connotation sexuelle est coché oui pour un peu moins de la moitié des infirmiers, contre un peu plus d'un tiers des aides-soignants.

Aborder ce sujet en réunion de synthèse (Q17), est coché par oui chez 75% des infirmiers, contre 60% des aides-soignants.

4.3. En fonction des âges

Nous rappelons que pour cette partie, nous avons classé les tranches d'âge de la façon suivante : inférieure à 25 ans (« les plus jeunes »), entre 25 et 45 ans (« la classe intermédiaire ») et supérieure à 45 ans (« les plus âgées » de notre population).

Nous constatons ici une première nuance dans la perception de la sexualité en général en ce qui concerne la définition de la relation sexuelle. Les plus jeunes sont en proportion plus importantes par rapport aux autres tranches d'âge à les considérer comme un rapport charnel. Les moins de 25 ans cochent cet item à 43%, alors qu'ils ne sont que 29% pour les 25-45ans et 21% pour les plus de 45 ans.

Comme en fonction des EHPAD et des professions, la question évoquant la perception de la sexualité des personnes âgées (Q5) trouve quelques nuances en fonction des différentes classes d'âge. Ainsi, presque 80% des plus de 45 ans considère ce sujet important, contre environ 70% des 25-45 ans et environ 60% des plus jeunes.

Nous percevons une nuance également dans la question concernant la possibilité de rapports sexuels complets et normaux au 3^{ème} âge (Q6). C'est plus de la moitié des plus jeunes (52%) qui considère qu'elle existe comme à tout âge contre environ un tiers de la classe intermédiaire et un tiers des plus âgés. De plus, nous constatons qu'environ un quart des plus jeunes qualifie cette

possibilité comme quasi-inexistante contre 12% de la classe intermédiaire et 5% des plus âgés. Les plus jeunes sont également un quart à voir les conditions physiques comme une limite dans ce domaine, alors qu'ils sont la moitié pour les 25-45 ans, et environ deux tiers pour les plus de 45 ans.

En ce qui concerne les relations sexuelles entre deux résidents consentants (Q8), nous constatons que l'item : « je ne sais pas » est coché par environ un quart des plus jeunes. Ils ne sont que 7% à avoir coché cette réponse pour les 25-45 ans et 16% pour les plus de 45 ans.

Dans la question relative aux situations où la personne âgée a cherché à toucher le soignant (Q15), c'est la moitié des plus jeunes qui trouvent cela gênant, alors qu'ils sont 29% chez les 25-45 ans et 28% chez les plus de 45 ans.

La toilette perçue par certains malades comme un plaisir à connotation sexuelle (Q16) est coché oui par moins d'un tiers des plus de 45 ans alors qu'ils sont 43% pour la classe intermédiaire et 44% pour les plus jeunes.

Enfin, le fait d'aborder ce sujet en réunion de synthèse (Q17) est coché oui pour environ trois quart des plus de 45 ans, environ deux tiers des 25-45 ans et environ la moitié des moins de 25 ans.

IV. Discussion

➤ Concernant le regard sur la sexualité en général :

Nous l'avons vu précédemment, définir la sexualité est complexe. Elle est à la fois une donnée psycho-socio-affective, intime, et en même temps, sociale et collective. Pour la population soignante interrogée, la définition de la sexualité privilégie les aspects relatifs à l'épanouissement personnel ou interpersonnel (« continuité de l'amour »). Les aspects génitaux et reproductifs sont rarement cités voir même pas du tout cités pour la tranche d'âge la plus jeune (< 25ans). Ces éléments de l'enquête semblent être en accord avec le changement des mentalités de ces quarante dernières années et notamment sur la dissociation entre sexualité et procréation. En effet, pour Bozon et Bajos [1] au début des années 1970, un véritable conflit opposait les générations sur la question de la sexualité, les individus les plus âgés se caractérisant par une morale traditionnelle avec une opposition aux réformes en cours sur la contraception. Au cours des décennies qui ont suivi, les clivages se sont effacés et il n'y a plus de différences très significatives entre générations en matière d'attitudes.

Pour le personnel soignant interrogé, la relation sexuelle est majoritairement définie sous l'angle émotionnel et affectif délaissant pour un tiers la part physique et fantasmatique. Nous pouvons nous poser la question de l'impact d'une population essentiellement féminine sur cette définition. Ainsi, toujours pour Bozon et Bajos [1], malgré une évolution des mentalités, le rapport à la sexualité n'a pas affecté les femmes et les hommes de la même manière. C'est une valorisation de la sexualité comme expérience individuelle, dissociant clairement sexualité et affectivité, qui s'est confirmée au fil du temps chez les hommes ; les femmes continuent à lui donner du sens dans un cadre principalement relationnel. Cependant, ces singularités de la vie amoureuse et sexuelle en fonction des sexes semblent de moins en moins marquées dans les générations les plus jeunes. Nous avons également constaté que les plus jeunes des personnes interrogées semblaient plus nuancés dans la définition des relations sexuelles indiquant à 57% l'angle affectif et à 43% l'angle physique.

Dans la même perspective d'un changement des mentalités, nous constatons que la majorité de la population interrogée semble respecter le choix de vie de leur contemporain. Concernant

l'homosexualité ou la bisexualité, ils sont 97% à cocher l'item : « chacun vit son intimité comme il l'entend ». Dans l'enquête sur la sexualité en France [1], la majorité des personnes interrogées sur leur opinion à l'égard de l'homosexualité, considère qu'il s'agit d'une sexualité comme une autre. De plus, les auteurs constatent une acceptation plus affirmée dans les jeunes générations et chez les femmes. Il convient donc de rappeler ici la surreprésentation féminine de notre population ainsi que sa moyenne d'âge qui est de 36 ans.

➤ **Concernant le regard sur la sexualité des personnes âgées :**

Nous avons vu dans les résultats de l'enquête que le sujet de la sexualité des personnes âgées devrait faire l'objet d'une plus grande attention. Nous pouvons ici nous questionner sur un éventuel lien entre le constat démographique qui démontre une population en vieillissement constant et une curiosité croissante concernant ses relations intimes. Pour les soignants interrogés, il semble que la sexualité en général soit un sujet de plus en plus abordé dans notre société. Le profil démographique se modifiant vers une population qui vit plus longtemps, dans de meilleures conditions et avec des normes socioculturelles moins réprobatoires, il nous semble probable que ce thème fasse l'objet d'un intérêt accru dans les années à venir.

Nous avons vu que les personnes âgées entre 45 et 65 ans semblaient être en proportion plus nombreuses à qualifier ce sujet comme important. En reprenant les données de l'enquête CSF [1], les auteurs indiquent que dans cette tranche d'âge, « les attitudes à l'égard de la sexualité ne sont plus marquées par le conservatisme caractérisé par les personnes interrogées en 1970 et donc de leurs aînés ». Selon les mêmes auteurs, le profil de cette population a été profondément marqué par les changements de ces dernières décennies : la prise en charge de la ménopause, l'accroissement de l'autonomie des femmes, une plus grande mobilité conjugale, la diffusion progressive de la contraception et l'irruption du sida. Cet intérêt plus prononcé peut éventuellement être en lien avec le fait que cette tranche d'âge a été plus directement marquée par cette période de « révolution sexuelle » que leurs cadets. Elle semble vouloir poursuivre une sexualité active avec l'avancée en âge. Une autre hypothèse serait d'évoquer le fait qu'étant plus âgés que leurs collègues, ils seraient naturellement plus intéressés par ce sujet.

Il nous semble que la population interrogée considère que les personnes âgées ont encore un désir sexuel. Celui-ci persiste ou existe comme à tout âge. Ces données vont à l'encontre des stéréotypes considérant la disparition voire l'impossibilité d'une sexualité chez les sujets vieillissants. Les résultats sont nuancés en fonction des âges interrogés. Dans la population la plus jeune, ils sont en proportion plus élevée à considérer que la possibilité de rapports sexuels existe comme à tout âge. Aussi, cet élément viendrait corroborer les propos cités précédemment dans la perception de la sexualité en général, qui indiquent un effacement des clivages entre les générations depuis les années 1970. Le fait que les différences en matière d'attitude ne soit plus significative au fil des générations, pourrait expliquer que les plus jeunes soient plus nombreux à considérer une sexualité des plus âgées qui leur ressemble. Malgré cela, la tendance générale de la population interrogée semble mettre en avant le vieillissement physique comme obstacle à des rapports sexuels normaux et complets. Nous avons effectivement vu dans les données de la littérature que cet aspect peut être un frein dans ce domaine. Toutefois, les auteurs s'accordent à dire que le vieillissement physiologique ne peut être à lui seul un obstacle à une sexualité satisfaisante, les aspects psychologiques et sociologiques semblent avoir des places prédominantes dans ce contexte. Ils évoquent également la capacité d'adaptation en acceptant d'abandonner « certaines prétentions antérieures », de passer à une sexualité pulsionnelle à une sexualité de complicité.

Cette nécessaire « adaptation » semble être reconnue par le personnel soignant interrogé. La plupart mettent en avant l'affectivité dans l'expression de la sexualité des personnes âgées plutôt que la génitalité. Toutefois, cette mise en avant du côté affectif a déjà été évoquée précédemment dans la perception de la sexualité en général et comme nous l'avons vu dans les données de la littérature. La définition de la sexualité du sujet âgé, quel que soit l'âge du soignant, ne renvoie-t-elle pas à sa propre définition et à son investissement subjectif des composantes génitales et affectives ? Ces derniers éléments semblent cependant rejoindre les données de la littérature disant que la sexualité des plus âgés est reconnue et approuvée quand elle est clairement reliée à l'affection partagée.

