Table des matières

Remerciements **2**
Précisions **2**
Résumé **3**
Mots-clés **3**
Table des illustrations **7**
1. Choix de la thématique **8**
1.1 Expérience avec le terrain 8
1.2 Motivations personnelles 8
1.3 Motivations socio-politiques 8
1.4 Liens avec le travail social 9
2. Question de recherche **11**
2.1 Mon choix 11
2.2 Objectifs de recherche 11
3. Cadre théorique **13**
3.1 La sexualité 13
3.1.1 Définition de la sexualité 13
3.1.2 Approches de la sexualité 13
3.1.3 Différents aspects de la sexualité 16
3.1.4 Les besoins fondamentaux d'Abraham Maslow 18
3.1.5 En bref 19
3.2 Vieillissement 19
3.2.1 Définition du vieillissement 19
3.2.2 Diverses formes de vieillissement 20
3.2.2.1 Vieillissement au niveau physique 20
3.2.2.2 Vieillissement au niveau identitaire 20
3.2.2.3 Vieillissement au niveau comportemental 21
3.2.2.4 Vieillissement social 22
3.2.3 Transitions marquantes dans la vieillesse 22
3.2.4 Dépendance, autonomie et auto-détermination 24
3.2.5 En bref 25
3.3 Sexualité des personnes âgées 25
3.3.1 État des lieux 25
3.3.2 Stéréotypes de la sexualité des personnes âgées 26
3.3.3 Rapport au corps 26
3.3.4 Estime de soi 27
3.3.5 Intimité 27

3.3.6 Sexualité évolutive 28
3.4 L'EMS 29
3.4.1 Sexualité en EMS 29
3.4.1.1 L'assistance sexuelle 31
3.4.2 En bref 31
4. Hypothèses de recherche 33
5. Méthodologie 34
5.1 Terrains d'enquête 34
5.1.1 Échantillon 34
5.2 Méthodes de collecte des données 34
5.3 Enjeux éthiques 35
6. Cadre empirique : Analyse de données 36
6.1 Thèmes ressortis des entretiens 36
6.1.1 Représentation de la sexualité et de celle de la personne âgée en EMS 36
6.1.1.1 En lien 37
6.1.2 Dispositifs en lien avec la sexualité dans les trois EMS 38
6.1.2.1 En lien 40
6.1.3 Expressions de la sexualité dans les trois EMS 41
6.1.3.1 Formes, manières et moments propices 41
6.1.3.2 Possibilité des résidents de discuter de sexualité avec le personnel 42
6.1.3.3 En lien 43
6.1.4 Pratiques professionnelles des six intervenants 44
6.1.4.1 En lien 46
6.1.5 Difficultés liées à la sexualité du résident selon les professionnels 47
6.1.5.1 En lien 49
6.1.6 Marge de manœuvre des six professionnels 51
6.1.6.1 En lien 52
6.1.7 Place du travail social, dans un EMS, en lien avec la sexualité du résident 53
6.1.7.1 En lien 54
6.2 Vérification des hypothèses 55
6.3 Réponse à la question de recherche 58
7. Bilan de la recherche 61
7.1 Perspectives professionnelles 61
7.2 Réajustements et limites de la recherche 63
7.3 Bilan professionnel et processus d'apprentissage 63
7.4 Bilan personnel 65
8. Sources 66
8.1 Livres et ouvrages 66

8.2 Articles, rapports, présentations et brochures 66
8.3 Émissions TV et radio 69
8.4 Sites internet 69
9. Annexe 71
9.1 Les grilles d'entretien 71

Table des illustrations

- **Figure 1 :** Image d'un couple prêt à s'embrasser récupérée du site : https://www.migrosmagazine.ch/au-quotidien/psychologie-et-sexualite/article/seniors-il-n-y-a-pas-d-age-pour-le-sexe ..... p. 1
- **Figure 2 :** Schéma représentatif des différentes composantes de la sexualité inspiré de plusieurs sources composant ma théorie ..... p. 16
- **Figure 3 :** Schéma représentatif des besoins la pyramide de Maslow inspiré du site : http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8 ..... p. 18
- **Figure 4 :** Image de personnes âgées s'aimant sur un panneau de signalisation récupérée du site : http://www.silvereco.fr/sexualite-des-seniors-une-etude-britannique-chasse-les-idees-recues/3139799 ..... p. 32

1. Choix de la thématique

1.1 Expérience avec le terrain

Suite à mes expériences antécédentes dans les soins infirmiers, j'ai souvent été amenée à travailler avec les personnes âgées. À plusieurs reprises, j'ai été introduite dans l'intimité de la personne à travers les soins quotidiens ou encore lors des toilettes. Lors d'un stage en EMS, j'ai été confrontée à une situation qui m'a mise très mal à l'aise. Un monsieur souhaitait avoir un peu d'intimité avec une autre résidente. Il l'invitait, de temps en temps, à venir dans sa chambre. Le personnel infirmier, qui ne semblait pas être à l'aise avec cette situation, me demandait d'aller frapper à la porte pour voir ce qu'il s'y passait. Cette situation m'avait beaucoup interpellé car je considérais qu'une telle immixtion ne concernait pas les professionnels mais que cela appartenait au domaine du privé.

Le home est considéré comme un lieu de vie pour la personne qui y réside. Pourtant le droit à la vie affective et sexuelle semble être, du moins à travers cette situation précise, un tabou voire un interdit. De plus, ces représentations et pratiques peuvent encore davantage être renforcées étant donné que les personnes âgées sont souvent dépendantes et institutionnalisées.

Mes expériences m'ont amené à réfléchir à propos de la notion de vie affective et sexuelle de la personne âgée. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de réaliser mon travail de Bachelor autour de cette réflexion. De plus, j'aime beaucoup collaborer avec cette population et, tout naturellement, je me suis orientée vers cette thématique.

1.2 Motivations personnelles

J'apprécie particulièrement la population âgée et j'attache un intérêt à ce qui touche à la sexualité des personnes, dans sa globalité, en tant que droit et source de bien-être. En effet, je trouve que nier l'idée qu'une personne puisse avoir une sexualité dans un EMS est une forme de maltraitance d'un point de vue du respect des besoins de la personne et de l'accès aux droits fondamentaux.

Il est vrai que les EMS offrent un encadrement spécifique vis-à-vis de l'état de santé de chaque résident. Mais la santé d'une personne ne se définit pas seulement sur le plan médical, comme le mentionne la définition actuelle de l'OMS qui n'a pas été transformée depuis 1946 : *« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*.[1] Qu'en est-il de l'intimité de la personne âgée et de sa sexualité ? Comment la personne vit-elle son entrée dans un home ? Qu'est-ce qui est rendu possible ou non par l'institution et en fonction de quoi ? Se prive-t-elle dans l'expression de sa sexualité ?

Je trouve que de prendre en compte cet aspect de la personne est essentiel à son bien-être. Une personne âgée subit déjà des pertes et doit s'adapter continuellement face aux aléas de la vie. En entrant dans un EMS, son intimité peut se limiter à sa chambre et elle doit se plier aux règles institutionnelles et à celles de la vie collective. En outre, ouvrir le dialogue avec la personne et lui permettre de participer à sa sexualité permettrait certainement de la valoriser davantage en prenant en compte ses propres besoins et désirs.

1.3 Motivations socio-politiques

Selon l'Office fédéral de la statistique, la population âgée ne cesse d'augmenter grâce à l'allongement de l'espérance de vie et de la diminution des naissances. Les personnes de plus de 65 ans devraient passer de 17,6% (statistiques en 2013) à environ 28% en 2060 (PANORAMA, Office fédéral de la statistique, 2015, p. 3). Ce qui signifie que la société aura quasiment le double d'aînés. En sachant cela, je suis d'autant plus motivée à traiter le thème de la personne âgée et de sa sexualité. De plus, nous sommes en quelque sorte les personnes âgées à venir et personnellement,

[1] http://www.who.int/about/definition/fr/print.html (Consulté le 26.11.2015)

j'aimerai bien que mes droits et mes besoins soient entendus. Je trouve important de défendre les droits fondamentaux des personnes et spécifiquement les droits sexuels qui comprennent bien entendu sa vie affective.

La Convention des droits de l'homme défend l'idée d'une liberté individuelle et du respect de la vie privée. L'article n°8 alinéa 2 explique qu'une autorité publique doit respecter la vie privée des personnes à moins qu'elles soient, entre autre, en danger dans leur santé et que les droits et libertés d'autres personnes soient compromis.[2] Un prestataire mondial de services de santé sexuelle et reproductive et un défenseur de la santé et des droits sexuels pour tout un chacun (l'IPPF[3]) rejoint les droits fondamentaux de la Convention des droits de l'homme. Ce prestataire a réalisé la déclaration des droits sexuels qui défendent des notions telles que la liberté, l'égalité, la dignité, l'autonomie et le respect de la vie privée.

Selon l'IPPF, *« la sexualité est une dimension naturelle et précieuse de la vie, un élément constitutif de notre humanité »* (avant-propos). L'article n°6 des droits sexuels a eu, tout particulièrement, du sens pour moi. Il traite du droit à la liberté de penser, d'opinion et d'expression :

> *« Toute personne a le droit d'exercer sa liberté de pensée, d'opinion et d'expression en matière de sexualité, d'orientation sexuelle, d'identité de genre et de droits sexuels sans intrusions arbitraires ni limitations fondées sur des croyances culturelles ou l'idéologie politique dominante, ou encore sur des notions discriminatoires d'ordre public, de moralité publique, de santé publique ou de sécurité publique »* (p. vii).

Cet article défend le fait que la personne a le droit de vivre sa sexualité sans peur, ni honte et ni culpabilité, ce qui inclut les personnes âgées.

Le principe n° 4 de l'IPPF a également du sens pour moi. Il est dit que : *« La sexualité, et le plaisir qui en découle, sont au cœur de la vie de tout être humain, qu'il choisisse de se reproduire ou non »* (p. v). La personne a le droit de continuer à avoir une sexualité florissante indépendamment de la fonction de reproduction, qui peut être le cas de la majorité des personnes âgées (Sharpe, 2008, p. 1-7).

En Suisse, la Fondation SANTE SEXUELLE Suisse défend les droits sexuels de l'IPPF. Elle soutient, entre autre, également le droit à une vie affective et sexuelle aux personnes en situation de handicaps. La personne âgée acquiert aussi un ou plusieurs handicaps à la vue de la perte de mobilité, du vieillissement biologique, neuronale, etc.[4]

Tout ceci me motive davantage à explorer ces questionnements liés à la sexualité, la vie affective, l'intimité, etc., de la personne âgée en établissements médico-sociaux.

1.4 Liens avec le travail social

Selon le code de déontologie du travail social en Suisse, le travail social est une sorte de pont entre les personnes et leur environnement (p. 8). De plus, selon les droits de l'homme et de la dignité humaine, valeurs sur lesquelles se base le travail social, les professionnels du social défendent la dignité et le respect des droits de chaque individu (p. 8). En outre, une des visée est que : *« Tous les êtres humains ont droit à la satisfaction de leurs besoins existentiels, au respect de leur intégrité personnelle et à leur intégration dans un environnement social »* (p. 6) (Avenir social, Code de déontologie, 2010). Pour moi, le travail social a sa place pour défendre le besoin sexuel s'il n'est pas pris en considération et que la personne en souffre. D'ailleurs, les professionnels peuvent faire le lien entre son besoin et son droit et l'environnement comme une institution dans laquelle la personne se trouve.

[2] https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19500267/index.html (Consulté le 07.10.2015)
[3] International Planned Parenthood Federation
[4] https://www.sante-sexuelle.ch/fr/nos-activites/droits-sexuels/ (Consulté le 08.10.2015)

Une personne, qui entre dans un EMS, doit s'intégrer dans ce nouveau milieu qui est parfois son dernier domicile. Il est préférable que son intégration se fasse du mieux possible, qu'elle se sente valorisée et écoutée afin de satisfaire ses besoins. Le travail social peut soutenir cette transition quelle que soit le corps de métier du social tel que l'animateur socio-culturel en EMS, l'assistant social à Pro Senectute, le curateur, etc.

En tant que future travailleuse sociale, je pourrai être amenée à collaborer avec les personnes âgées et ainsi à défendre certains droits et intérêts de celles-ci. Comme dit précédemment, la vie sexuelle semble être un tabou, en fonction de mon expérience et de mon observation, ce qui m'amène à me demander si les droits de la personne âgée sont effectivement pris en compte en matière de sexualité.

De plus, je suis également venue à me questionner sur la participation de la personne âgée en EMS. Je me suis demandée si la personne âgée était concrètement égale face à son droit à la sexualité qu'une personne d'un âge plus jeune et surtout si elle participait à l'offre et aux décisions en la matière au sein d'un EMS.

En outre, étant donné que la population est vieillissante, les travailleurs sociaux seront amenés tôt ou tard à collaborer avec les aînés.

Rapport-Gratuit.com

2. Question de recherche

2.1 Mon choix

Lorsque j'ai commencé à déterminer ma question de recherche, je me suis posée plusieurs questions. Je me demandais si les représentations de certains corps de métiers travaillant avec la personne âgée influençaient la manière de tenir compte de la sexualité des bénéficiaires en institution. Je me suis questionnée également sur l'impact qu'avait le fait de quitter son domicile pour venir vivre dans un EMS, sur le vécu de la sexualité, si les personnes étaient écoutées, etc. Depuis, mes réflexions se sont rassemblées et finalement ma question de recherche est la suivante :

« Qu'est-ce qui est mis en place institutionnellement et pratiquement par les établissements médico-sociaux, en Valais, pour que le résident puisse exprimer et participer à sa sexualité ? »

Afin d'affiner mon questionnement, voici des sous-questions qui m'ont été utiles pour la préparation de mes entretiens :

D'un point vu institutionnel :

- Quels dispositifs existent-ils ?
- Quels besoins les résidents ont-ils ?
- Existent-ils des règles définies en ce qui concerne la sexualité des personnes âgées ?
  - Si oui, par qui sont-elles établies ? A l'intention de qui les règles sont-elles mises en place ? Pour quelles raisons ces règles existent-elles ?
- Comment les résidents eux-mêmes participent aux dispositifs mis en place concernant leur sexualité ?
- Etc.

D'un point vu pratique :

- Que pensent les professionnels en EMS de la sexualité des résidents ?
- Que font-ils pour permettre ou non la sexualité de leurs résidents ?
- Quelles situations rencontrent-ils ? Comment les gèrent-ils ?
- Est-ce que les professionnels se réfèrent aux éventuelles règles institutionnelles en la matière ?
- Comment appliquent-ils ces règles si elles existent ? Quelles sont leurs marges de manœuvre ?
- Comment prennent-ils en compte les besoins des personnes âgées en matière de sexualité ? Comment se positionnent-ils ? Quelles sont leurs postures ?
- Etc.

Étant donné que j'ai déjà travaillé dans un EMS et que j'aimerai beaucoup, à l'avenir, collaborer avec des personnes âgées, je trouverai intéressant de poursuivre mes recherches autour des dispositifs existants dans ce genre d'établissement.

2.2 Objectifs de recherche

En rapport avec ma question de recherche, j'aimerai atteindre les objectifs suivants :

- Comprendre au niveau théorique les différents concepts tels que la sexualité, le vieillissement et la sexualité des personnes âgées et celle en EMS.
- Analyser les dispositifs et la vision des EMS dans le domaine de la sexualité des résidents.

- Découvrir la marge de manœuvre existante des travailleurs sociaux et autres professionnels dans les EMS (soignants) en matière de définition et de permission de l'expression de la sexualité des résidents.
- Rendre compte de l'expression de la sexualité des résidents dans les EMS (forme, lieu, moment, etc.).
- Découvrir dans quelles mesures et de quelles manières les besoins liés à la sexualité du résident sont pris en compte par les EMS.
- Repérer les modalités de participation du résident à l'expression de sa sexualité.
- Comparer les diverses visions, dispositifs et pratiques selon, au moins, deux EMS en matière de sexualité.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

3. Cadre théorique

3.1 La sexualité

Afin de comprendre cette notion, je vais tout d'abord définir le mot « sexualité ». Puis, j'exposerai un bref historique de l'évolution de celle-ci. Je continuerai avec quelques approches de la sexualité telles que Freud afin d'avoir une idée des différentes façons de concevoir cette notion. Puis, j'exposerai les dimensions qui composent la sexualité ainsi que les besoins d'Abraham Maslow.

3.1.1 Définition de la sexualité

Il est assez difficile de définir d'une manière simple ce qu'est la sexualité. Mais selon Alexandre Manoukian, ancien enseignant en soins infirmiers, psychothérapeute et formateur dans les hôpitaux, la sexualité est ce qui sépare la gente masculine et féminine dès les premiers jours de la vie. Elle constitue l'identité de la personne et dicte les comportements qui attirent les deux sexes (Manoukian, 2011).

Pourtant dans la vie réelle, la sexualité est plus complexe car il y a des personnes qui sont homosexuelles, qui pratiquent d'autres styles de sexualité plus individuelle, voire qui sont venues au monde avec un sexe non défini. En effet, les personnes transgenres choisissent elles-mêmes leur identité sexuelle qui n'est donc pas décisive pour eux.

Une autre définition de la sexualité est celle de l'OMS qui est la suivante (2010) :

> *« La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et les rôles 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 l'ensemble de ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées par chacun. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »* (Laprie & Minana, 2014, p.11).

Afin de mieux saisir cette notion complexe, j'aimerai aborder les représentations de la sexualité d'un point de vue historique. Ceci nous permettra de comprendre les fonctions et les dimensions constituant la sexualité.

3.1.2 Approches de la sexualité

❖ L'approche psychanalytique de Sigmund Freud

Sigmund Freud, célèbre psychanalyste, a développé les théories du conscient, préconscient, de l'inconscient et celles sur la sexualité. Il a basé ses recherches lors de l'observation de maladies mentales, de son psychisme et de l'observation des enfants.

Selon Freud, la sexualité est la manifestation d'une pulsion biologique dont l'individu chercherait à satisfaire de façon directe ou indirecte. Les seules limites de l'activité sexuelle seraient les contraintes extérieures que la société nous fixe (Bozon & Leridon, 1993, p. 1174). Ce n'est donc pas seulement l'acte sexuel en tant que tel mais un apprentissage à partir de situations procurant du plaisir suite à une sollicitation. La personne construit son identité ainsi que sa sexualité dès la petite enfance. Les moyens de satisfaction sont représentatifs durant les phases suivantes : oral, anal et phallique.

Tout au long de la vie, la sexualité est une réalité pulsionnelle qui forge notre identité. La **libido**, qui est une **pulsion** sexuelle, est donc importante dans la vie psychique. Sa spécificité est de pouvoir changer de but, c'est-à-dire qu'il peut aussi s'exprimer socialement, culturellement, etc.

Freud appelle ce phénomène la sublimation. Tout individu doit contrôler cette pulsion. Le fait de la maîtriser fait que l'adulte gère sa sexualité génitale.

Le fonctionnement psychique (pensées et désirs inconscients) est réglé par deux notions : **le plaisir et le déplaisir**. Lorsqu'on s'abandonne au plaisir suite à une tension, on évite la douleur. Mais étant donné que nous évoluons dans une société, nous devons nous conformer à la réalité et nous suspendons notre désir. Ce fait développe notre intelligence, mémoire, etc. Un dilemme existe avec pour seule solution, la recherche d'un équilibre (social et individuel) entre la réalité et la satisfaction pulsionnelle.

Freud développe la théorie de la sexualité infantile. Il explique que l'enfant comprend qu'il peut avoir du plaisir avec son propre corps et pour le reproduire, il répète les gestes indépendamment du besoin.

Les moyens utilisés se retrouvent à travers trois stades et à diverses zones érogènes. Ce sont :

- **Stade oral** : il se procure du plaisir dans l'acte de sucer. Il trouve que la bouche peut être une source de satisfaction (zone érogène). Il y a le sein maternel, le biberon mais il continue à mettre plein de choses dans sa bouche, y compris des parties de son corps (pouce, orteil du pied, etc.) afin de retrouver cette sensation. Ce stade dure environ un an et demi.
- **Stade anal** : l'enfant a du plaisir en retenant et en relâchant ses selles. Il apprend la propreté et cette étape surgit à environ un an et demi. La zone érogène est l'anus.
- **Stade phallique** : la zone érogène de ce stade est la partie génitale. Il s'intéresse de plus près à cette région et à celle des autres et se pose des questions. Le complexe d'Œdipe fait partie de ce stade. Ce sont des passages obligés pour la construction de la personne.

Complexe d'Œdipe : la légende grecque dit qu'Œdipe tue son père et se marie avec sa mère. Ce sont les premières relations affectives chez l'enfant à travers les parents. Les relations affectives de l'individu seront influencées par celles-ci.

- Le parent du sexe opposé est en quelque sorte son premier objet d'amour. Le parent du même sexe sera un rival. Mais ensuite, les enfants découvrent que ses parents ont une relation amoureuse dont il ne fait pas partie.
- Ensuite, il va changer de tactique et va s'identifier au parent du même sexe. C'est-à-dire que le garçon voudra être comme son père en l'imitant et la fille voudra être féminine comme sa mère.
- Le comportement des parents est important dans cette étape car il influence ce passage. Il va avoir une conséquence psychologique chez l'enfant et influencer ainsi sa construction sexuelle.

Angoisse de la castration : ce passage, qui s'associe avec le complexe d'Œdipe, est la réaction de l'enfant sur la découverte de la différence des sexes (homme et femme). La question qu'il se posera est : Pourquoi les garçons ont un pénis et non les filles ? Le garçon aura peur de perdre son sexe car il croit que quelqu'un a retiré celui de la fille. Pour ce qui est de la fille, qui aura envie du pénis, elle vivra cette réalité comme un manque et va, soit chercher à le nier, soit à le compenser ou soit à le réparer. L'enfant utilisera le fantasme et l'imaginaire pour affronter ce passage. Il assumera ou refusera cette différence, ce qui marquera sa sexualité en tant qu'adulte. Ses pulsions seront refoulées dans l'inconscient et la personne n'aura pas de souvenir de cette période (Simon, 1982).

Période de latence : ceci marque le passage de la fin du conflit œdipien. Cette période est calme car la pulsion sexuelle est en veille. Elle se déroule vers la 7ème à la 12ème année. Cette énergie est refoulée et se traduit par l'école, les amitiés, le sport, etc. (sublimation).

Puberté et adolescence : les parties génitales sont à nouveau le centre d'énergie liée à la libido. La puberté se traduit par des phénomènes physiologiques et l'adolescence par des phénomènes sociaux et psychologiques. L'adolescent vivra une période de crise car il remettra en question son

sexe et son intégrité corporelle. Il choisira son orientation sexuelle. La recherche de plaisir commence à être assimilée à la fonction sexuelle. Cela sera le passage à l'acte à travers des fantasmes et la découverte du plaisir à l'aide de son propre corps (masturbation) (Denis, 2005, p. 33-35).