➤ Concernant le regard sur la sexualité des personnes âgées en institution :

Nous l'avons vu dans les résultats, la majeure partie des soignants évoque les relations sexuelles entre deux résidents consentants comme l'exercice de leur liberté. Du point de vue juridique, ce principe gouverne effectivement les activités sexuelles avec néanmoins, le respect d'autrui comme limite. Cependant, il peut se concevoir que cette « liberté » ne soit pas perçue de manière évidente en prime abord. Les spécificités de l'institution font qu'il est parfois difficile de se représenter un EHPAD comme un équivalent logement ou tout simplement, ne pas en avoir la connaissance par manque d'expérience ou de connaissance. Cela viendrait éventuellement expliquer la proportion plus importante des plus jeunes de la population interrogée qui coche l'item « je ne sais pas... ».

Les relations intimes des personnes âgées au regard des soignants interrogés paraissent peu fréquentes. Les qualificatifs les plus souvent retrouvés sont « rarement » ou « parfois ». Cela viendrait donc corroborer l'hypothèse de Laforestrie et Geoffre [43] supposant que les personnes âgées voulant à tout prix se conformer à l'image du vieux à l'hôpital, ne s'autorisent pas des relations sexuelles à l'intérieur de l'institution.

Environ la moitié des soignants interrogés, quand ils sont confrontés à ces relations intimes, trouvent cela naturel. L'autre moitié évoque l'étonnement, la gêne ou l'embarras. Ces dernières réactions sont retrouvées dans les données de la littérature. Elles nous posent question car nous avons vu dans les questions précédentes que les soignants considéraient la sexualité des personnes âgées comme l'exercice de leur liberté ou encore que ce sujet était important et nécessiterait plus d'intérêt. Par là, et pour certains soignants, nous pouvons évoquer la même hypothèse retrouvée dans les études: les soignants reconnaissent qu'une sexualité chez la personne âgée en institution existe, mais quand ils se trouvent confrontés à une situation intime, leur comportement est à l'opposé du discours qu'ils tiennent. Il est remarquable de constater dans les résultats que seuls les aides-soignants témoignaient de la gêne ou de l'embarras. Nous avons pu voir précédemment que ces professionnels étaient en nombre plus important que les infirmières. De part les spécificités de leur métier, ils sont nécessairement plus longtemps et de

manière plus rapprochée au contact des résidents. Nous pouvons voir ici une explication possible à ces réactions.

Les manifestations affectives sans connotation sexuelle semblent être les situations les plus rencontrées par les soignants. Cela ne semble pas être le cas en fonction des établissements. Nous rappelons que l'EHPAD A met au même niveau de fréquence les situations de masturbations et les situations affectives ; l'EHPAD B voit pour moins d'un dixième les manifestations auto-érotiques et pour 80% les situations de « flirt ». Il nous semble que ces différences pourraient s'expliquer par des disparités en termes de degré de dépendance des résidents en fonction des établissements. En effet, les manifestations auto-érotiques peuvent éventuellement être le fait de troubles cognitifs ou encore de l'isolement et de la solitude (un résident confiné au lit de part son état physique par exemple). A l'inverse, la prédominance de situations de flirt, nous fait évoquer l'hypothèse de résidents « plus autonomes », établissant des relations avec ses pairs.

Plus de la moitié des soignants évoquent la démence comme une limite à fixer à la sexualité des personnes âgées en institution. Cet élément n'est également pas retrouvé en fonction des établissements. Ce sont 7 soignants sur 10 dans les EHPAD A et C qui évoquent les troubles cognitifs contre un peu moins de 3 soignants sur 10 dans l'EHPAD B. Ici et comme sur le précédent point, nous nous posons la question de la proportion de personnes âgées « démentes » d'un établissement à l'autre. L'hypothèse est qu'une institution qui compte moins de résidents atteints de démence, évoquera moins ces troubles dans les limites à fixer. Ce point nous semble délicat car les syndromes démentiels chez les sujets âgés posent la question du consentement dans leurs relations intimes. Nous l'avons vu précédemment une infraction sexuelle se caractérise par la conscience de l'acte d'une personne à l'égard d'une autre non consentante. Or dans ce contexte, l'évaluation du consentement paraît difficile. Faut-il pour autant interdire toutes relations dès lors que la personne n'a pas la pleine conscience de ses actes ? Cette problématique se retrouve dans les institutions accueillant des personnes souffrant de troubles mentaux.

Pour environ 9 soignants sur 10, l'intimité des personnes âgées en institution n'est pas prise en compte de manière satisfaisante. Aussi, une légère différence entre les établissements est retrouvée avec notamment un quart des soignants de l'EHPAD C qui considère cette dimension prise en compte de manière convenable. Si certaines nuances existent entre les différents établissements en matière d'architecture et de services hôteliers, ces facteurs ne semblent pas être

majoritaires dans la prise en compte de l'intimité. Il s'agirait donc de mettre davantage en avant le contexte institutionnel et ses spécificités dans ce domaine. Cela rejoint les données de la littérature indiquant que la chambre en institution oscille entre plusieurs statuts qui sont contradictoires: celui d'un équivalent logement, d'une espace semi-professionnel et enfin d'un statut d'extension de l'espace institutionnel.

Environ un quart des soignants évoquent en priorité la distance et la neutralité dans leur relation soignant-soigné et cette dimension nous semble être plus évoquée chez les aides-soignants. Les différents établissements paraissent également nuancés en ce qui concerne cette question : l'EHPAD A évoque la neutralité pour un peu moins d'un quart des soignants, l'EHPAD B pour 14% et l'EHPAD C pour environ un tiers. A noter également que cette question contient le plus de non réponse du questionnaire. Nous avons vu dans les données de la littérature que depuis les années 1990, le personnel soignant est encouragé à prendre en compte les besoins physiques, psychologiques, émotionnels, sociaux et spirituels du malade. Il nous semble que la disparité des résultats et le grand nombre de non réponse à cette question témoignent des difficultés rencontrées par les soignants dans leur relation particulière avec la personne âgée. Nous avons vu la part de l'ambivalence des sentiments et des émotions pénibles engendrés par la représentation des parents, le vieillissement, et la déchéance physique ou mentale [63]. La distanciation est alors mise en place comme un moyen défensif, voire comme une négation de la persistance des possibilités d'érotisation des relations [43].

Nous retrouvons ces difficultés dans la question suivante où environ un tiers des soignants se disent gêné par le toucher des personnes âgées. Là aussi, des disparités sont rencontrées en fonction des établissements et ce sont les plus jeunes et les aides-soignants qui cochent cet item en plus grande proportion. Concernant ces deux dernières populations, il nous semble que la novicité et la proximité dans les soins induisent ce complexe ajustement gestuel et relationnel avec les personnes âgées. Cette question a peut être été interprétée par certains dans le sens d'un comportement sexuel manifeste d'un résident à leur égard et nous avons vu dans les données de la littérature, les difficultés rencontrées par les soignants pour parler de ce type de comportement.

La question suivante relative à la toilette des personnes âgées vient en corolaire des précédentes. Ainsi, pour 6 soignants sur 10, elle n'est pas vécue par certains résidents comme un plaisir à connotation sexuelle. L'EHPAD C et les infirmiers sont plus nuancés en cochant cet item à 50%.

La toilette est de l'ordre de l'intime et met en œuvre la dimension sexuée dans la relation soignant-soigné. Toucher pour le soin n'est certes pas toucher par plaisir et il est impossible de former un savoir-être stéréotypé reproductible à l'identique [36]. Ces pourcentages de réponse semblent témoigner de l'ambivalence caractéristique à ce soin et la proportion plus importante de non nous fait évoquer la dimension maternante et infantilissante utilisée comme moyen de défense des soignants. A l'inverse de nos résultats, l'enquête de Richard et Lalu-Fraisse [64] retrouve 65% des soignants estimant la toilette comme un moment de plaisir à connotation sexuelle. Les personnes âgées interrogées dans cette même étude ne considèrent jamais ce soin comme un moment agréable. Il nous semble au vu de ce dernier élément que le malaise est réciproque dans la relation soignant-soigné. Cette déplaisante sensation lors des soins n'est-elle pas le témoin d'un corps sexué ?

Plus de la moitié des soignants disent évoquer la sexualité des personnes âgées en réunions cliniques, mais quand la situation s'y prête et ce sont les plus jeunes et les aides-soignants qui cochent cet item en proportion moins importante. Au vu de ces résultats, il nous semble que la sexualité ne soit plus totalement un sujet tabou, mais le fait qu'elle ne soit évoquée que lorsque la situation s'y prête semble nuancer ce propos. Selon P. Pitaud [65], au lieu d'être anticipées, ces questions sont souvent abordées dans l'urgence, de manière violente et uniquement en termes de problématique. Il semble que les professionnels qui sont le plus en contact avec les résidents sont ceux qui évoquent le moins ce sujet en réunion. La prise en compte de la dimension affective et sexuelle des personnes âgées en institution rencontre encore quelques obstacles en ce sens qu'elle ne paraît pas abordée de manière spontanée et en dehors d'un cadre équivoque.

Un peu plus de 7 soignants sur 10 accepteraient une formation sur ce sujet si elle leur était proposée. Nous pouvons y voir ici et dans le fort taux de réponse au questionnaire, une demande certaine de la part des équipes soignantes devant cette problématique.