Tous ces passages, ci-dessus, aident l'enfant, selon Freud, à construire sa personnalité et son identité sexuelle. Ce sont des théories où la culture n'a pas beaucoup de place et qui est universelle car tous les enfants passent par ces étapes, même si ce n'est pas nécessairement au même moment. C'est pour cette raison que j'aimerai vous présenter une autre approche qui est celle de Michel Bozon, sociologue.

❖ L'approche sociologique de Michel Bozon

Michel Bozon, sociologue et anthropologue de formation, s'interroge sur l'impact de l'évolution de la société sur la sexualité et plus spécifiquement ses normes au sein des citoyens. Cette approche pourrait compléter la théorie de Freud qui est plus centrée sur l'individu et son évolution naturelle. Selon Bozon, la signification de la sexualité est la suivante :

> *« La sexualité est doublement politique, parce qu'elle incorpore un contexte culturel et social, et parce qu'elle contribue en retour à structurer les rapports sociaux en les extériorisant et les mettant en scène».* (Bozon, 2009, p. 5).

Ce qui signifie qu'il n'y a pas de sexualité sans l'influence de la société et vice versa.

Selon Michel Bozon, la sexualité est le fruit d'une construction et d'une transformation sociale. L'histoire influence l'organisation sociale et conçoit des représentations de la sexualité, de l'intime, du désir, etc.

La rencontre sexuelle est une activité importante de la société. Le rapport à celle-ci est primordial car il forge les expériences sexuelles en fonction du groupe, des espaces sociaux et des pratiques culturelles.

Dans l'histoire, la sexualité a été un lent processus d'indépendance. Les institutions comme l'Église, la famille, la communauté locale, ont perdu une part de contrôle sur les gens. Grâce aux méthodes contraceptives, la sexualité se distingue de la conjugalité et de la procréation. Ces évolutions sont représentées dans l'histoire de la domination masculine et de l'émancipation des femmes. Une individualisation de la sexualité a vu le jour, ce qui amène de nouvelles normes. Ci-dessous, voici plus spécifiquement l'évolution de la sexualité à travers les âges (Leze, 2003, p. 167-168).

L'époque romaine se traduit par une sexualité libre dans laquelle la population obéissait à une classe sociale. Les femmes mariées et les vierges étaient protégées. Par contre, l'esclave devait se plier aux désirs du citoyen. Le christianisme met un terme à ces pratiques et amène la notion de péché. Seuls des époux peuvent s'unir sexuellement en vue d'avoir des enfants (fonction principale). L'Église instaure une autre forme de sexualité et de nouvelles mœurs. Elle procède, en quelque sorte, à un contrôle social.

Après la seconde guerre mondiale, c'est *« le temps de la libération des corps et des droits de la femme »* (Manoukian, 2011, p. 44). Il y a eu l'industrialisation, le cinéma, la littérature, etc. Les gens aspiraient à plus de libertés et à un plaisir soutenu et immédiat. De plus, avec l'arrivée du moyen de contraception, en 1951, les femmes peuvent avoir des rapports sexuels sans tomber enceinte. La sexualité revêt une nouvelle fonction qui est celle du plaisir. Ce changement est un élément important lors de l'émancipation de la femme. Mais actuellement, les femmes ne considèrent plus la contraception comme une conquête mais plutôt comme une discipline ou une contrainte (Marquet, 2004).

À l'époque contemporaine, la médicalisation de la sexualité a permis d'établir des normes telles que le fait de se protéger des risques lors de rapports sexuels. Elles sont survenues plus fortement après l'apparition du Sida. Il y a divers points de vue sur l'évolution sexuelle à cette époque. En

effet, actuellement, on trouve plusieurs types de couples, une visibilité de la sexualité à travers le cinéma, les médias, l'école (éducation sexuelle), etc. De nos jours, un adoucissement de la morale sexuelle se fait ressentir, ce qui ne veut pas dire qu'il n'en existe plus. À présent, les normes sont plus considérées comme des appréciations indiquant aux individus quel type de comportement est adéquat.

Les nouvelles normes sont diffusées grâce à Internet, l'école (éducation sexuelle), les médias, les mouvements sociaux (gays, féminisme, etc.), le cinéma, la loi, etc. Elles nous influencent étant donné que l'individu s'adapte à la réalité. Elles donnent du sens à nos expériences en rapport avec nos aspirations (personnelles, relationnelles, etc.) et notre propre image. Les discussions auprès des amis et de la famille nous aident également à déterminer sa sexualité. Selon Michel Bozon, la sexualité se développe et se prolonge dans le temps en fonction des normes de la société (Marquet, 2004).

Finalement, tous ces éléments nous amènent à réfléchir davantage sur la sexualité car nous sommes plus responsables, nous avons une plus grande maîtrise de nous-mêmes, etc. La morale a engendré une sexualité plus individuelle, un épanouissement personnel et social. Ce qui veut dire aussi qu'elle peut amener à mettre de côté les personnes qui n'ont pas les moyens ou les capacités d'avoir une sexualité.

La sexualité se diffère à travers les siècles car les normes sexuelles se transforment et évoluent en fonction des événements historiques touchant à la sphère de l'intime, à nos représentations (du genre, du bien ou du mal, etc.) et aux pratiques culturelles. En lien avec l'histoire et l'évolution des mœurs, les fonctions de la sexualité retenues sont notamment la reproduction et le plaisir.

Bien entendu, ceci est un très bref résumé de l'évolution de la sexualité. Toutefois, mon but n'est pas de détailler toutes les époques et son rapport à la sexualité. L'idée est de constater qu'elle évolue selon les normes de la société et qu'elle est aussi le produit de notre culture. Ce qui veut dire que la sexualité peut être différente dans chaque culture et pays, ce qui la rend plus difficile à définir. Je vous invite donc, à présent, à prendre connaissance des différentes composantes de la sexualité, ci-dessous.

3.1.3 Différents aspects de la sexualité

La sexualité est composée de plusieurs éléments qui influencent le rapport que tout un chacun a avec cette notion. Voici quelles sont les dimensions ci-dessous.

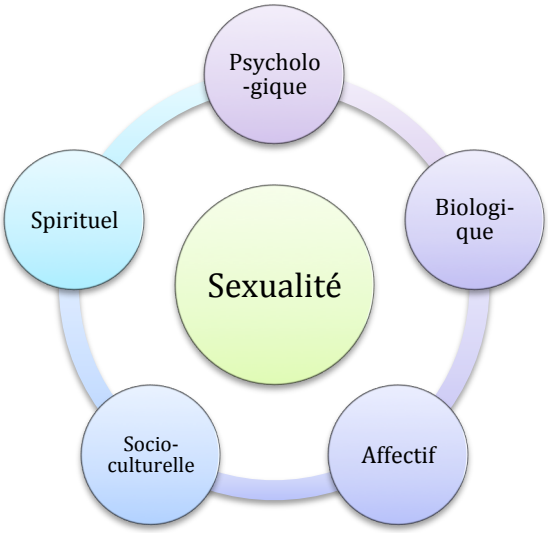

Figure 2 : Schéma représentatif de quelques différentes composantes de la sexualité inspiré de plusieurs sources composant ma théorie

- **Biologique** : cette dimension se rapporte aux appareils génitaux mais aussi à tout son organisme. La sexualité est ramenée à une fonction, c'est-à-dire que c'est une pulsion corporelle dont l'individu va satisfaire. Ce n'est pas un besoin tel que la soif et la faim. Mais cet aspect est relié au fonctionnement sexuel qui est composé d'expressions physiologiques et corporelles (Courtois, 2007, p. 614).

Néanmoins, la sexualité est également un acte sensoriel. C'est-à-dire que lorsque deux personnes effectuent un contact sexuel, il englobe les cinq sens : **vision** (nudité, regards, expressions faciales, etc.), **odorat** (odeurs corporelles et sexuelles, parfums, environnement, etc.), **goût** (baisers, caresses avec la bouche, etc.), **audition** (paroles, bruits externes) et **toucher** (caresses et contact corporel).[5]

Il existe une autre partie de la dimension biologique qui est la notion de risque que comporte la sexualité. En fonction de cette réalité, la sensibilisation et la prévention existent, comme le port de préservatifs. Cela concerne plus spécifiquement les infections sexuellement transmissibles qui peuvent se décliner avec :

- Le Sida (virus de l'immunodéficience humaine qui attaque certains lymphocytes).
- Le papillomavirus (virus qui peut être responsable du cancer du col de l'utérus).
- La Syphilis (bactérie responsable des lésions cutanées et des muqueuses pouvant aller jusqu'aux organes internes).
- L'herpès génital (sur le pénis, la vulve ou l'anus), etc.

  Ce genre de maladie peut se transmettre à tout âge. Il vaut mieux donc se protéger et réaliser des examens médicaux avec le partenaire de son choix si les rapports sont répétitifs (Dr. Beffa, 2015, slide 14-19).

- **Psychologique** : cette dimension implique son image corporelle, son estime de soi, ses fantasmes, ses souvenirs, ses désirs, ses représentations de la sexualité, etc. Elle se rapporte à tout ce qui est intime, qui définit notre sexualité et influence notre comportement sexuel. Étant donné que nous sommes tous différents, chacun a sa valeur érotique car nous n'avons pas les mêmes souvenirs, ni fantasmes, etc. La sexualité peut être différente en fonction de notre vécu et de divers moments de notre vie (Ribes, 2009, p. 22).
- **Socio-culturelle** : la sexualité est en quelque sorte dictée par la société à travers des normes, des valeurs et des limites imposées. Elle détermine ce qui est licite ou illicite, ce qui est normal ou anormal. Que ce soit à travers le cadre légal, les publicités ou une éducation sexuelle à l'école, la sexualité s'adapte aux normes véhiculées par la société (Giraud, 2009, p. 1-4).
- **Affectif** : la sexualité implique également des émotions, des sentiments tels que l'amour, la gêne, l'amitié, la tendresse, etc. Cette dimension concerne notre propre affectivité mais aussi celle de l'autre (Laprie & Minana, 2014, p. 11). Cela dépend de notre vécu, de nos expériences et du type de relation avec le partenaire, la confiance existante entre deux personnes, etc.

Selon Charlotte Mémin, psychologue, la sexualité est généralement considérée sous la forme génitale. L'aspect affectif est l'autre versant, souvent plus important que la génitalité, en tout cas chez les personnes âgées. L'affectivité reste difficile à expliquer car cela signifierait ce qu'est un être humain et pourrait donc prendre diverses formes. Toutefois, si ce besoin n'est pas traité, la personne âgée peut devenir dépressive (Mémin, 2001, p. 189-196).

- **Spirituel** : notre orientation religieuse, notre culture, notre éducation, etc. nous transmettent des valeurs et développent nos opinions, nos convictions, etc. Ce sont des aspects subjectifs

[5] http://www.objectif-couple.com/texte-thematique/001-sexualite-humaine.php (Consulté le 09.10.2015)

avec lesquels la personne doit être en accord et qui déterminent si notre comportement sexuel est jugé bon ou mauvais par nous-mêmes (Laprie & Minana, 2014, p. 11).

Il se peut qu'il existe d'autres notions mais j'ai choisi de représenter celles-ci, car je trouve que la complexité de la sexualité est déjà bien explicitée. Ces dimensions font partie de qui nous sommes, de notre identité et répondent également à des nécessités. Le besoin sexuel peut non seulement être lié à un besoin biologique, mais aussi affectif, psychologique, besoin de s'affirmer et d'évoluer, etc. C'est pour cette raison que, ci-dessous, seront abordés les besoins fondamentaux de la personne.