V. Quelques éléments de réflexion

➤ Réflexion autour d'une approche psychodynamique

Nous pouvons donc conclure que les éléments de l'enquête retrouvent des réponses qui sont empruntées de l'évolution des mentalités et marquées par le caractère féminin de notre population. Les réponses retrouvées sont souvent contrastées voire contradictoires témoignant de l'ambivalence des soignants envers cette thématique. Les soignants les plus jeunes et les plus exposés à la sexualité des personnes âgées apparaissent comme les plus défensifs à ce sujet. Cela témoigne de la persistance d'un certain tabou dans ce domaine, envisager la sexualité des personnes âgées reste difficile car elles restent perçues comme des parents : c'est le **fantasme de la scène primitive** qui prend ici toute son ampleur. Dans les croyances les plus importantes on retient bien sûr l'idée que nos parents et nos grands-parents n'ont jamais eu de sexualité. En voulant être honnête avec nous même, nous préférons penser que notre naissance relève d'une conception divine.... Pour les soignants, la problématique revient plus dans la spécificité du rapport soignant-soigné avec le sujet vieillissant ou encore d'un regard des plus jeunes sur des plus âgés. De part sa nature assurant le nursing par des plus jeunes pour des plus âgés se trouve réactivé le **fantasme d'inversion des générations** décrit par Jones en 1913 [39]. L'auteur a analysé un processus suivant lequel « au fur et à mesure que l'enfant grandit, il s'imagine que sa position par rapport à ses parents s'invertit ». Il finit par se croire le vrai parent de son père et de sa mère, c'est-à-dire l'équivalent de son grand-père. Pour Jones, ce fantasme tire son origine de la conviction narcissique de l'immortalité personnelle, étendue aux personnes aimées par le moi. Mais il a aussi d'autres fondements : ce sont les pulsions du type maternel qui inspirent le désir de soigner les parents aimés, et les pulsions de haine envers un ou les deux parents. Ce fantasme est présent dans le cours de la croissance de l'enfant, ainsi que dans son attitude ultérieure d'adulte à l'égard des enfants en général et des siens propres. Pour Charazac [9] [10], plusieurs exigences internes et externes imposent d'étouffer la composante hostile de ce fantasme. C'est en premier lieu, la civilisation, et plus particulièrement le devoir et l'idéal pour la génération active d'assurer à ses aînés une vieillesse heureuse et digne. Cette prohibition répond aussi à un motif narcissique fondé sur la loi du talion : l'adulte renonce à satisfaire ses désirs hostiles parce qu'il redoute que ses propres enfants se conduisent d'une manière aussi cruelle

envers lui lorsqu'il sera à son tour devenu vieux. Mais assurément, ces désirs sont d'autant plus dangereux et interdits qu'ils visent en la personne du vieillard un être faible, imaginativement ou réellement sans défense. Pour l'auteur, cette crainte de la tentation est considérée comme la source la plus certaine d'un tabou du vieillard. Ainsi, l'hostilité est déplacée sur des objets de substitution. Quand les parents âgés entrent en institution, c'est sur l'équipe soignante que le déplacement se fera de façon privilégiée, mais un mécanisme identique s'opère également chez les soignants du fait de l'identification à leur propre parent. Dans les relations famille-soignants, le déplacement de l'ambivalence est source fréquente de conflits. A ces déplacements s'associent des formations réactionnelles qui prennent la forme de conduites ou de protestations de dévouement, et mettent en rivalité famille et soignants. L'analyse du fantasme du renversement de l'ordre des générations permet de considérer que l'ambivalence à l'égard des parents âgés et le tabou du vieillard tient de la sexualité infantile et des attitudes oedipiennes [5]. Cette conclusion ne doit pas nous surprendre, puisque dans les Trois essais sur la théorie de la sexualité, Freud observait déjà que : « l'amour filial apparemment non sexuel et l'amour sexuel s'alimentent aux mêmes sources ; c'est-à-dire que l'amour filial n'est qu'une fixation infantile de la libido ». Par conséquent, quiconque intervient en tant que soignant auprès des personnes âgées ne peut manquer des attitudes individuelles ou collectives d'ambivalence qui naissent autour d'elles. L'intérêt manifesté et l'acceptation de participer à des formations sur ce sujet viendrait donc comme une demande implicite des soignants à pouvoir mieux gérer les sources d'angoisse et de défense devant des situations anxiogènes qui entravent la mise en acte des soins dans la sérénité [5].

La question de la vie affective des personnes âgées en établissement rentre dans le cadre législatif. Il est important de noter que le droit à l'**intimité** est rappelé dans la charte des droits et liberté de la **personne âgée** dépendante (Annexe). L'enjeu est de garantir à la personne âgée en institution quelque soit son âge et ou sa **pathologie**, le respect de sa vie privée. Il s'agit là d'éviter à chacun toute entrave à une vie affective. Toutefois ce principe rencontre souvent des obstacles ou des difficultés que nous nous proposons d'aborder.

➤ **L'intimité :**

Nous l'avons vu dans les données de la littérature et dans le cadre de l'enquête, la prise en compte de l'intimité en institution reste une problématique importante. Il semble évident que les conditions architecturales et le service hôtelier d'un établissement tiennent une part non négligeable dans ce domaine mais cette analyse ne paraît pas suffisante. Le contexte institutionnel en lui-même semble rester une limite à la prise en compte de cette dimension. Pour T. Darnaud, les institutions d'hébergement gériatriques ont pour mission d'accompagner les vieux jours des personnes âgées dépendantes mais en veillant continuellement sur elles. Cette impossible mission se solde très souvent par la mise en œuvre de pratiques qui interdisent toute place à l'intime puisque rien ne doit échapper à la surveillance des professionnels. Nous avons vu aussi que les personnes âgées entrant en institution présentent souvent une dégradation de leur état de santé ou l'apparition d'une dépendance qui nécessite inévitablement des soins constituant en quelques sortes différentes effraction de leur sphère intime (toilettes, aide pour se déplacer...) Il semble cependant qu'un espace physique et psychologiques d'intimité doit pouvoir leur être réservé. Certains auteurs [24] [25] se sont questionnés sur l'éventuelle mise en place d'une « chambre d'intimité » qui constituerait une solution novatrice pour satisfaire les attentes des résidents souhaitant avoir une activité intime. Une chambre pourrait être destinée aux résidents qui voudraient se retirer dans un endroit pour avoir des échanges sexuels. L'examen des arguments favorables et défavorables à la chambre d'intimité soulève un certain nombre de paradoxes. En effet, comment concilier la spontanéité souhaitable pour un épanouissement sexuel et une programmation de l'acte sexuel lors de la réservation et l'utilisation de la chambre d'intimité ? La personne âgée en institution n'est-elle pas déjà en possession d'une chambre qui, nous le rappelons, du point de vue législatif correspond à son domicile ? Le caractère antinomique que nous avons vu précédemment sur la chambre des résidents ne se retrouverait-il pas dans cette « chambre d'intimité » ? Quelle part d'intimité peut-il y avoir dans un endroit où chacun sait ce qu'il s'y passe ? Ne serait-ce pas plutôt un manque d'intimité et de pudeur de voir rentrer deux résidents puis de les voir sortir après un certain temps tout en sachant pertinemment leurs intentions et ce qu'ils ont éventuellement entrepris dans ce lieu « clos ». Surtout, il semble que ce type de chambre ne règle finalement pas la problématique d'intimité de manière générale que nous avons citée plus haut, mais semble uniquement se focaliser dans le cadre de rapports physiques entre résidents. Quelles solutions peuvent alors être apportées dans ce domaine ? Pour

Colson [20], il y a les premières règles, qui nous sont d'ailleurs communes à tous, de respect d'autrui qu'il ne faut jamais perdre de vue (le fait de frapper avant d'entrer dans une chambre par exemple). L'auteur cite également quelques aménagements concernant les différents soins. Discuter au préalable une toilette qui doit se faire par un soignant trop jeune ou encore de sexe opposé... Divers points précis discutés en équipe peuvent certainement préserver et favoriser l'intimité de la personne âgée, mais il nous semble également important de considérer une attitude générale au sein de l'institution. Ainsi, selon Ribes [63], il faut pouvoir préserver des espaces secrets dans ce type d'établissement. L'auteur n'évoque pas ici des « chambres d'intimité » comme nous avons pu le voir précédemment, mais il suppose le principe qu'il faut prendre le risque de ne pas tout contrôler.

➤ **La personne âgée :**

Nous l'avons vu dans les données de la littérature ainsi que dans les résultats de l'enquête, il semble que les personnes âgées aient des difficultés à s'autoriser des relations intimes ou affectives à l'intérieur de l'institution. Le vécu de solitude va rester caché, avouer qu'un désir persiste à l'entourage semble difficile en raison d'une certaine honte ou de la peur d'être mal jugé. Les problématiques de sexualité restent également peu abordées par les personnes âgées auprès du personnel soignant et médical, sans doute pour les mêmes raisons. Pour Ribes [63], il est important d'informer les équipes quant à ces différents facteurs qui peuvent être un obstacle à l'expression de la sexualité chez les sujets vieillissants. Il convient donc d'être à l'écoute de demandes qui parfois se font de manière implicites. Pour l'auteur, il paraît également important que les soignants puissent encourager cette dynamique relationnelle afin de valoriser l'image de la personne âgée (proposer des soins de beauté ou esthétique par exemple). En cas de demandes d'aide émanant des personnes âgées concernant la sexualité, il convient bien évidemment aux soignants et aux médecins de ne pas tourner celle-ci en ridicule et d'entreprendre une prise en charge sans a priori mais adaptée à l'âge du patient. Cette démarche paraît d'autant plus importante que des moyens médicaux existent dans ce domaine. L'implication de facteurs psychologiques est toujours présente et peut bénéficier d'une prise en charge [4].

Il semble important de préciser qu'il appartient à tous, de ne pas transformer un stéréotype culturel ancien : la sexualité disparaît avec le grand âge, en un autre tout aussi faux, imposant la vision que tout vieillard doit être sexuellement superactif pour exister. De nombreuses personnes âgées vivent bien sans activité sexuelle. Il faut aussi éviter d'être trop directif et d'imposer à ces personnes un objectif qu'ils ne peuvent, ni ne veulent atteindre. Dans ce domaine, il convient de proposer à chaque personne âgée une réponse individuelle correspondant à ses besoins particuliers [4].

➤ **La pathologie :**

Dans un premier temps, nous aborderons cette question dans le cadre des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs importants et plus particulièrement en ce qui concerne les troubles du comportement sexuel.

Nous l'avons vu dans les données de la littérature [20], la plupart des comportements sexuels inappropriés dans le cadre des syndromes démentiels, résultent de retentissements sur la sphère sexuelle d'un défaut d'analyse du contexte ou de la prise en compte des sentiments des autres. Il nous semble que la prise en charge de ces comportements pose de difficiles problèmes, du fait des questions éthiques qui se posent et des conflits d'intérêt qui peuvent opposer le bien-être du patient, celui des autres résidents et du personnel soignant [21]. Nous nous proposons donc de décrire quelques stratégies de prise en charge sur lesquelles se sont penchés quelques auteurs.