3.1.4 Les besoins fondamentaux d'Abraham Maslow

Il est important de prendre en considération les besoins de tout être si nous voulons aborder le sujet de la sexualité des personnes âgées. Dans le domaine médical, les professionnels utilisent une liste de besoins qui est celle de Virginia Henderson, qui était à la fois infirmière, enseignante et chercheuse américaine. Ces quatorze besoins sont reliés au principe d'autonomie des patients au niveau physique, psychique et social. Si tous les besoins sont atteints, la personne est indépendante et en bonne santé. La sexualité n'y est pas forcément représentée et lorsque j'ai dû utiliser cette liste dans mes expériences en soins infirmiers, le besoin sexuel n'était ni pris en compte ni pensé. J'ai donc décidé de présenter les besoins d'Abraham Maslow, célèbre psychologue américain, souvent symbolisé par une pyramide, car ils me semblent plus appropriés dans le cadre de ma recherche.

Ces besoins ne sont pas forcément fixes et rigides. Il y a des exceptions comme l'estime de soi qui est pour certaines personnes plus importante que l'amour ou bien le niveau de réalisation de soi peut être réduit (par exemple pour des gens qui ont vécu un chômage chronique). La plupart des comportements sont motivés par plusieurs facteurs. Par exemple, nous pouvons faire l'amour par pur besoin sexuel mais aussi pour prouver sa virilité, pour faire une conquête ou pour renforcer une affection (Maslow, 2013, p. 11-37).

Les besoins fondamentaux d'une personne sont les suivants :

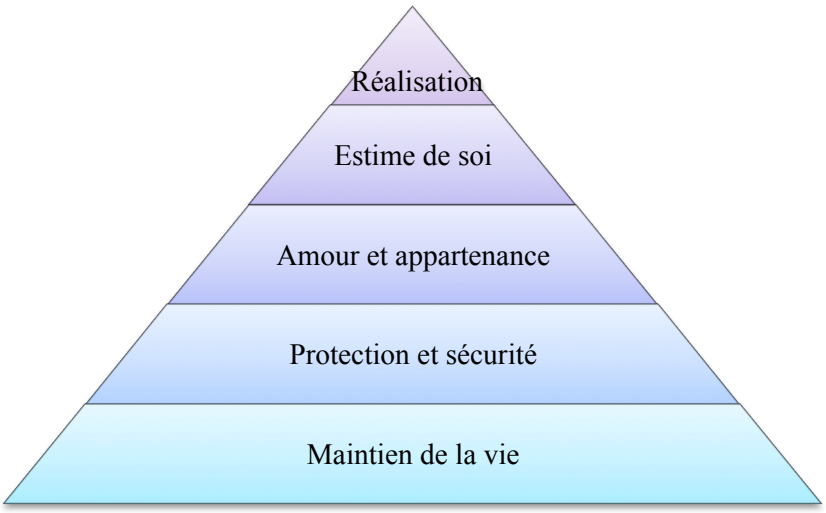

Figure 3 : Schéma représentatif des besoins de la pyramide de Maslow inspiré du site : http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8

❖ Besoin du maintien de la vie

Les besoins physiologiques sont les premiers besoins et se divisent en deux courants. D'une part, l'homéostasie qui est l'effort instantané que notre corps fait pour conserver un flux sanguin normal. Et d'autre part, les appétits qui sont des indications de nécessités ou manques réels du corps. Ils sont donc très nombreux.

La satisfaction d'un besoin en engendre automatiquement un autre. Par contre, si ces besoins ne sont pas assouvis, les autres ne seront pas pris en compte.

❖ Besoin de protection et de sécurité

Le besoin de protection et de sécurité est un ensemble de nécessités tel que la sécurité, la stabilité, la protection, etc. Étant donné que les besoins physiologiques ont été contentés, ce sont les besoins de sécurité qui influencent directement sur tout le comportement. Ils auront un impact sur la vision du monde de la personne, sa philosophie de vie et ses perspectives d'avenir. Cette nécessité peut néanmoins passer inaperçue car, dans notre société, une personne est sensée se sentir en sécurité grâce à notre système de protection.

❖ Besoin d'amour, d'affection et d'appartenance

Il s'agit du besoin d'amour si les besoins physiologiques et de sécurité sont contentés. Une personne ressent la nécessité d'appartenir à un groupe. Le besoin d'amour est souvent la cause d'inadaptation et de psychopathologie plus grave. L'amour, l'affection ainsi que leur expression à travers la sexualité, sont des sentiments et des émotions compliqués qui sont entourés de diverses limitations. Je trouve nécessaire de souligner que l'amour n'est pas totalement compatible avec la sexualité.

Selon Abraham Maslow, la sexualité peut être considérée comme un besoin physiologique. Le comportement sexuel peut être déterminé par d'autres besoins tels que l'amour et l'affection. Les besoins d'amour comportent le fait d'aimer, de se sentir aimé et valorisé.

❖ Besoin d'estime de soi

Normalement, tout le monde a le besoin de se sentir respecté, d'avoir une estime suffisante d'eux-mêmes et de se sentir valorisé par autrui sur de réelles compétences. La satisfaction du besoin d'estime de soi conduit à des sentiments de confiance en soi, de compétence et de se sentir utile à son entourage.

❖ Besoin de réalisation de soi

Malgré que tous les autres besoins soient satisfaits, il serait idéal qu'une personne fasse ce en quoi elle est douée. Ce besoin est plus spécifiquement la capacité de réaliser tout ce dont nous sommes réellement capables d'être et de faire. Bien entendu, il est différent pour tout le monde. L'apparition de celui-ci dépend bien entendu de la satisfaction des précédents (Maslow, 2013, p. 11-37).

3.1.5 En bref

La sexualité ne se limite donc pas à l'acte sexuel mais bien à diverses composantes qui structurent notre personnalité, notre fonctionnement, nos valeurs, notre éducation, etc. Elle est une notion complexe faisant partie de nos besoins et de notre identité. Mais aussi, une construction sociale car la société nous transmet en quelque sorte une norme de sexualité (permissible et interdit).

Notre sexualité dépend de notre environnement, de notre culture, de notre éducation, de notre spiritualité, de nos expériences, etc. La sexualité et sa représentation sont uniques. Elle se répercute dans plusieurs facettes de notre personnalité et a un impact direct sur notre vie.

3.2 Vieillissement

Afin de pouvoir aborder ma question de recherche, il est important de définir le vieillissement et les changements que cela implique et de comprendre, entre autre, leurs impacts sur la sexualité.

3.2.1 Définition du vieillissement

Le vieillissement est un processus physiologique inévitable qui débute de la naissance jusqu'à notre mort et qui nous transforme. Nous pouvons concrètement le voir lors de l'affaiblissement de nos

capacités et de la modification de notre organisme. Les rides ou les cheveux blancs peuvent être le reflet de notre vieillissement mais n'ont pas d'effet sur notre fonctionnement physique. Bien entendu, cela est lié à d'autres dimensions de la vie et de la personnalité (Hervy, 2001, p. 23).

Pourtant, il existe certaines circonstances qui accélèrent l'entrée de l'étape de la vieillesse. Ces événements peuvent être une hospitalisation, un deuil d'un proche décédé, un anniversaire, etc. Mais cette étape est, bien entendu, liée à son rapport à soi, à son image corporelle, nos stéréotypes, la vie menée, etc. (Caradec, 2009, p. 44-45).

Le vieillissement engendre un double processus qui est le suivant : l'individuel (social et organique) et le collectif (génération vieillissante) (Thibault, 2009, p. 4). L'enjeu social d'une meilleure connaissance du vieillissement en général fera en sorte que les conditions de vie pour les personnes âgées soient plus propices afin qu'elles se sentent plus acceptées et plus reconnues dans ce qu'elles vivent.

La culture du vieillissement provient des savoirs que nous avons de la vieillesse. La société a dans l'idée qu'il faut neutraliser le vieillissement. Si nous pensions d'une autre manière, il y aurait peut-être une vieillesse différente dans laquelle la personne s'épanouirait davantage. Mais cette manière de penser dépend de la société et de la culture dans laquelle la personne est baignée. La manière, dont les personnes âgées se représentent, a été influencée par la société actuelle ainsi que celle dans laquelle elles ont grandi (Caradec, 2009, p. 42-43). Mais quand sommes-nous donc considérés comme une personne âgée ?

Selon Patrizia Anex, sexologue, une personne âgée est quelqu'un qui est en âge AVS. La vieillesse comprend le troisième et le quatrième âge (Ma Radio, On en parle, 05.06.2014). Selon Charlotte Mémin, les personnes ayant autour de huitante ans sont considérées comme étant dans le grand âge. Il existe donc des divergences sur ce point en particulier (Mémin, 2001, p. 189-196).

3.2.2 Diverses formes de vieillissement

Il est nécessaire de décrire les processus de vieillissement afin de comprendre la personne âgée et l'évolution de sa sexualité. Ils peuvent toucher, entre autre, les dimensions suivantes :

3.2.2.1 Vieillissement au niveau physique

Les capacités physiques et fonctionnelles de la personne diminuent petit à petit avec le temps, à partir de l'âge mûr. L'affaiblissement d'une fonction est différent chez tout le monde, ce qui veut dire que la personne réagit différemment face au vieillissement. Il y a un ensemble de modifications qui fait que la personne est plus vulnérable. Elle peut subir plusieurs types d'handicaps liés à l'évolution de son corps et/ou à l'apparition de maladies.

Avec l'arrivée de la ménopause chez la femme, il y a, entre autre, un arrêt de la sécrétion ovarienne d'œstrogènes et la disparition des cycles menstruels. Chez l'homme, la diminution progressive de la sécrétion de testostérone est variable d'un individu à l'autre. Quelques hommes âgés gardent une spermatogenèse suffisante pour procréer. Par contre, certains ont la prostate qui augmente de volume.

Le vieillissement de la fonction sexuelle est variable d'un individu à l'autre et est influencé par le statut hormonal mais aussi par des facteurs sociaux, psychologiques et culturels (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2008-2009, p. 6-12). Toutefois, la capacité physique face à une stimulation sexuelle ne s'affaiblit pas (Bee & Boyd, 2008, p. 313).

3.2.2.2 Vieillissement au niveau identitaire

Comme dit précédemment, le fait de vieillir veut aussi dire grandir (Hervy, 2001, p. 23). Ce qui suppose également une évolution de son identité. Ce développement identitaire affiche deux aspects : l'image renvoyée sur l'âge de quelqu'un et celle que la personne voudrait renvoyer. Bien entendu, ce fait dépend du groupe de pairs auquel la personne s'assimile. En fonction de l'âge de

Rapport-Gratuit.com

quelqu'un, un comportement type est apparenté. Un mécanisme de catégorisation se met en place et peut discriminer voir amoindrir certaines relations (Thibault, 2009, p. 5).

L'enjeu est de maintenir une bonne estime de soi, une conscience de sa propre valeur qui est confrontée à divers changements, de deuils qui chamboulent sa façon de vivre et son rapport au corps (Caradec, 2009, p. 44-45).

Selon Marie Marchand, psychologue en maison de retraite, le vieillissement a besoin de réajustements pour pouvoir affirmer son identité. D'ailleurs, la crise identitaire suppose un travail de deuil à faire à propos des capacités passées (Marchand, 2008, p. 23).

Deux tensions surviennent lors du vieillissement auxquelles la personne s'adapte en trouvant des solutions. La deuxième se retrouvera dans le vieillissement comportemental, ci-dessous, car elle comprend l'attitude qu'on adopte face à son propre vieillissement (Caradec, 2009, p. 44-45).

Première tension ***« être et avoir été »*** : cette situation affermit le sentiment d'une bonne estime de soi. Pour ce faire, certaines personnes poursuivent leurs loisirs qui les définissent et qui, d'une certaine manière, font partie de leur identité. Elles continuent également d'accomplir des tâches telles que le ménage, la lessive, etc. Elles se disent qu'elles sont encore capables de réaliser certaines activités qui sont en quelque sorte un ancrage identitaire. Elles portent un jugement sévère envers elles-mêmes en se comparant avec les personnes du même âge.

Mais lorsque la personne n'est plus apte à réaliser certaines activités, elle se réfugie dans son passé ce qui constitue un appui identitaire car elle s'assimile à la société d'avant. La télévision est, entre autre, un élément dans lequel la personne peut revivre certains souvenirs grâce à des programmes qui diffusent des chansons ou des films de son époque. Mais la personne peut aussi être révoltée car elle ne comprend pas la société actuelle à travers certaines émissions qui montrent l'état d'esprit contemporain. Sa famille peut aussi être un refuge pour la personne et se sentir valorisée de façon indirecte à travers la réussite de ses enfants et de ses petits-enfants. Elle le vivra comme une réussite personnelle. De plus, le fait que les proches s'intéressent à elle et s'en soucient démontre qu'elle compte pour eux.

3.2.2.3 Vieillissement au niveau comportemental

Cette dimension est en lien avec la précédente car s'il y a un changement de son identité, le comportement va être modifié également.

Deuxième tension ***« attitude adoptée vis-à-vis de sa propre vieillesse »*** : le comportement adopté permettra à la personne de réaliser une corrélation entre le passé et le présent afin de permettre de mieux appréhender le futur. Certaines personnes se sentent vieilles alors que d'autres ne le ressentent pas de cette manière. Celles qui ne se perçoivent pas comme telles n'ont pas réellement ressenti une rupture avec la première tension *« être et avoir été »*.

Chaque personne fabrique sa propre vieillesse. Les gens vont tenter autant que possible de ne pas se définir comme « vieille » car, à leurs yeux, cela les stigmatise par rapport à la société actuelle. Pour ce faire, elles vont préserver la continuité de leurs activités et de certaines actions dont elles sont compétentes (Caradec, 2009, p. 44-45).

Il existe un phénomène, **la déprise**, qui est une procédure de réaménagement de sa vie avec l'avancement en âge et les obstacles qui surviennent petit à petit. Cela peut être le fait de stopper certaines activités ou des relations et d'en remplacer par d'autres plus adéquates. Le processus de déprise sera plus important si la personne a de plus en plus de difficultés. Ce phénomène est déclenché par la contestation de certaines causes qui sont en rapport avec l'environnement et les aptitudes physiques telles que des problèmes de santé, la fatigue, la peur, la perte d'un proche, etc. Ces facteurs engendrent un amoindrissement d'opportunités et une diminution du réseau qui permet de pratiquer des activités.

De plus, la famille proche est une influence directe sur la continuité ou l'interruption de certaines activités. Ils auront probablement peur qu'il arrive quelque chose de grave à la personne âgée qui

suivra les conseils et/ou commencera à réfléchir face aux incitations de ses proches (Caradec, 2009, p. 42-43).

3.2.2.4 Vieillissement social

Les relations sociales se métamorphosent également avec le temps face aux chamboulements de la vie tels que les deuils, les changements normaux entre parents et enfants, le statut de retraité, etc. Le rôle social est toujours présent mais il évolue vers les grands-parents qui deviennent une aide et un soutien vis-à-vis des enfants (sentiment d'utilité) (Hervy, 2001, p. 32).

Le passage à la retraite est souvent bien vécu, car cette nouvelle étape de la vie est considérée comme une période d'épanouissement et de réalisation de soi. Les activités possibles d'entreprendre sont plus larges qu'auparavant (Caradec, 2009, p. 39).

Pourtant, vieillir est aussi perçu comme une menace. Le statut de la personne âgée évoque un déclin social et physique. Lorsque la personne n'a plus de travail, il y a en quelque sorte une perte de ce statut social qui est le travailleur (Thibault, 2009, p. 4).

Les personnes âgées ont alors l'impression de ne plus être à leur place dans la société. De plus, il y a divers changements tels que le décès des pairs, l'éloignement des enfants, l'évolution de la technologie, le changement sociétal, etc. Cette évolution amène la personne âgée à un repli sur soi, à plus de solitude ainsi qu'à l'abandon d'activités.

Pour couronner le tout, les publicités dans lesquelles les jeunes sont mis en avant, les films avec des acteurs méconnus pour les personnes âgées renforcent le fait de ne pas se sentir à sa place. Elles vont donc mettre en place des stratégies pour se sentir mieux. Ces tactiques peuvent être de lutter contre ce sentiment en se mettant au courant des nouvelles technologies ou alors de se replier en restant chez soi. Leur habitation peut être un endroit rassurant où tous les objets et les souvenirs sont présents. Les objets de la maison tels que les photos ou les souvenirs de voyage sont un rappel de ce qu'ils ont été. (Ancrage identitaire). D'ailleurs, certaines personnes vont tenter de recréer cela dans leur chambre en EMS (Caradec, 2009, p. 43-44).

Afin de davantage comprendre les chamboulements auxquels peut faire face la personne âgée et de la répercussion sur sa sexualité, je vous invite à parcourir les diverses transitions qu'elle peut parfois vivre.

3.2.3 Transitions marquantes dans la vieillesse

Ces changements, ci-dessous, n'apparaissent bien entendu pas les uns après les autres. Ce phénomène peut se produire mais ce n'est pas l'apanage de tous.

❖ Appréhender la retraite

Ceci est un moment de transition important. Auparavant, la retraite était considérée comme une « mort sociale » car la personne perd son statut de travailleur et petit à petit son réseau se restreint. De nos jours, cela commence à être envisagé d'une façon plus positive car le rôle de travailleur peut être remplacé par le rôle de grands-parents, la personne peut s'investir dans les associations, participer à de nouvelles activités, etc. La retraite peut être considérée, en tout cas au début, sereinement car cela implique plusieurs enjeux tels que la réalisation de soi, la reconversion (bénévole), etc.

Ce moment de transition peut être adouci par la **désocialisation professionnelle** en travaillant à un pourcentage plus bas, en se dissociant davantage de son lieu de travail, etc. La retraite consiste en une **réorganisation de sa vie** et peut être mieux vécue avec le soutien de son entourage (Caradec, 2009, p. 38-41).

❖ Surmonter le décès de son conjoint

Le veuvage, qui concerne davantage les femmes que les hommes, est un moment de transition plus difficile que la retraite. Cette expérience bouleverse à jamais la vie d'une personne, que cela soit la

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

mort de son conjoint ou de sa conjointe. Cette absence est douloureuse et difficile à accepter car le défunt ou la défunte a vécu avec la personne pendant une bonne partie de sa vie. De plus, si son réseau social s'était déjà amoindri, le décès de son compagnon ou de sa compagne renvoie à un sentiment de solitude plus accru. Le veuvage marque une **reformulation du lien conjugal** et non sa fin car les souvenirs, les objets, la famille entourant la personne renvoie à l'être perdu. La personne ne pourra jamais mettre de côté cette partie d'elle-même car elle a parcouru un bout de chemin avec le défunt ou la défunte et s'est construite une vie.

Ce sont surtout lors des repas, des rencontres familiales, des soirées que la solitude se fait ressentir de façon plus forte car la personne a perdu non seulement un être cher mais également un partenaire d'activités journalières ou hebdomadaires. De ce fait, la personne se questionnera sur le sens de certaines occupations.

Dorénavant, un **des enjeux** sera de passer par une phase de deuil, de combattre le repli sur soi, de mettre en place un nouveau projet de vie, de trouver de nouvelles activités, etc. Finalement, la personne doit réorganiser sa vie et donner un nouveau sens à son existence, ce qui n'est pas chose facile lorsque la personne a un âge peut-être déjà avancé et que son réseau social se restreint davantage. De façon plus explicite, elle devra renforcer son réseau familial ou son réseau d'amitiés à travers la continuité de certaines activités si elle ne veut pas rester replier sur elle-même. Étant donné que la personne se définissait peut-être également à travers l'être cher, son identité est mise à mal. Elle doit découvrir de nouveaux centres d'intérêts et réaliser certaines activités seules, ce qui veut dire de donner du sens à ce qu'elle vit.

Toutefois, si la perte du conjoint se produit tardivement, la personne aura moins de possibilités de transformation identitaire en raison de problèmes de santé limitant les activités, d'un revenu plus bas diminuant également la possibilité de nouveaux engagements, etc. (Caradec, 2009, p. 38-41).

❖ Entrer en maison de retraite

Selon les analyses de Goffman durant les années 1960 et 1970, l'entrée en institution consiste en un processus de dépersonnalisation qui peut être périlleux pour l'identité de la personne. Suite à cela, les établissements ont humanisé l'accompagnement en prenant en compte l'avis des résidents, en mettant en place de l'animation socioculturelle, etc., et en créant un lieu de vie communautaire.

Dans une maison de retraite où le résident côtoie des personnes physiquement et mentalement déficientes, **l'enjeu** est de **préserver son identité**. Les personnes dépendantes renvoient une image de ce que la personne a peur de devenir. Elle n'a pas envie d'être associée à ce type de pathologies. C'est peut-être en partie pour cela que la personne valide mettra en place des stratégies d'évitement en restant dans sa chambre et en limitant ainsi les contacts avec le personnel et les autres résidents. De plus, la communication avec les résidents, qui ont des capacités intellectuelles et physiques diminuées, reste difficile (Caradec, 2009, p. 38-41).

Selon Stefano Cavalli, sociologue et chercheur, le Valais est l'un des cantons avec, Vaud et Genève, à avoir étoffé les prestations de soins à domicile. Les personnes peuvent rester plus longtemps à la maison grâce à l'aide des centres médico-sociaux et au succès de la politique du maintien à domicile. Quand la personne n'arrive plus à assumer d'être seule à la maison à cause de son état de santé, l'entrée en EMS se présente comme une solution. D'ailleurs le huitante pour-cent des gens en EMS sont dépendants. Dans le cadre de la même émission, Geneviève Latham, directrice du home « Le Glarier » à Sion, précise qu'une bonne programmation est nécessaire lors d'une entrée en EMS (Canal 9, Émission du 19.01.2015).

Le processus d'entrée en EMS débute par le choix de l'établissement (lorsque cela est possible), le fait de pouvoir choisir, probablement le dernier domicile, fera en sorte que la personne se familiarise plus facilement dans les locaux de l'EMS. Le personnel du home sera un point de repère pour la personne âgée. Lors de l'entrée, le fait de discuter avec quelques résidents aidera, certainement, la personne à s'orienter dans ce nouveau lieu. La personne pourra, si possible, recréer un chez soi en personnalisant et en décorant sa chambre comme elle le désire. De ce fait, elle se

construit un nouveau monde plus intime (Caradec, 2009, p. 38-41). Nous avons cité, ci-dessus, la notion de dépendance à plusieurs reprises. Mais que signifie-t-elle concrètement ? Avant d'aller plus loin, je souhaite aborder et expliquer quelques notions.

3.2.4 Dépendance, autonomie et auto-détermination

Selon les doctoresses, Stéphanie Monod et Annelore Sautebin, **la dépendance** se définit par l'impossibilité de faire des activités physiques ou mentales importantes pour la vie quotidienne (AVQ). En Suisse, il y aurait 20 % de personnes, entre 75 et 94 ans, qui auraient besoin d'aide pour exécuter au moins une activité comme se laver. Une personne ayant une dépendance fonctionnelle aurait besoin de quelqu'un comme le soignant, ce qui peut rendre vulnérable.