Pour G. Demoures G [18], la prise en charge institutionnelle apparaît essentielle dans ce type de situation. Au préalable, il est nécessaire de connaître le diagnostic de la maladie ainsi que les troubles qui en résultent et d'en informer les différents membres de l'équipe soignante. Cela permettra de reconnaître le caractère pathologique de certaines conduites afin de ne porter aucun jugement de valeur. Il convient d'avoir suffisamment de recul et de distance, sur l'expression d'une sexualité qui peut étonner. Il est important de protéger les équipes des tentations de moquerie, des risques de rejet qui conduisent à la maltraitance. Il faut adopter des stratégies de soins spécifiques et favoriser la formation et les lieux de parole.

Dans la prise en charge du trouble en lui même, certains auteurs préconisent un approche psycho-comportementale. Ainsi, pour C. Derouesne [20] [21], Il est nécessaire de réduire les stimulations sexuelles (magazines, télévision...) et de mettre, si possible, un soignant masculin auprès des patients difficiles. Si cela n'est pas possible, mieux vaut pratiquer une rotation du personnel pour limiter le stress de chacun. Il est également nécessaire de favoriser l'intimité des patients et, lorsque la sévérité de la démence le permet, d'établir un contrat thérapeutique avec le patient au sujet de son comportement, précisant ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Avant de s'engager dans une pharmacothérapie il est important de réduire la iatrogénie en équilibrant par exemple un traitement par L-Dopa ou anticholinestérasique qui induisent souvent ce trouble. En cas d'hypersexualité vraie, c'est-à-dire d'augmentation de la libido, un traitement par les antiandrogènes peut être utile. La réduction de l'activité générale repose sur l'utilisation de neuroleptiques sédatifs ou de benzodiazépines. Cependant, ces médicaments peuvent parfois, à faible dose, provoquer une réaction inverse. L'utilisation de régulateurs de comportement peut aussi être utile, notamment en cas d'agressivité associée, mais leur tolérance est variable chez les sujets déments.

Devant ce type de comportements, il est également important de protéger les autres résidents du risque d'intrusion dans leur propre intimité. Il convient donc d'éviter que certains patients puissent entrer dans cet espace privé que représente la chambre ; de les prévenir de possibles agressions verbales ou encore des gestes non consentis.

Il convient bien évidemment de considérer la prise en charge familiale, en expliquant à l'entourage que certains comportements sont liés à la pathologie. Cela est fait dans le but de protéger l'entourage d'une image dévalorisante que lui envoie son parent.

Dans un second temps, nous aborderons la question des relations intimes qui pourraient intervenir entre deux résidents atteints de troubles cognitifs. Nous avons constaté qu'il existait un vide juridique induisant une certaine ambiguïté dans la prise en charge de ces situations. Le problème se retrouve quand une personne est en situation de handicap. En ce qui concerne les personnes âgées, une situation de dépendance physique peut induire le même questionnement. Que faire alors lorsque deux adultes handicapés physiques souhaitent qu'on les couche ensemble, nus, dans

un même lit ? Qu'une personne dépendante désire aller voir un(e) prostitué(e) ? Qu'un homme, marié et vivant en institution sans son épouse, noue une relation avec une résidente ? Faut-il intervenir ? Interdire ? Nous pouvons imaginer les risques encourus aux intermédiaires d'être poursuivis pour incitation à la débauche, racolage, voire proxénétisme. Dans ce contexte, le collectif « Handicap et sexualités » a noué, dès 2007, des contacts avec les pouvoirs publics autour d'une revendication précise : la mise en place d'un « accompagnement sexuel ou affectif » [65]. Ce type d'assistance existant aux Pays-Bas, au Danemark, en Allemagne et en Suisse. Il consiste à prodiguer des prestations sexuelles aux personnes handicapées en contrepartie d'une rémunération. Cette solution permettrait, selon nombres d'associations de personnes handicapées, de lever l'hypocrisie en fournissant un environnement juridique sécurisé pour que les personnes dépendantes qui le souhaitent puissent accéder à la sexualité. Ainsi, les enjeux de définition, la corrélation avec la prostitution et les différents enjeux législatifs que cela engendre rendent complexes la légalisation de cette profession. En dernier point et toujours dans un contexte de troubles cognitifs, se pose la question de l'attitude à adopter quand deux personnes âgées souhaitent se remarier après une première union respective. Les questions dans ce domaine peuvent donc être posées sans avoir actuellement de réponse.

Conclusion

Au terme de ce travail, nous pouvons constater que les questions mises en avant par les soignants concerne davantage les spécificités relatives à leur relation soignant-soigné. Cette dernière réveillerait des conflits oedipiens dans lesquels fantasme de la scène primitive et fantasme de l'inversion des générations sont en toile de fond. L'acceptation de participer à des formations sur le sujet, nous paraît comme une demande implicite à pouvoir mieux s'ajuster dans une relation si particulière avec la personne âgée. Le tabou semble donc persister en ce qui concerne la sexualité des personnes âgées et de ce fait les relations intimes apparaissent reléguer au second plan aux yeux des soignants. Difficile donc pour les personnes âgées de s'autoriser à s'épanouir dans ce domaine.

Il nous paraît intéressant de confronter, dans le cadre de perspectives ultérieures, le point de vue des personnes âgées à celui des soignants. D'autant plus que l'évolution des mentalités risque d'apporter des modifications importantes dans les conduites sexuelles des futures générations de personnes âgées. Les personnes âgées d'hier ne sont pas celles d'aujourd'hui et encore moins celles de demain. Reste que les implications sont grandes. Les papy-boomers sont acteurs de la société avec un poids politique, social et économique. L'espérance de vie a beaucoup progressé, ce qui fait que la durée du 3^{ème} âge est aujourd'hui plus longue que celle de l'enfance. Plus encore c'est l'allongement de la durée de vie sans incapacité ou en tout cas avec retardement des manifestations des incapacités, qui représente un grand changement. Il est alors peu probable que ces données viennent contrebalancer le tabou de la sexualité des personnes âgées qui n'existe en réalité que chez leurs enfants. Il est possible d'imaginer dans l'avenir, quand la proportion femmes hommes s'équilibrera, un plus grand nombre de couples déjà formés ou se constituant. Il sera alors possible d'étudier les modifications de leur dynamique, induite par le grand âge. La sexualité n'étant qu'une composante parmi d'autre.

Bibliographie

1. **Bajos N. et Bozon M.**, *La sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008.
2. **Beguin A.M., Malaquin-Pavan E.**, *Comment aborder la sexualité auprès des patients*. Soins gériatologiques, 2009, n°78, p25-26.
3. **Beguin A.M.**, *Une clinique de l'intime pour un soin réciproquement adapté*. Soins gériatologiques, 2009, n°78, p27.
4. **Belmin J.**, *Sexualité et avance en âge*. Soins gériatologiques, 1999, n°18, p4-6.
5. **Bouvel B.**, *A propos de quelques cas cliniques de maltraitance aux personnes âgées*. Mémoire pour la capacité de Gériatologie, 1999, 93p.
6. **Bozon M.**, *Sociologie de la sexualité*, Armand colin, Paris, 2009.
7. **Bruen P.D., McGeown W.J., Shanks M.F., Venneri A.**, *Neuroanatomical correlates of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease*. Brain 2008; 131, p2455-2463.
8. **Burns A., Jacoby R., Levy R.**, *Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease*. Br J Psychiatry 1990; 157, p86-94.
9. **Charazac P.**, *Tabou du vieillard et fantasme de renversement de l'ordre des générations*. L'évolution psychiatrique, 1983, 48, 4, p25-39.
10. **Charazac P.**, *Vieillesse et conflit oedipien*. Psychothérapie du patient âgé et de sa famille. Dunod-Paris, 1998, 169p.
11. **Chartres J.P. ; Tignol J.**, *Difficultés et déviations sexuelles chez les personnes âgées*. Psychologie médicale, 1989, 21,8 ; p1071-1076.
12. **Colson M.H.**, *Sexualité et vieillissement*, Gériatologie et société, 1997, n°82, p106-119.
13. **Courtois R.**, *Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches*. Ann.Méd-Psychol. 1998 ; 156 ; n°9 : 613-620.
14. **Daydé M.C.**, *Intimité et sexualité du sujet âgé à domicile, le rôle de l'infirmière libérale*. Soins gériatologiques, 2009, n°78, p34.

15. **Delbès C., Gaymu J.**, *Aspects démographiques du grand âge*. *Gérontologie et société*, 2001, n°98, p11-22.
16. **Delbès C., Gaymu J.**, *La vie sexuelle à l'orée de la vieillesse*. *Gérontologie et société*, 1997, n°82, p120-135.
17. **De Medeiros K., Rosenberg P.B., Onvike C.J.**, *Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care*. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008; 26, p370-377.
18. **Demoures G.**, *Sexualité et démence en institution sous le regard d'une équipe en EHPAD*. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 2006 ; n°31, p10-14.
19. **Derouesne C.**, *Sexualité et démence*. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 2005 ; 3, p281-290.
20. **Derouesne C.**, *Comportements dits d'hypersexualité et démences*. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 2009 ; 7, p101-108.
21. **Derouesne C., Guignot J, Chermat V., Winchester N., Lacomblez L.**, *Sexual behavioural changes in Alzheimer disease*. *Alzheimer Dis Ass Disord*, 1996; 10, p86-92.
22. **Dionne H.**, *De l'intimité à l'intimidation. Le harcèlement sexuel à l'égard des soignants*. *Gérontologie et société*, 2007, n° 122, p139-144.
23. **Dupont F., Eloi T.**, *L'érotisme au masculin dans la Rome antique*. Paris, Belin, 2001.
24. **Dupras A.**, *La chambre d'intimité en institution. Innovation et paradoxes*. *Gérontologie et société*, 2007, n° 122, p107-124.
25. **Dupras A.**, *La sexualité en institution psychiatrique, les avantages et les limites d'une politiques*. *L'Information psychiatrique*, 1998 ; n°7, p693-698.
26. **Durieux M.**, *Les mots des soignants pour dire la sexualité des « vieux »*. *Gérontologie et société*, 1997, n°82, p161-173.
27. **Eynard C.**, *La chambre comme espace d'intimité*. *Gérontologie et société*, 2007, n° 122, p85-89.
28. **Foucault M.** ; *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, Tel Gallimard, 1976.

29. **Foucault M.** ; *Histoire de la sexualité II, L'usage des plaisirs*, Tel Gallimard, 1984.
30. **Foucault M.** ; *Histoire de la sexualité III, Le souci de soi*, Tel Gallimard, 1984.
31. **Freud S.** ; *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, Paris, 1987.
32. **Freud S.** ; *Totem et tabou*, Payot, Paris, 1965.
33. **Garnier Delamare**, *le Dictionnaire illustré des termes de Médecine*, Maloine, Paris, 2006.
34. **Giami A.**, *De Kinsey au sida. L'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives*. Sciences sociales et santé, 1991, n°4, p 23-55.
35. **Griner-Abraham V.**, *Désir et sexualité au fil du vieillissement*. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie, 2010 ; 10, p162-167.
36. **Hardy L.**, *Sexualité des personnes âgées...attention tabou !*. Doc'Animation en gérontologie, 2004, n°4, p33-35.
37. **Holstensson L., Rioufot M.O.**, *Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution*, Paris, Masson, 2000.
38. **Hummel C.**, *Représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes et des octogénaires*. Gérontologie et société, 2001, n°98, p239-252.
39. **Jones E.**, *Le fantasme du renversement de l'ordre des générations (1913)*. In : Théorie et pratique de la psychanalyse, trad A. Stonck, Paris, Payot, 1969, p372-377.
40. **Joubert C.**, *La sexualité de l'âge : la voie de l'intégration, de la sublimation ou de la régression*. Neurologie Psychiatrie Gériatrie, 2003, n°26, p26-29.
41. **Kinsey A.C.**, Pomeroy W.B., Martin C.E., *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1948; traduction française, *Le Comportement sexuel de l'homme*, Paris, Edition du Pavois, 1948.

42. **Kinsey A.C.**, Pomeroy W.B., Martin C.E., *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1953; traduction française, *Le Comportement sexuel de la femme*, Paris, Edition du Pavois, 1954.
43. **Laforestrie R., Geoffre C.**, *Sexualité en institution gériatrique et formation du personnel*. *Gérontologie et société*, 1997, n°82, p174-185.
44. **Le Goff J.**, *Le refus du plaisir, in Amour et sexualité en Occident*. Paris, Seuil, 1991, p177-192.
45. **Lindau St, et al.** *A study of sexuality and health among older adults in the United States*. *N Engl J Med*, 2007; 357, p762-764.
46. **Maintier C.**, *La sexualité, un besoin naturel méconnu*. *Doc'Animation en gérontologie*, 2004, n°4, p30-32.
47. **Malaquin-Pavan E.**, *Savoir questionner les situations cliniques d'intimité et de sexualité vécues*. *Soins gérontologiques*, 2009, n°78, p28-31.
48. **Malaquin-Pavan E.**, *Posture soignante en question*. *Soins gérontologiques*, 2009, n°78, p21.
49. **Malaquin-Pavan E.**, *Etre veuve, un vécu de femme à apprivoiser autrement*. *Soins gérontologiques*, 2009, n°78, p32-33.
50. **Martin J.P.**, *Sexualité et grand âge : ou la plainte du sexe passé 60ans*. *Doc'Animation en gérontologie*, 2004, n°4, p36-39.
51. **Masters W.H. et Johnson V.E.**, *Human Sexual Reponse*, Boston, Little Brown and Co, 1966; traduction française, *Les Réactions sexuelles*, Paris, Robert Laffont, 1968.
52. **Mémin C.**, *Sexualité et affectivité de la personne âgée*. *Soins gérontologiques*, 1999, n°18, p8-12.
53. **Mémin C.**, *Sexualité, affectivité, sensorialité et grand âge*. *Gérontologie et société*, 2001, n°98, p189-196.

54. **Mendez M.F., Chen A.K., Shapira J.S., Miller B.L.,** *Acquired sociopathy and frontotemporal dementia. Dement Geriatr Cogn Disord*, 2005; 20, p99-104.
55. **Michon F., Varakine J.,** *Réflexions avec les étudiants en soins infirmiers autour de la pudeur et de l'intimité chez la personne âgée. Soins gériatriques*, 2009, n°78, p35-36.
56. **Miller B.L., Darby A.L., Swartz J.R., Yener G.G., Mena I.,** *Dietary changes: compulsions and sexual behavior in frontotemporal degeneration. Dementia*, 1995; 6, p195-199.
57. **Moësan I.,** *Quel devenir pour le couple confronté au traumatisme cumulatif de la maladie d'Alzheimer ? Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2010 ; 10, p168-172.
58. **Parent A.,** *Le vieillissement démographique. Chronique d'un tsunami annoncé. Gériatrie et société*, 2007, n°123, p135-152.
59. **Picq P. ;** *Le Sexe, l'Homme et l'Evolution*, Odile Jacob, 2009.
60. **Postel J.,** *Dictionnaire de la Psychiatrie*, Larousse, Paris, 2006.
61. **Py B.,** *Le sexe et le droit*, PUF, Paris, 1999.
62. **Renaud O., Lefebvre V., Bodak A.,** *Les troubles du comportement sexuel du sujet âgé. Soins gériatriques*, 1999, n°18, p17-19.
63. **Ribes G., Quiquandon A., Gaucher J., Sagne A.,** *Intimité, Sexualité et Institution gériatrique. La revue francophone de gériatrie et de gériatrie*, 2008, 147, p398-402.
64. **Richard D., Lalu-Fraisse A.,** *Enquête sur la sexualité et l'affectivité en long séjour. Soins gériatriques*, 1999, n°18, p13-16.
65. **Sédrati-Dinet C.,** *Sexualité, la fin d'un tabou ? Actualités sociales hebdomadaires*, 2010 ; n°2671, p38-41.
66. **Seninger J.L., Rengade C.,** *Aspects medico-légaux de la relation sexuelle entre patients en institution psychiatrique. Synapse*, 2006, n°221, p22-26.
67. **Simeone I., Abraham G.,** *Introduction à la psychogériatrie*, SIMEP éditions, 1984.

68. **Souchon S.**, *Processus de vieillissement et sexualité*. Soins gérontologiques, 2009, n 78, p22-24.
69. **Spira A., Bajos N., Leridon H., Bozon M., Riandley B.**, *Analyse des comportements sexuels en France (ACSF)*, 2007.
70. **Staszuloneck Hinard S.**, *Le droit d'aimer jusqu'à la fin*. Soins gérontologiques, 1999, n 18, p21-22.
71. **Talpin J.M., Hugonnet C., Ploton L., Gaucher J., Israël L.**, *Narcissisme et sexualité chez les sujets âgés*. Gérontologie et société, 1997, n 82, p139-145.
72. **Thibaud A. et Hanicotte C.**, *Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ?* Gérontologie et société, 2007, n  122, p125-137.
73. **Trincaz J.**, *Paroles de jeunes sur la sexualité des vieux*. Gérontologie et société, 1997, n 82, p146-160.
74. **Trivalle C.**, *La sexualité du sujet âgé*. Neurologie Psychiatrie Gériatrie, 2006 ; n 31, p7-9.
75. **Trivalle C.**, *Littérature et sexualité des personnes âgées*. Neurologie Psychiatrie Gériatrie, 2006 ; n 31, p19-22.
76. **Vézina J. ; Cappeliez, Landreville**, *Psychologie gérontologique*, G. Morin, 1994.
77. **Waynberg J.**, *Vieillir, sans cesser de jouir ? Des idées reçues à l'ingérence du pouvoir médical*. Neurologie Psychiatrie Gériatrie, 2006 ; n 31, p15-18.

Annexes

I. Questionnaire

VOTRE REGARD SUR LA SEXUALITE DE LA PERSONNE AGEE EN INSTITUTION :

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de doctorat de médecine, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire anonyme.

En vous remerciant de votre collaboration.

Docteur Bruno Bouvel, unité intersectorielle de Gériopsychiatrie, Centre Psychothérapique de Nancy.

Dorothée Crivelli, interne de DES de Psychiatrie.