L'autonomie est l'aptitude mentale à décider soi-même de quelque chose sans être influencé. La personne, ayant une altération de sa capacité de discernement, aurait une limitation de son droit à exercer son autonomie. Les facteurs peuvent être la maladie, l'isolement, la dépendance à autrui, etc. (Monod & Sautebin, 2009, p. 2353-2354).

Selon Pascal Tavier, directeur d'une maison de repos en Belgique, il est possible d'être autonome et dépendant à la fois. Une personne peut être dépendante pour la toilette mais peut décider de ce qu'elle va porter. Ce sont des notions importantes lors du vieillissement et de l'entrée en EMS (Tavier, 2003, p. 92).

Toutefois, il arrive souvent que nous confondions la notion d'autonomie et d'auto-détermination. Afin de mieux cerner ces divers concepts, voici la définition et ce que suppose d'être autodéterminé.

Selon Manon Masse, responsable de le la délégation suisse de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales (AIRHM) et professeure à la HETS Genève ainsi que Jean-Louis Korpès, professeur à la HEF-TS Fribourg, **l'autodétermination** est le fait de choisir librement et de décider, ce qui suppose de pouvoir réfléchir, agir en rapport avec le choix et d'assumer les conséquences. Il faut donc, entre autre, donner toutes les informations utiles, aider les gens à connaître leurs limites et capacités, soutenir les gens à obtenir l'aide et évaluer les conséquences et les avantages.

Les deux professionnels expliquent le modèle d'autodétermination de Wehmeyer (1998) afin de mieux saisir toutes ces notions. Il existe quatre facteurs pour distinguer l'autodétermination :

- **L'autonomie** : décider personnellement quant au choix
- **L'autorégulation** : planifier, soi-même, les buts et les étapes
- **Le pouvoir psychologique** : conscientiser grâce à l'expérience si le choix était judicieux ou pas et changer de manière de faire ou d'avis, le cas échéant
- **L'autoréalisation** : être capable de faire soi-même le plan prévu (Masse & Korpès, 2013, p. 1 et 6).

L'autodétermination est donc une notion plus complexe et large qui comprend l'autonomie et plein d'autres facteurs.

Plus précisément, selon Vincent Giroud, directeur de l'Essarde, Fondation Ensemble et Michèle Ortiz, chargée de communication, Fondation Ensemble à Genève, se demandait de quelle manière les personnes en situation de handicap peuvent s'autodéterminer dans un lieu de vie collectif. Cette notion donne lieu à une individualisation dans une institution dans laquelle l'accompagnement collectif astreint les personnes à respecter les règles et les plannings pour le bon déroulement de la vie communautaire. La Fondation Ensemble veille à ce que la personne puisse participer à son projet de vie, choisir et endosser les conséquences. Pour ce faire, les professionnels utilisent tous les outils pédagogiques et de communication utiles afin de permettre à la personne d'exposer son

besoin, ses envies, etc. Les échanges sont donc essentiels afin que la personne puisse s'autodéterminer.[6]

3.2.5 En bref

Nous avons bien compris que la vieillesse est une étape de notre vie dans laquelle beaucoup de transitions ont lieu. Dans la première tension, j'ai évoqué, entre autre, les activités passées de la personne et celles qu'elle peut encore pratiquer. Bien entendu, voir le corps qui vieillit et qui ne réagit pas comme auparavant peut aussi se retrouver dans cette première tension. En effet, voir son corps ridé qui développe quelques handicaps va influencer notre estime de soi et notre sexualité.

La sexualité va être influencée par les différentes sortes de vieillissement. Comme mentionné dans la deuxième tension, la personne âgée façonne sa propre vieillesse ce qui inclut la place qu'elle va donner à sa sexualité aussi en fonction de l'image qu'elle a d'elle-même, de sa socialisation, de sa capacité physique, de sa propre culture et éducation, etc. Les transitions, ci-dessus, vont changer l'identité de la personne, sa sexualité, etc. Mais d'abord, prenons connaissance de la sexualité des personnes âgées, ci-dessous.

3.3 Sexualité des personnes âgées

3.3.1 État des lieux

Les personnes âgées auraient une sexualité plus limitée étant donné qu'elles seraient plus fréquemment célibataires à cause du décès de leur conjoint. De plus, elles ont plus de difficultés à rencontrer un nouveau partenaire à cause du réseau plus restreint à partir de la retraite. Une autre explication est la surmortalité des hommes. Les femmes ont moins de chance de rencontrer un nouveau partenaire (Delbes & Gaymu, 1997, p. 1441). D'ailleurs, lors d'une émission TV, un directeur d'un home a expliqué que, statistiquement, il y a moins d'hommes (RTBF.BE TV. Sans chichis, Émission du 19.08.2016).

Mais le fait d'être célibataire n'est pas la seule cause à cette baisse de la sexualité. Il y a également les problèmes physiologiques, un mauvais état de santé, qui empêchent les rapports sexuels. Même les personnes qui sont encore mariées peuvent avoir une sexualité plus limitée. Une autre cause peut être aussi l'effet de génération. Auparavant, comme déjà mentionné, l'Église était plus présente dans la société. La vie sexuelle et affective était mal perçue au bout d'un certain âge. Et puis, pour certains, la libération des mœurs est arrivée tardivement et leurs valeurs et manières de penser n'ont pas évolué avec l'ère du temps.

De nos jours, les personnes âgées participent à la société de loisirs et de consommation. L'idée, qu'avec l'avancée en âge la sexualité se stoppe, commence petit à petit à changer dans l'esprit des gens. Les personnes âgées ont plus de relations sexuelles, elles ont un éventail plus large des pratiques amoureuses et peut-être plus de plaisir. Toutes ces notions sont dues à l'évolution et au poids des normes socioculturelles qui sont moins réprobatrices. La sexualité devient par contre tout autre pour les personnes âgées. Elle évolue et se transforme au fil des années (Delbes & Gaymu, 1997, p. 1447-1465).

Nous avons pu constater que la sexualité se fait plus rare à cause du célibat, du temps qui passe, des mœurs de la société, etc. Mais cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de sexualité. D'ailleurs, selon plusieurs recherches, il a été démontré que beaucoup de gens gardent un intérêt pour la sexualité et conservent pendant un bout de temps leurs capacités sexuelles. Par exemple, en 2012 au Canada, un sondage avait été entrepris et a démontré que la grande partie des participants de 65 ans et plus ont dit que la sexualité était importante et qu'ils étaient encore actifs (Langis & Germain, 2015, p. 205).

[6] http://www.reiso.org/spip.php?article3095 (Consulté le 15.11.2016)

3.3.2 Stéréotypes de la sexualité des personnes âgées

> *« Parler de la sexualité des personnes âgées suscite un malaise chez les uns, un sourire chez les autres. »* (Langis & Germain, 2015, p. 205).

Dans l'esprit de certaines personnes, nous avons saisi que les personnes âgées n'ont pas de désir et sont considérées comme désexualisées (Langis & Germain, 2015, p. 205). Les représentations que nous avons sont importantes dans le fonctionnement de la personne. Comme vu précédemment, les médias y sont aussi pour quelque chose, car les normes, qui y sont véhiculées, influencent notre société. D'ailleurs, elles vont déterminer si un comportement est admis ou pas. Ce phénomène s'appelle l'influence sociale normative. En ce qui concerne la sexualité des personnes âgées, les représentations renvoient à de la perversion (Ribes, 2009, p. 35-40).

Selon Patrizia Anex, sexologue suisse, la sexualité est un tabou pour la société, mais celle des personnes âgées l'est davantage. Il existe beaucoup de croyances à propos de la sexualité des personnes âgées qui sont, entre autre, les deux ci-dessous.

- La sexualité et le désir disparaitraient avec l'âge.
- La sexualité laisserait la place à la tendresse (Ma Radio RTS. On en parle, Émission du 05.06.2014).

Selon Sherman qui prend appui sur les œuvres de Butler (1998, cité par Ribes, 2009, p. 35) les principales représentations sont que : les personnes d'âge mûr n'arriveraient pas à faire l'acte sexuel, qu'elles sont fragiles ; qu'elles ne sont pas attirantes donc pas désirables ; le sexe est honteux et pervers, etc. De plus, selon Stiar et Hoffman, (1984, cité par Ribes, 2009, p. 38) ces idées renforceraient la solitude, diminueraient l'estime de soi et provoqueraient des troubles sexuels.

Une des causes de ces représentations proviendrait de la peur du vieillissement (Ribes, 2009, p. 35-40). De plus, selon Patrizia Anex, le cerveau arrive à se projeter dans les vingt années à venir. Nous sommes, en quelque sorte, limités de ce côté-là. Du coup, arrivé à un certain âge, la personne peut se sentir moins vieille de ce qu'elle aurait imaginé (Ma Radio RTS. On en parle, Émission du 11.06.2015).

Souvent la personne âgée se sent vieille avec l'apparition de problème de santé. Le signe d'un bon vieillissement est le fait de paraître plus jeune que son âge. Lorsque la personne est considérée comme vieille, elle rentre dans la catégorie des grands-parents et non plus à celle des hommes et des femmes. La mise en place d'une éducation sexuelle pour les adultes et les personnes âgées contribueraient à faire évoluer les représentations négatives (Ribes, 2009, p. 35-40).

Le besoin sexuel est normal et ne pas y faire attention signifie de ne pas se considérer dans un certain sens. Mais certains aînés s'empêchent de vivre leur sexualité à cause des représentations de la société. Ils se sentent honteux de se masturber par exemple. Il faudrait donc discuter de la sexualité avec eux et/ou aménager un espace pour d'éventuels échanges (Ribes, 2009, p. 59).

3.3.3 Rapport au corps

Au fil des années et/ou aux périodes de la vie, l'intérêt pour le corps varie ainsi que la sexualité en fonction de la disponibilité de la personne. Les facteurs de cette fluctuation peuvent être professionnels, familiaux et émotionnels (avec son partenaire). La sexualité a besoin d'un lieu, d'un moment pour pouvoir s'exprimer.

Il est parfois dur de reconnaître que son corps change et nous renvoie une autre image de soi. Le fait de vieillir c'est aussi d'apprivoiser un nouveau corps, de le comprendre et de l'explorer. Il faut également entretenir ce désir. En effet, il ne vient pas tout seul. La réaction du partenaire est cruciale, à ce moment-là, car l'autre peut nous faire sentir désiré et ainsi entretenir une sexualité. Pour cela, il faut déjà qu'on regarde la personne âgée comme une personne désirante et ayant des besoins et non comme une personne avec un corps dysfonctionnel. Ne pas se sentir désirable est

une limite à la sexualité. Cela n'est pas évident car les traces de la vie peuvent être vécues comme une honte dans une société où la jeunesse est mise en avant (Ribes, 2009, p. 79-84).

Selon Patrizia Anex, la personne âgée pense qu'il faut cacher son corps et ne pas se mettre en valeur car notre société valorise moins cette tranche d'âge. Toutefois, cela est en train d'évoluer avec le vieillissement de la population. Il est important de réapprendre son corps et celui de son partenaire. Les personnes âgées trouveront peut-être érotiques des cheveux blancs par exemple (Ma Radio RTS, Émission 05.06.2014).

D'ailleurs, selon Charlotte Mémin, la peau est un lieu d'échanges, d'émotions, de désirs et de communications. Le toucher est le sens qui se transforme le moins avec le vieillissement. Les personnes âgées n'ont pas perdu ce besoin d'être touché et de toucher à leur tour (Mémin, 2001, p. 189-196).