Age :

Sexe :

Fonction :

Ancienneté :

CONSIGNE : COCHER **LA** CASE QUI SE RAPPROCHE LE PLUS DE VOTRE EXPERIENCE OU DE VOTRE OPINION

Concernant votre perception sur la sexualité en général :

1) Pour définir la sexualité, vous diriez que c'est avant tout:

- indispensable à l'épanouissement de la personne
- la continuité de l'amour
- essentiellement l'instrument de la procréation
- un besoin physique

- 2) La relation sexuelle est en priorité:
- un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel
 - de la tendresse, de l'affection, des caresses
 - fantasmes, rêves sensuels, autoérotisme
- 3) Vous trouvez que dans notre société :
- on parle beaucoup de sexualité
 - on en parle plus qu'avant
 - on n'en parle pas assez
 - je ne fais pas particulièrement attention au sujet
- 4) Concernant les pratiques sexuelles différentes (homosexualité, bisexualité, etc...) vous pensez que :
- chacun vit son intimité comme il l'entend
 - c'est hors norme
 - c'est dérangeant
 - c'est une maladie

Concernant votre perception sur la sexualité des personnes âgées en général :

- 5) Concernant la sexualité des personnes âgées, vous pensez que :
- c'est un sujet tabou, on ne doit pas en parler
 - c'est un sujet mineur, il ne concerne qu'une faible proportion des personnes du 3^{ème} âge
 - c'est un sujet important auquel on ne porte pas assez d'intérêt
 - c'est un sujet essentiel et on n'en parle de plus en plus

6) La possibilité de rapports sexuels complets et normaux au 3^{ème} âge est selon vous :

- inexistant à cette période de la vie, le désir n'existe plus
- quasi inexistant à cette période de la vie, le désir s'amointrit
- souvent incompatible avec les conditions physiques du 3^{ème} âge malgré un désir persistant
- existe comme à tout âge

7) Pour vous, l'expression de la sexualité du 3^{ème} âge, c'est :

- ne pas rester seul, avoir un confident, partager son intimité
- avoir des attentions mutuelles, des contacts physiques (peau à peau)
- un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel
- fantasmes, rêves sensuels et autoérotisme

Concernant votre perception sur la sexualité des personnes âgées en institution :

8) Les relations sexuelles entre deux résidents consentants est selon vous :

- interdit par la loi
- interdit par le règlement intérieur de l'établissement
- je ne sais pas si c'est autorisé au sein de l'établissement
- il ne s'agit pas d'un droit mais de l'exercice de sa liberté

9) Les « situations intimes » chez les personnes âgées dans votre établissement, considérez-vous que cela arrive :

- très souvent
- souvent
- parfois
- rarement

10) Quel est votre réaction face à ses « situations intimes » :

- vous trouvez cela naturel vous avez fait comme si de rien était
- vous avez été gêné(e), vous pensez que ce n'est pas l'endroit
- vous avez été embarrassé(e), ce n'est plus de leur âge
- cela vous a interpellé, étonné, et vous amené à une réflexion

11) Quelles sont celles que vous avez été amené à rencontrer le plus souvent :

- Des situations de masturbations
- Des situations de couples avec rapports sexuels
- Des situations de couples à connotation sexuelle mais sans véritable rapport
- Des situations de couple à connotation affective (« flirt »)

12) Pensez-vous qu'il y a des limites à fixer relatives à la sexualité des personnes âgées en institution :

- non
- oui, si la personne est démente
- oui, si la famille du résident s'y refuse
- oui, pour d'autre(s) raison(s) ; laquelle : _____ ou lesquelles :

13) Trouvez-vous que sur votre lieu de travail, on prend en compte la dimension intime de la vie de la personne âgée :

- de la majorité d'entre eux et de manière satisfaisante
- d'une petite minorité, faute de moyen, de temps
- ce n'est pas la préoccupation principale, mais on en parle parfois
- on n'y prête aucune attention

14) Pour définir votre relation professionnelle avec la personne âgée, vous diriez :

- il faut garder une distance et une neutralité certaine
- il faut lui exprimer de l'affection, les toucher
- la relation doit prendre en compte essentiellement ses besoins physiques
- la relation doit prendre en compte ses besoins physiques, psychiques et sociaux

15) Concernant les situations où la personne âgée a cherché à vous toucher :

- cela ne vous dérange pas, à leur âge ils le font sans arrière pensée
- c'est leur manière de se montrer aimables, reconnaissants
- c'est gênant, je n'accepte pas ce geste qui me semble déplacé
- c'est à défaut d'autres possibilités, d'autres contacts physiques
- c'est extrêmement choquant, scandaleux, elles doivent se montrer correctes

16) Pensez-vous que le moment de la toilette soit vécu par certains malades comme un plaisir à connotation sexuelle :

- oui
- non

17) Vous arrive-t-il de parler de la sexualité des personnes âgées en réunion de synthèse :

- oui, de temps en temps, quand la situation s'y prête
- oui, régulièrement, systématiquement
- non, ce ne sont pas nos sujets de discussion de travail
- non, il me semble difficile de parler de ce sujet

18) Si on vous proposait une formation sur ce sujet, souhaiteriez-vous y participer :

oui

non

Remarque(s), proposition(s), autre :

Ce questionnaire doit être rendu au plus tard le

Nous vous remercions pour votre collaboration à ce travail.

II. Tableaux des résultats

□ Question n°1 : Pour définir la sexualité, vous diriez que c'est avant tout :

➤ Total et par EHPAD :

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Indispensable à l'épanouissement de la personne	15 (53%)	14 (48%)	10 (42%)	39 (48%)
La continuité de l'amour	10 (36%)	14 (48%)	10 (42%)	34 (42%)
Essentiellement l'instrument de la procréation	0	1 (4%)	0	1 (1%)
Un besoin physique	3 (11%)	0	4 (16%)	7 (9%)

➤ En fonction des professions :

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=58
Indispensable à l'épanouissement de la personne	14 (61%)	25 (43%)
La continuité de l'amour	6 (26%)	28 (48%)
Essentiellement l'instrument de la procréation	1 (4%)	0
Un besoin physique	2 (9%)	5 (9%)

➤ En fonction de l'âge :

	< 25 ans N=21	25-45 ans N=41	>45ans N=19
Indispensable à l'épanouissement de la personne	11 (52%)	16 (39%)	12 (63%)
La continuité de l'amour	10 (48%)	20 (49%)	4 (21%)
Essentiellement l'instrument de la procréation	0	1 (2%)	0
Un besoin physique	0	4 (10%)	3 (16%)

Question n°2 : La relation sexuelle est en priorité :

➤ Total et par EHPAD :

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel	7 (25%)	12 (41%)	6 (25%)	25 (31%)
De la tendresse, de l'affection, des caresses	21 (75%)	17 (59%)	17 (71%)	55 (68%)
Fantasmés, rêves sensuels, auto-érotisme	0	0	1 (4%)	1 (1%)

➤ En fonction des professions :

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=58
Un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel	7 (30%)	18 (31%)

De la tendresse, de l'affection, des caresses	15 (65%)	40 (69%)
Fantasmés, rêves sensuels, auto-érotisme	1 (4%)	0

➤ **En fonction de l'âge :**

	< 25ans N=21	25-45ans N=41	>45ans N=19
Un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel	9 (43%)	12 (29%)	4 (21%)
De la tendresse, de l'affection, des caresses	12 (57%)	29 (70%)	14 (74%)
Fantasmés, rêves sensuels, auto-érotisme	0	0	1 (5%)

□ **Question n°3 : Vous trouvez que dans notre société :**

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
On parle beaucoup de sexualité	6 (21%)	7 (24%)	5 (21%)	18 (22%)
On en parle plus qu'avant	15 (54%)	19 (66%)	13 (54%)	47 (58%)
On n'en parle pas assez	5 (18%)	2 (7%)	5 (21%)	12 (15%)
Je ne fais pas particulièrement attention au sujet	2 (7%)	1 (3%)	1 (4%)	4 (5%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=58
On parle beaucoup de sexualité	6 (26%)	12 (21%)
On en parle plus qu'avant	16 (69%)	31 (53%)
On n'en parle pas assez	1 (4%)	11 (19%)
Je ne fais pas particulièrement attention au sujet	0	4 (7%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=21	25-45ans N=41	>45ans N=19
On parle beaucoup de sexualité	6 (29%)	9 (22%)	3 (16%)
On en parle plus qu'avant	11 (52%)	23 (56%)	13 (68%)
On n'en parle pas assez	3 (14%)	6 (15%)	3 (16%)
Je ne fais pas particulièrement attention au sujet	1 (5%)	3 (7%)	0

Question n°4 : Concernant les pratiques sexuelles différentes (homosexualité, bisexualité, ect...) vous pensez :

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Chacun vit son intimité comme il l'entend	26 (93%)	28 (97%)	24 (100%)	78 (97%)
C'est hors norme	2 (7%)	0	0	2 (2%)
C'est dérangent	0	1 (3%)	0	1 (1%)
C'est une maladie	0	0	0	0

➤ **Par profession**

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=58
Chacun vit son intimité comme il l'entend	23 (100%)	55 (95%)
C'est hors norme	0	2 (3%)
C'est dérangent	0	1 (2%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=21	25-45ans N=41	>45ans N=19
Chacun vit son intimité comme il l'entend	20 (95%)	39 (95%)	19 (100%)
C'est hors norme	1 (5%)	1 (2%)	0
C'est dérangent	0	1 (3%)	0

Question n°5 : Concernant la sexualité des personnes âgées, vous pensez que :

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
C'est un sujet tabou, on ne doit pas en parler	0	1 (3%)	0	1 (1%)
C'est un sujet mineur qui concerne peu de PA	7 (25%)	6 (21%)	10 (42%)	23 (28%)
C'est un sujet important auquel on ne porte pas assez d'intérêt	21 (75%)	22 (76%)	12 (50%)	55 (68%)
C'est un sujet essentiel et on en parle de + en +	0	0	2 (8%)	2 (3%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=58
C'est un sujet tabou, on ne doit pas en parler	0	1 (2%)
C'est un sujet mineur qui concerne peu de PA	3 (13%)	20 (34%)
C'est un sujet important auquel on ne porte pas assez d'intérêt	19 (83%)	36 (62%)
C'est un sujet essentiel et on en parle de + en +	1 (4%)	1 (2%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=21	25-45ans N=41	>45ans N=19
C'est un sujet tabou, on ne doit pas en parler	1 (5%)	0	0

C'est un sujet mineur qui concerne peu de PA	7 (33%)	12 (29%)	4 (21%)
C'est un sujet important auquel on ne porte pas assez d'intérêt	13 (62%)	28 (69%)	14 (74%)
C'est un sujet essentiel et on en parle de + en +	0	1 (2%)	1 (5%)

- Question n°6 : La possibilité de rapports sexuels complets et normaux au 3^{ème} âge est selon vous :

➤ Total et par EHPAD :

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Inexistant à cette période de la vie, le désir n'existe plus	0	0	0	0
Quasi inexistant à cette période de la vie, le désir s'amointrit	3 (11%)	2 (6%)	6 (26%)	11 (13%)
Souvent incompatible avec les conditions physiques du 3 ^{ème} malgré un désir persistant	14 (50%)	15 (52%)	9 (37%)	38 (47%)
Existe comme à tout âge	11 (39%)	12 (42%)	9 (37%)	32 (40%)

➤ Par profession :

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=58
Quasi inexistant à cette période de la vie, le désir s'amointrit	3 (13%)	8 (14%)
Souvent incompatible avec les conditions physiques du 3 ^{ème} malgré un désir persistant	13 (57%)	25 (43%)

Existe comme à tout âge	7 (30%)	25 (43%)
-------------------------	---------	----------

➤ En fonction de l'âge :

	<25ans N=21	25-45ans N=41	>45ans N=19
Quasi inexistant à cette période de la vie, le désir s'amointrit	5 (24%)	5 (12%)	1 (5%)
Souvent incompatible avec les conditions physiques du 3 ^{ème} malgré un désir persistant	5 (24%)	21 (51%)	12 (63%)
Existe comme à tout âge	11 (52%)	15 (37%)	6 (32%)

□ Question n°7 : Pour vous, l'expression de la sexualité du 3^{ème} âge, c'est :

➤ Total et par EHPAD :

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Ne pas rester seul, partager son intimité, avoir un confident	13 (46%)	9 (31%)	11 (46%)	33 (41%)
Avoir des attentions mutuelles, des contacts physiques	9 (32%)	19 (66%)	11 (46%)	39 (48%)
Un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel	3 (11%)	1 (3%)	2 (8%)	6 (8%)
Fantasmés, rêves sensuels et auto-érotisme	3 (11%)	0	0	3 (3%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=58
Ne pas rester seul, partager son intimité, avoir un confident	9 (39%)	24 (41%)
Avoir des attentions mutuelles, des contacts physiques	19 (44%)	29 (50%)
Un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel	4 (17%)	2 (4%)
Fantasmes, rêves sensuels et auto-érotisme	0	3 (5%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=21	25-45ans N=41	>45ans N=19
Ne pas rester seul, partager son intimité, avoir un confident	9 (43%)	16 (39%)	8 (42%)
Avoir des attentions mutuelles, des contacts physiques	11 (52%)	20 (49%)	8 (42%)
Un rapport charnel pouvant aboutir à un orgasme mutuel	0	4 (10%)	2 (11%)
Fantasmes, rêves sensuels et auto-érotisme	1 (5%)	1 (2%)	1 (5%)

Question n°8 : Les relations sexuelles entre deux résidents consentants est selon vous :

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Interdit par la loi	0	0	0	0
Interdit par le règlement intérieur de l'établissement	1 (3%)	0	0	1 (1%)
Je ne sais pas si c'est autorisé au sein de l'établissement	5 (18%)	4 (14%)	2 (8%)	11 (13%)
Il ne s'agit pas d'un droit mais de l'exercice de sa liberté	22 (79%)	25 (86%)	22 (92%)	69 (86%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=58
Interdit par la loi	0	
Interdit par le règlement intérieur de l'établissement	0	1 (2%)
Je ne sais pas si c'est autorisé au sein de l'établissement	5 (22%)	6 (10%)
Il ne s'agit pas d'un droit mais de l'exercice de sa liberté	18 (78%)	51 (88%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=21	25-45ans N=41	>45ans N=19

Interdit par le règlement intérieur de l'établissement	0	1 (2%)	0
Je ne sais pas si c'est autorisé au sein de l'établissement	5 (24%)	3 (7%)	3 (16%)
Il ne s'agit pas d'un droit mais de l'exercice de sa liberté	16 (76%)	37 (91%)	16 (84%)

Question n°9 : Les « situations intimes » chez les personnes âgées dans votre établissement, considérez-vous que cela arrive :

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Très souvent	0	0	0	0
Souvent	1 (4%)	3 (10%)	2 (8%)	6 (7%)
Parfois	9 (32%)	16 (55%)	13 (54%)	38 (47%)
Rarement	18 (64%)	9 (32%)	8 (34%)	35 (43%)
NC	-	1 (3%)	1 (4%)	2 (3%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=22	Aides-soignants N=57
Souvent	1 (5%)	5 (9%)
Parfois	8 (36%)	30 (53%)
Rarement	13 (59%)	22 (39%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=20	25-45ans N=41	>45ans N=18
Très souvent	0	0	0
Souvent	2 (10%)	3 (7%)	1 (5%)
Parfois	10 (50%)	18 (44%)	10 (56%)
Rarement	8 (40%)	20 (49%)	7 (39%)

□ **Question n°10 : Quelle est votre réaction face à ces « situations intimes » :**

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Vous trouvez cela naturel vous avez fait comme si de rien n'était	16 (57%)	19 (66%)	12 (50%)	47 (58%)
Vous avez été gêné, ce n'est pas l'endroit	4 (14%)	1 (3%)	3 (13%)	8 (9%)
Vous avez été embarrassé, ce n'est plus de leur âge	0	2 (6%)	0	2 (3%)
Cela vous a interpellé, étonné, et vous a amené à une réflexion	8 (29%)	6 (22%)	8 (33%)	22 (27%)
NC	-	1 (3%)	1 (4%)	2 (3%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=22	Aides- soignants N=57
Vous trouvez cela naturel vous avez fait comme si de rien n'était	12 (55%)	35 (61%)
Vous avez été gêné, ce n'est pas l'endroit	0	8 (14%)
Vous avez été embarrassé, ce n'est plus de leur âge	0	2 (4%)
Cela vous a interpellé, étonné, et vous a amené à une réflexion	10 (45%)	12 (21%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=20	25-45ans N=41	>45ans N=18
Vous trouvez cela naturel vous avez fait comme si de rien n'était	11 (55%)	27 (66%)	9 (50%)
Vous avez été gêné, ce n'est pas l'endroit	2 (10%)	5 (12%)	1 (6%)
Vous avez été embarrassé, ce n'est plus de leur âge	0	1 (2%)	1 (6%)
Cela vous a interpellé, étonné, et vous a amené à une réflexion	7 (35%)	8 (20%)	7 (38%)

Question n°11 : Quelles sont celles que vous avez été amenés à rencontrer le plus souvent :

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Des situations de masturbations	13 (46%)	2 (7%)	6 (25%)	21 (26%)
Des situations de couples avec rapports sexuels	0	0	0	0
Des situations de couples à connotation sexuelle sans véritable rapport	2 (8%)	3 (10%)	3 (13%)	8 (10%)
Des situations de couple à connotation affective (flirt)	13 (46%)	23 (80%)	14 (58%)	50 (61%)
NC	-	1 (3%)	1 (4%)	2 (3%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=22	Aides- soignants N=57
Des situations de masturbations	7 (32%)	14 (24%)
Des situations de couples à connotation sexuelle sans véritable rapport	3 (14%)	5 (9%)
Des situations de couple à connotation affective (flirt)	12 (54%)	38 (67%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=20	25-45ans N=41	>45ans N=18
Des situations de masturbations	4 (20%)	12 (29%)	5 (28%)

Des situations de couples à connotation sexuelle sans véritable rapport	1 (5%)	4 (10%)	3 (17%)
Des situations de couple à connotation affective (flirt)	15 (75%)	25 (61%)	10 (55%)

- Question n°12 : Pensez-vous qu'il y a des limites à fixer à la sexualité des personnes âgées en institution :**

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EPHAD B N=29	EPHAD C N=24	T N=81
Non	6 (21%)	17 (59%)	5 (21%)	28 (35%)
Oui, si la personne est démente	20 (71%)	8 (28%)	17 (71%)	45 (56%)
Oui, si la famille s'y refuse	2 (7%)	2 (7%)	1 (4%)	5 (6%)
Oui, autre raison	0	1 (3%)	0	1 (1%)
NC	-	1 (3%)	1 (4%)	2 (2%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=22	Aides-soignants N=57
Non	5 (23%)	23 (40%)
Oui, si la personne est démente	15 (68%)	30 (53%)
Oui, si la famille s'y refuse	1 (5%)	4 (7%)
Oui, autre raison	1 (5%)	0

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=20	25-45ans N=40	>45ans N=19
Non	8 (40%)	12 (30%)	8 (42%)
Oui, si la personne est démente	12 (60%)	23 (58%)	10 (53%)
Oui, si la famille s'y refuse	0	4 (10%)	1 (5%)
Oui, autre raison	0	1 (2%)	0

- Question n°13 : Trouvez-vous que sur votre lieu de travail, on prend en compte la dimension intime de la vie de la personne âgée :**

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
De la majorité d'entre eux et de manière satisfaisante	2 (7%)	1 (3%)	6 (25%)	9 (11%)
D'une petite minorité, faute de moyen, de temps	4 (14%)	4 (15%)	4 (17%)	12 (15%)
Ce n'est pas la préoccupation principale, mais on en parle parfois	18 (65%)	20 (69%)	13 (54%)	51 (62%)
On n'y prête aucune attention	4 (14%)	3 (10%)	0	7 (9%)
NC	-	1 (3%)	1 (4%)	2 (3%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=22	Aides-soignants N=57
De la majorité d'entre eux et de manière satisfaisante	3 (14%)	6 (10%)
D'une petite minorité, faute de moyen, de temps	3 (14%)	9 (16%)
Ce n'est pas la préoccupation principale, mais on en parle parfois	14 (63%)	37 (65%)
On n'y prête aucune attention	2 (9%)	5 (9%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=20	25-45ans N=40	>45ans N=19
De la majorité d'entre eux et de manière satisfaisante	3 (15%)	5 (12%)	1 (5%)
D'une petite minorité, faute de moyen, de temps	3 (15%)	6 (15%)	3 (16%)
Ce n'est pas la préoccupation principale, mais on en parle parfois	13 (65%)	25 (63%)	13 (68%)
On n'y prête aucune attention	1 (5%)	4 (10%)	2 (11%)

- Question n°14 : Pour définir votre relation professionnelle avec la personne âgée, vous diriez que :**