Cependant, dans cette période, l'estime de soi peut donc en prendre un coup.

3.3.4 Estime de soi

Comme déjà dit précédemment, il existe deux façons de se voir: l'image de soi renvoyée par le miroir qui peut être perçue négativement ainsi que la perception d'autrui avec les remarques des proches et, tout particulièrement, de son partenaire.

Parfois, un écart existe entre l'image que nous avons de nous-mêmes et celle que nous renvoyons. Le risque pour la personne âgée est de se sentir étrangère à elle-même. Elle peut se dévaloriser énormément. Le plus gros travail sera de voir positivement son corps comme étant capable. Pour la sexualité, il est important d'avoir une bonne estime de soi, une bonne image corporelle et de se sentir autonome, de s'affirmer, de pouvoir imaginer, fantasmer, etc.

L'estime de soi va être influencée également par l'impression que nous pensons transmettre sur notre corps, celle que nous avons de la manière qu'ils perçoivent notre apparence et la honte ou l'amour de soi. C'est un travail à faire en continu étant donné que c'est une période d'adaptation (Ribes, 2009, p. 82-84).

Selon Mamine Pirotte, administrative des affaires de cœur et de corps, il faudrait bannir les pensées négatives, les culpabilisations et arrêter de croire que les personnes âgées ont perdu leur pouvoir de séduction. Penser que l'évolution corporelle engendre des dysfonctionnements sexuels est une erreur (RTBF.BE. Sans chichis, Émission du 13.07.2010).

3.3.5 Intimité

Le concept d'intimité est, selon Erik Erikson, psychanalyste et psychologue du développement américain, la possibilité de s'exprimer avec quelqu'un sans avoir peur de cesser une relation ainsi qu'avoir une indépendance sans se sentir en danger. Il y a une prise en compte de l'autre et une préoccupation de son confort (Bee & Boyd, 2008, p. 348).

Nous avons vu que, dans ces moments de changement corporel, la sexualité va être influencée. En effet, le changement physique du partenaire est un élément important de la baisse d'intérêt pour la sexualité. Mais le vécu du couple aide énormément ainsi que les moments de joie et de tristesse qu'ils ont vécus ensemble. Le fait de continuer à faire des efforts renforce l'intimité. La préserver consiste à pouvoir demander de l'aide et aider son partenaire lorsqu'on ne se sent plus capable ; être à l'aise avec son partenaire pour bien communiquer ; garder un espace à soi et entretenir une vie sociale à côté (Ribes, 2009, p. 90-91).

Garder une intimité veut dire s'accepter et garder une bonne communication avec son partenaire afin de trouver ensemble des solutions pour garder une sexualité épanouie. Ceci rejoint donc l'idée d'Erikson. L'intimité veut aussi dire avoir une intimité émotionnelle. Le partage de cette évolution et des émotions qui l'accompagnent renforce le couple. D'ailleurs, la sexualité est également un partage de plaisirs, de sentiments mais aussi une construction de l'identité de la personne âgée en renforçant sa valeur personnelle. Étant donné que cela fait probablement plusieurs années qu'ils se

connaissent, une intimité émotionnelle s'est installée. Une sexualité chez les personnes âgées se dit donc une sexualité évolutive. Mais l'intimité avec quelqu'un d'autre veut dire déjà une intimité avec soi et une acceptation de soi (Ribes, 2009, p. 43-58).

3.3.6 Sexualité évolutive

Les personnes âgées subissent des changements dans leur sexualité étant donné que les facteurs psychologiques influencent sur le désir et les facteurs biologiques sur la capacité sexuelle. Certaines difficultés qui peuvent survenir sont le fruit de l'incompréhension face à ces changements. Les personnes deviennent plus anxieuses et parfois stoppent leurs rapports.

Comme dans les précédentes transitions de la vieillesse, la personne peut s'adapter pour vivre pleinement sa sexualité. Elle n'est pas obligée de mettre de côté sa vie sexuelle. C'est une évolution et une continuité. À un âge avancé, les pratiques sexuelles évoluent en fonction des désirs, de l'exploration de ce « nouveau » corps, de la nécessité de certaines postures à cause du mal de dos par exemple. D'ailleurs, le fait de s'adapter en pratiquant de nouvelles positions contribue à une sexualité plus épanouie. En effet, le fait d'oser certaines pratiques entretient le désir. Il faut dire aussi que la tendresse et la sensualité sont davantage présentes dans la vie de couple des aînés. La sexualité semble aussi plus calme sans avoir forcément des enjeux de pouvoir. Dans un couple âgé, elle s'alimente aussi de la vie passée avec cette personne, la connaissance de l'autre, les souvenirs, etc. (Ribes, 2009, p. 43-48).

Selon Juliette Buffat, médecin-psychiatre et sexothérapeute suisse, la sexualité n'aboutit pas toujours à une éjaculation mais peut se définir par le toucher, un contact physique, des caresses, de la transmission de la tendresse, etc. D'ailleurs, le travail de sexologie est d'expliquer qu'il n'y a pas de normes en soi. Il n'y a aucune normalité dans la sexualité et chacun trouve ce qui lui convient. Si cela ne va pas comme on l'espère, l'idée est de dédramatiser. La sexualité n'est pas figée (Pekmez & Rebetez, Reportage sur Temps présent, 2016).

D'après Patrizia Anex, la personne âgée peut avoir une plus grande créativité, surtout si elle a des troubles sexuels, et équilibrer par des caresses, des baisers, de la tendresse, etc. De plus, rappelons qu'un rapport sexuel n'est pas seulement la pénétration mais aussi la fellation, le cunnilingus, les caresses, etc. (Ma Radio RTS, On en parle, Émission du 05.06.2014).

À ce moment de la vie, la sexualité peut se définir en plusieurs formes. En effet, nous devons considérer leur sexualité dans un terme de qualité et non de quantité. Les personnes ont plus de temps et d'occasions pour travailler leur intimité (Langis & Germain, 2015, p. 207). Selon DeLamater en 2005 (cité par Langis & Germain, 2015), l'image, que la personne âgée a de sa sexualité, va beaucoup influencer le désir sexuel ainsi que les capacités physiques. La progression sociale et psychologique influence sur les changements de leur vie sexuelle (Langis & Germain, 2015, p. 207).

Patrizia Anex rajoute que, la sexualité d'une personne qui l'a bien développée durant sa vie et qui connaît bien son corps, pratiquera l'acte sexuel encore longtemps. L'image, que nous avons et l'importance que nous lui donnons, influence donc notre sexualité (Ma Radio RTS, On en parle, Emission du 05.06.2014).

La pratique sexuelle chez les aînés engendre des bénéfices. C'est d'ailleurs un facteur de bonne santé et de bien-être. Toutefois, il faut un certain bien-être psychologique pour pouvoir avoir un bien-être sexuel. Il faut avoir un équilibre personnel et relationnel (être disponible sexuellement donc voir son corps comme désirant) (Ribes, 2009, p. 24-25).

Selon Butler et Lewis, (1973, cité par Ribes, 2009, p. 25) certains bénéfices sont les suivants : exprimer des émotions positives ; s'assurer que son corps transmet encore du plaisir ; garder une bonne estime de soi ; pouvoir encore plaire ; etc.

Selon Hilmann, (2000, cité par Ribes, 2009, p. 59) la sexualité des ainés est adjoint à d'autres désirs tels que l'intimité émotionnelle qui est nécessaire pour pouvoir se livrer, la jouissance

physique qui pour la personne âgée démontre qu'elle peut avoir d'autres sensations que celle du corps « déficient ».

À présent, avant d'aborder la sexualité des personnes âgées en EMS, je vous laisse, d'abord, découvrir plus concrètement, ci-dessous, la notion d'EMS qui a, néanmoins, déjà été mentionnée à maintes reprises dans ce travail.

3.4 L'EMS

L'EMS est un lieu de vie pour les personnes d'âge mûr qui n'arrivent plus à vivre seules chez elles à cause de leur perte d'autonomie (Dr. Bianchi-Demicheli, 2013, p. 23-24). Ces structures accueillent pour des courts ou de longs séjours des personnes nécessitant de soins en fonction de leur état de santé physique et psychique. Ils assurent l'hébergement, l'accompagnement social et infirmier.[7]

À l'époque (19ème siècle), la médecine sépare la notion d'hébergement et de soin. Avec la loi du 21 décembre 1941, il n'y aura plus la notion de logement pour les pauvres. Les hospices ont donc été médicalisés pour les personnes dites vulnérables. En créant des hébergements pour les personnes âgées dépendantes, les maisons de retraite ont vu le jour (Darnaud, 2007, p. 94).

Il est intéressant de noter que, selon la loi sur les établissements médico-sociaux pour les personnes âgées (2002), deux catégories d'établissements sont identifiées :

- **La maison de retraite** : ces structures offrent l'hébergement, la restauration ainsi que l'animation. Les personnes, qui y vivent, n'ont pas forcément besoin de beaucoup de soins. Ces lieux me font penser aux structures « Domino », en Valais, qui sont des appartements protégés.
- **L'EMS** : dans cette structure, se rajoute, par rapport à la précédente, l'accompagnement et les soins apportés à la personne vis-à-vis de l'état général de sa santé. Les personnes âgées sont donc moins indépendantes. [8]

Les points positifs de l'entrée dans un EMS sont de : bénéficier de soins réguliers et adaptés, de se sociabiliser et d'avoir un sentiment de protection. C'est un lieu de rencontre aussi où les gens peuvent tomber amoureux.

Par contre, il y a des règles, des horaires, des contraintes, etc. Souvent, la personne se sent déracinée, dépendante et infantilisée à cause du contrôle pouvant être mal perçu. Dans ce milieu-là, une relation intime peut être valorisée car elle est importante pour la satisfaction de leur existence et de leur bien-être (Dr. Bianchi-Demicheli, 2013, p. 23-24). Avoir des règles trop sévères et sécurisantes pourraient limiter encore la liberté des résidents en mettant de côté la bienveillance de l'accompagnement qui souhaite préserver l'autonomie des gens (Crochon & De Rugy, 2011, p. 28).

Marie Marchand explique que les règles institutionnelles diminuent la capacité de décisions. Pourtant, le bien-être est aussi lié au sentiment de maîtrise. Les homes ont une emprise sur certaines dimensions de la vie du résident. Il est donc très important de travailler sur la préservation du libre choix, ce qui contribue évidemment à son bien-être.

Finalement, disons que, selon Marie Marchand, la maison de retraite devrait aussi être un endroit dans lequel la personne ressent le sentiment d'appartenance à un groupe mais aussi dans lequel elle se différencie des autres afin de garder son identité (Marchand, 2008, p. 25-26).

3.4.1 Sexualité en EMS

Dans le chapitre (3.3.6) de la sexualité évolutive, nous avons compris que la sexualité peut prendre plusieurs formes et surtout qu'elle est mouvance. Voyons à présent ce qu'il en est de la sexualité des personnes âgées en EMS.

[7] https://www.vs.ch/web/ssp/ems (Consulté le 04.10.2016)
[8] http://www.fr.prosenectute.ch/cours-formation/financement-69.html (Consulté le 04.10.2016)

Selon Patrizia Anex, beaucoup de résidents peuvent tomber amoureux en EMS. L'amour peut exister tant que nous sommes en vie, ce qui inclut que nous pouvons faire l'amour (Ma Radio RTS, On en parle, Émission du 11.06.2015). Selon Charlotte Mémin, les couples, qui se forment en EMS, reflètent le besoin de diminuer l'anonymat à travers une relation à deux, dans laquelle, ils peuvent partager toutes les angoisses et surtout les plaisirs (Mémin, 2001, p. 189-196). De plus, dans le reportage de Béatrice Galpin, un couple s'est formé dans un home et ils ont une activité sexuelle. Ils avaient essayé de faire l'amour et Madame était tombée du lit. Ils ont dû faire appel au personnel qui ne s'est pas douté de ce qu'ils faisaient (Galpin, Mise au point, Reportage RTS, 2016).