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Il faut garder une distance et une neutralité certaine	6 (22%)	4 (14%)	9 (38%)	19 (23%)
Il faut lui exprimer de l'affection, les toucher	2 (7%)	2 (7%)	3 (12%)	7 (9%)
La relation doit prendre en compte essentiellement ses besoins physiques	0	0	0	0
La relation doit prendre en compte ses besoins physiques, psychiques et sociaux	20 (71%)	16 (55%)	11 (46%)	47 (58%)
NC	-	7 (24%)	1 (4%)	8 (10%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=22	Aides-soignants N=51
Il faut garder une distance et une neutralité certaine	1 (5%)	18 (35%)
Il faut lui exprimer de l'affection, les toucher	2 (9%)	5 (10%)
La relation doit prendre en compte ses besoins physiques, psychiques et sociaux	19 (86%)	28 (55%)

➤ En fonction de l'âge :

	<25ans N=21	25-45ans N=35	>45ans N=17
Il faut garder une distance et une neutralité certaine	5 (24%)	11 (31%)	3 (18%)
Il faut lui exprimer de l'affection, les toucher	2 (9%)	3 (9%)	2 (12%)
La relation doit prendre en compte essentiellement ses besoins physiques	0	0	0
La relation doit prendre en compte ses besoins physiques, psychiques et sociaux	14 (67%)	21 (60%)	12 (70%)

Question n°15 : Concernant les situations où la personne âgée a cherché à vous toucher :

➤ Total et par EHPAD :

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EPHAD C N=24	T N=81
Cela ne me dérange pas, à leur âge ils le font sans arrière pensée	5 (18%)	2 (7%)	2 (8%)	9 (11%)
C'est leur manière de se montrer aimables, reconnaissants	7 (25%)	9 (31%)	11 (46%)	27 (33%)
C'est gênant, je n'accepte pas ce geste qui me semble déplacé	12 (43%)	8 (27%)	7 (29%)	27 (33%)
C'est à défaut d'autres possibilités, d'autres contacts physiques	3 (11%)	6 (21%)	4 (17%)	13 (16%)

C'est extrêmement choquant, scandaleux, elles doivent se montrer correctes	1 (3%)	0	0	1 (2%)
NC	-	4 (14%)	-	4 (5%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=22	Aides-soignants N=55
Cela ne me dérange pas, à leur âge ils le font sans arrière pensée	3 (14%)	6 (11%)
C'est leur manière de se montrer aimables, reconnaissants	8 (36%)	19 (35%)
C'est gênant, je n'accepte pas ce geste qui me semble déplacé	6 (27%)	21 (38%)
C'est à défaut d'autres possibilités, d'autres contacts physiques	5 (23%)	8 (14%)
C'est extrêmement choquant, scandaleux, elles doivent se montrer correctes	0	1 (2%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=21	25-45ans N=38	>45ans N=18
Cela ne me dérange pas, à leur âge ils le font sans arrière pensée	1 (5%)	5 (13%)	3 (17%)
C'est leur manière de se montrer aimables, reconnaissants	7 (33%)	16 (42%)	4 (22%)
C'est gênant, je n'accepte pas ce geste qui me semble déplacé	11 (52%)	11 (29%)	5 (28%)
C'est à défaut d'autres possibilités, d'autres contacts physiques	2 (10%)	5 (13%)	6 (33%)

C'est extrêmement choquant, scandaleux, elles doivent se montrer correctes	0	1 (3%)	0
--	---	--------	---

- Question n°16 : Pensez-vous que le moment de la toilette soit vécu par certains malades comme un plaisir à connotation sexuelle :

➤ Total et par EHPAD :

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Oui	11 (39%)	10 (35%)	12 (50%)	33 (40%)
Non	17 (61%)	19 (65%)	12 (50%)	48 (60%)

➤ Par profession :

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=58
Oui	11 (48%)	22 (38%)
Non	12 (52%)	36 (62%)

➤ En fonction de l'âge :

	<25ans N=21	25-45ans N=41	>45ans N=19
Oui	9 (43%)	18 (44%)	6 (32%)
Non	12 (57%)	23 (56%)	13 (68%)

- Question n°17 : Vous arrive-t-il de parler de la sexualité des personnes âgées en réunion de synthèse :

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Oui, de temps en temps, quand la situation s’y prête	15 (54%)	18 (62%)	15 (62%)	48 (59%)
Oui, régulièrement, systématiquement	0	0	1 (4%)	1 (2%)
Non, ce ne sont pas nos sujets de discussion de travail	7 (25%)	10 (35%)	5 (21%)	22 (27%)
Non, il me semble difficile de parler de ce sujet	4 (14%)	1 (3%)	1 (4%)	6 (7%)
NC	2 (7%)	-	2 (8%)	4 (5%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=20	Aides-soignants N=57
Oui, de temps en temps, quand la situation s’y prête	14 (70%)	34 (60%)
Oui, régulièrement, systématiquement	1 (5%)	0
Non, ce ne sont pas nos sujets de discussion de travail	5 (25%)	17 (30%)
Non, il me semble difficile de parler de ce sujet	0	6 (10%)

➤ **En fonction de l’âge :**

	<25ans N=19	25-45ans N=40	>45ans N=18
Oui, de temps en temps, quand la situation s’y prête	10 (53%)	25 (62%)	13 (73%)

Oui, régulièrement, systématiquement	0	0	1 (5%)
Non, ce ne sont pas nos sujets de discussion de travail	7 (37%)	11 (27%)	4 (22%)
Non, il me semble difficile de parler de ce sujet	2 (10%)	4 (10%)	0

Question n°18 : Si on vous proposait une formation sur ce sujet, souhaiteriez-vous y participer :

➤ **Total et par EHPAD :**

	EHPAD A N=28	EHPAD B N=29	EHPAD C N=24	T N=81
Oui	23 (82%)	22 (76%)	17 (71%)	62 (76%)
Non	4 (14%)	7 (24%)	6 (25%)	17 (21%)
NC	1 (4%)	-	1 (4%)	2 (3%)

➤ **Par profession :**

	Infirmiers N=23	Aides-soignants N=56
Oui	17 (74%)	45 (80%)
Non	6 (26%)	11 (20%)

➤ **En fonction de l'âge :**

	<25ans N=21	25-45ans N=39	>45ans N=19
Oui	18 (86%)	30 (77%)	14 (74%)
Non	3 (14%)	9 (23%)	5 (26%)

III. La charte des droits de la personne âgées dépendante en institution

Charte des droits de la personne âgée dépendante en institution

Cette charte a été établie par la commission « Droits et libertés » de la Fondation nationale de gérontologie en 1986.

Ce texte sert de guide à l'examen du règlement intérieur et du contrat de séjour signé entre le résident et la direction de l'institution.

Droit des personnes âgées dépendantes en institution

Le respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie : logements-foyers, maisons de retraite, résidences, services hospitaliers, unités de long séjour...

1 - Tout résident doit bénéficier des dispositions de la Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.

2 - Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalables et sans son accord.

3 - Comme pour tout citoyen adulte, la dignité, l'identité et la vie privée du résident doivent être respectées.

4 - Le résident a le choix d'exprimer ses choix et ses souhaits.

5 - L'institution devient le domicile du résident, il doit y disposer d'un espace personnel.

6 - L'institution est au service du résident. Elle s'efforce de répondre à ses besoins et de satisfaire ses désirs.

7 - L'institution encourage les initiatives du résident. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans le cadre d'un projet de vie.

8 - L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du résident. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résident doit en être préalablement informé.

9 - L'institution accueille la famille, les amis ainsi que les bénévoles et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, des horaires de visites souples, des possibilités d'accueil pour quelques jours et par des réunions périodiques avec tous les intervenants.

10 - Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc.), le résident doit retrouver sa place dans l'institution.

11 - Tout résident doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.

12 - Le droit à la parole est fondamental pour les résidents.

VU

NANCY, le 10 octobre 2010
Le Président de Thèse

Professeur B. KABUTH

NANCY, le 19 octobre 2010
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3468

NANCY, le 21 octobre 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

Le regard des soignants sur la sexualité des personnes âgées en institution.
Enquête auprès de trois EHPAD de la région nancéenne

RESUME :

Dans une première partie théorique, nous commençons par définir la sexualité en la situant dans son évolution historique. Puis nous nous centrons sur la sexualité des personnes âgées et dans une dernière partie sur la sexualité des personnes âgées en institution.

Le chapitre suivant se consacre à une enquête sur le regard du personnel soignant sur la sexualité des personnes âgées en institution. Un questionnaire de 18 items a été proposé à des soignants de 3 EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) de l'agglomération nancéenne, partenaire du service de Gériopsychiatrie du Centre Psychothérapeutique de Nancy. 81 questionnaires ont été remplis par les soignants des 3 structures soit un taux de restitution important de 78%. Les résultats décrivent d'abord la population des répondants puis l'analyse globale aux 18 questions autour des représentations des soignants sur la sexualité des personnes âgées en particulier en institution.

De l'analyse des résultats, nous percevons que la problématique mise en avant par les soignants concerne davantage les spécificités relatives à leur relation soignant-soigné. Cette dernière réveillerait des conflits oedipiens dans lesquels fantasme de la scène primitive et fantasme de l'inversion des générations sont en toile de fond. L'acceptation de participer à des formations sur le sujet, apparaît comme une demande implicite à pouvoir mieux s'ajuster dans une relation si particulière avec la personne âgée. Le tabou semble donc persister en ce qui concerne la sexualité des personnes âgées et de ce fait les relations intimes apparaissent reléguer au second plan aux yeux des soignants. Difficile donc pour les personnes âgées de s'autoriser à s'épanouir dans ce domaine. En dernier point, nous aborderons quelques propositions de prise en charge concernant cette thématique.

Titre en ANGLAIS : Survey : How do nursing staff view old people's sexuality in institution.

Thèse de Psychiatrie- ANNEE 2010

MOTS CLES : sexualité, vieillissement, institution, personne âgée, intimité

INTITUTLE et ADRESSE de l'U.F.R :

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cédex