Dans l'émission sur RTS avec Patrizia Anex, il était ressorti que faire l'amour dans un home peut être difficile à cause de règles telles que les horaires des repas. De plus, l'EMS peut être, pour quelques-uns, leur première expérience de vie en communauté. Beaucoup de choses sont imposées aux personnes âgées en EMS malgré le fait qu'on les accueille en disant qu'ils sont chez eux.

De plus, lors d'une des conférences de Patrizia Anex, elle avait appris qu'une étudiante avait fait une recherche et qu'elle avait démontré que, dans une chambre d'un EMS, il y a au moins vingt passages par jour, ce qui veut dire à peu près une fois par heure. Si un résident souhaite se masturber, prendre du temps pour se préparer ou tout simplement prendre soin de lui, cela peut devenir compliqué.

Cependant, Patrizia Anex explique que des solutions peuvent être trouvées comme de mettre un petit panneau qui indique qu'il ne faut pas entrer dans la chambre. Apparemment, ce genre de procédé commence à se mettre en place, même si le panneau n'est peut-être pas toujours respecté à cause du travail que doit faire le personnel infirmier. Un réaménagement institutionnel et personnel est nécessaire. Le regard et l'ouverture d'esprit apportés par le personnel et la famille sur la sexualité seront importants (Ma Radio RTS, On en parle, Émission du 11.06.2015).

Selon le Docteur Francesco Bianchi-Demichelli, avec l'âge il y a une diminution de l'activité sexuelle liée au vieillissement qui accroît le risque d'avoir des maladies, des troubles, des problèmes sexuels, etc. Le corps vieillit et la fonction sexuelle ainsi l'image et l'estime personnelle sont touchées. Toutefois, nous avons compris que les personnes âgées gardent un intérêt pour la sexualité.

Du coup, les soignants sont confrontés à l'expression de la sexualité des résidents. Même si les personnes conservent des besoins sexuels, ils sont parfois mal perçus par le personnel soignant. Il est difficile d'imaginer la sexualité de ses propres parents. C'est pour cette raison qu'il peut être difficile de penser à celle de la personne âgée et encore plus ardue à celle de nos grands-parents. Les stéréotypes s'additionnent, souvent, à cette complication.

D'après le Docteur, il faudrait faire la part des choses et identifier si la sexualité est l'expression d'un besoin, d'amour et non un effet médicamenteux ou maladif. À ce moment-là, il devrait y avoir un espace pour que le résident exprime ses besoins en toute intimité (Dr. Bianchi-Demicheli, 2013, p. 23-24).

Toutefois, dans quelques établissements, les résidents n'ont pas accès aux informations liées à la sexualité ou n'ont pas de suivi avec des gynécologues ou encore des sexologues. Ils ont moins d'occasions de parler de sexualité, de s'isoler ou d'avoir un lit double (Crochon & de Rugy, 2011, p. 28-30). Patrizia Anex souligne, d'ailleurs, que faire l'amour sur un lit simple peut être difficile surtout que les positions peuvent être plus délicates à cause des douleurs physiques (Ma Radion RTS, On en parle, Émission du 11.06.2015).

De plus, il se peut que certains professionnels nient la sexualité des résidents et adoptent des attitudes moralisantes et infantilisantes allant parfois jusqu'à de la maltraitance (Crochon & De Rugy, 2011, p. 28-30). Sans oublier que le personnel doit, parfois, être attentif aux personnes ayant des troubles cognitifs qui manifestent leur besoin sans gêne et peut parfois avoir des conséquences affolantes (Longerich, 2015, p. 62).

Finalement, rajoutons que selon, Gérard Ribes, psychiatre sexologue, l'épanouissement personnel et sexuel des personnes du « baby boomer », celles qui sont nées après la deuxième guerre mondiale, sont un composant important de leur vie. Du coup, il conseille aux EMS dans lesquels il intervient de se préparer à la venue de cette génération qui pourra davantage exprimer leurs besoins (RTS, Spécimen, Émission du 11.08.2013). Selon Gérard Ribes, encore, les établissements ont été créés pour les personnes seules. Le couple dérange donc le personnel et les autres résidents. [9]

3.4.1.1 L'assistance sexuelle

Tout le monde n'a pas la chance de rencontrer quelqu'un dans un EMS. Certaines structures font donc appel à des assistants sexuels comme l'EMS « Les Marronniers » à Genève.

Joël Goldstein, directeur de l'EMS « Les Marronniers », explique que les résidents peuvent avoir des propos gênants pour le personnel soignant comme le fait de demander de venir le laver ou de le caresser. Il organise des cours pour sensibiliser tous les professionnels. L'enjeu est de briser les fantasmes et les mythes de la sexualité des personnes âgées et de l'assistance sexuelle en particulier. Suite à leur venue, les résidents arrêtent leur masturbation effrénée et leurs allusions sexuelles qui sont vécues par le personnel comme une agression verbale.

Toujours dans la même émission, à l'EMS « Mont-Calme », à Lausanne, Eliana Crausaz, cheffe d'unité d'accompagnateurs, intervient auprès des personnes lorsqu'elles ont des propos ou des attitudes déplacées pour savoir quels besoins se cachent derrière. Elle est tout de même confrontée à la résistance du personnel. Une infirmière expliquait que l'assistance sexuelle la dérangeait car elle n'aimerait pas savoir que son grand-père ait ce genre de propositions malgré des besoins sexuels encore présents. Le fait que l'assistant sexuel soit payé, peut aussi rendre mal à l'aise certains professionnels qui n'arrivent pas à comprendre comment quelques personnes puissent faire ce métier.

Une assistante sexuelle, Judith, ancienne prostituée, explique qu'elle fait ce métier car elle aime le contact corporel, humain et la sensualité. Elle est curieuse et le corps vieillissant ne la dégoûte pas. Ce métier est relativement récent et le professionnel peut définir ses limites. Elle souligne que ce ne sont pas des patients même si elle va à l'EMS car la sexualité n'est pas une maladie et l'assistance sexuelle n'est pas un soin. Elle explique que les bénéficiaires sont contents d'avoir un contact physique. Par contre, faire appel à un assistant sexuel coûte cent-cinquante francs de l'heure. Il n'est pas toujours possible à la personne de payer ces prestations et la famille ne coopère pas toujours. L'EMS « Les Marronniers » ont trouvé une solution qui est de faire appel à une fondation qui accepte de soutenir le résident dans cette démarche (Galpin, Mise au point, Reportage RTS, 2016).

Selon, Catherine Agathe Diserens, présidente de Sexualité et Handicaps Pluriels ainsi que sexo-pédagogue spécialisée et formatrice pour adultes, l'assistance sexuelle est une solution parmi d'autres. Cette assistance est un appui, pour tout acte socialement acceptable, qui vise à développer l'autonomie sexuelle tout en considérant l'identité et l'orientation sexuelle. Ce concept aide la personne en utilisant son propre corps. Les échanges se basent autour de notions comme l'empathie, la confiance, la proximité et non celle de la séduction. Une personne pratiquant ces prestations ne pourraient pas en faire son métier car elle ne peut pas en vivre. Ses prestations peuvent aller de la préparation d'un espace intime, contacts de corps, jeux sensuels et sexuels, se faire masturber, être caressé, etc. La pénétration n'est pas obligatoire mais est affaire de limites personnelles entre l'assistant sexuel et la personne concernée (Diserens, 2016, slide 1-31).

3.4.2 En bref

À présent, nous avons une idée emblématique des notions théoriques ci-dessus. Le but, à présent, est de savoir quelles offres sont proposées par les EMS et, plus particulièrement, ceux en Valais. Afin que la personne puisse participer à sa sexualité, comment le personnel social et infirmier

[9] http://www.blogdunsexologue.com/sexualite-en-ehpad-attention-sujet-tabou (Consulté le 10.10.2016)

perçoivent la sexualité et que proposent-ils aux personnes en cas d'expression de besoin ? Dans la prochaine partie de ce travail, les objectifs et les hypothèses pourront être traités.

Figure 4 : Image de personnes âgées s'aimant dans un panneau de signalisation récupérée du site : http://www.silvereco.fr/sexualite-des-seniors-une-etude-britannique-chasse-les-idees-recues/3139799

Pour finir, je vous présente deux phrases qui résument bien l'importance de la sexualité chez les aînés :

> *« Conserver une sexualité, c'est garder un espace de jeu dans la relation, c'est rendre son corps vivant dans une parenthèse sensuelle, c'est continuer à se découvrir et à découvrir l'autre dans un temps de plaisir. Entretenir cette part de soi, c'est rester une personne entière. »* (Ribes, 2009, p. 144).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

4. Hypothèses de recherche

Pour faire suite à la partie théorique et répondre à ma question de recherche ainsi qu'atteindre mes objectifs, je souhaite vérifier ces quatre hypothèses et les sous-hypothèses :

1) L'EMS met en place, peu de dispositifs concrets et adaptés aux besoins de la personne en matière de sexualité :
   a. Dans le cadre de la chambre du résident, l'EMS met peu de dispositifs en place tels que l'installation d'une affiche « ne pas déranger » devant la porte ou l'aménagement d'une chambre avec un lit double que la personne ou un couple pourrait réserver.
   b. Dans la mesure du respect de la vie collective, les dispositifs restent peu développés.
2) Le personnel infirmier et social ont une certaine marge de manœuvre concernant la pratique de la sexualité des résidents :
   a. Les professionnels trouvent des solutions, au cas par cas, pour combler le manque de dispositifs.
3) Le personnel infirmier et social offrent la possibilité aux personnes âgées d'aborder le sujet de la sexualité :
   a. Le personnel prend en compte les besoins sexuels du résident.
   b. La personne âgée peut échanger avec le personnel en fonction de sa situation ou de sa capacité de discernement.
   c. Dans l'optique que la personne âgée participe à sa sexualité, elle trouve des solutions en collaboration avec le personnel infirmier et social.
4) Le travail social a sa place dans le fonctionnement d'un EMS et influence de près ou de loin à la mise en place des dispositifs liés à la sexualité des personnes âgées.

Afin de pouvoir vérifier ces hypothèses, j'ai dû aller récolter les données auprès de professionnels qui collaborent avec la personne âgée dans les EMS. Voici ci-dessous, plus en détails, la méthodologie entreprise afin de pouvoir analyser les propos et faire des liens avec la théorie présentée ci-dessus.

5. Méthodologie

5.1 Terrains d'enquête

Mes recherches se sont déroulées dans le périmètre du Valais central et dans le courant du mois d'octobre 2016. Initialement, mon enquête devait se réaliser auprès de deux EMS pour pouvoir les comparer et ainsi étayer davantage mon analyse. Toutefois, lors de mon premier entretien, l'infirmière-cheffe m'a conseillé de prendre contact avec un EMS qui avait mis des offres en place pour la sexualité des résidents. J'ai donc interviewé, à chaque fois, deux professionnels dans trois EMS différents. Ce qui fait que j'ai rencontré six personnes.

Idéalement, j'avais souhaité contacter l'EMS dans lequel ma réflexion avait débuté. Heureusement, cet établissement a été d'accord. Le deuxième EMS a été proposé par une assistante sociale de Pro Senectute qui m'avait expliqué, lors d'un entretien dans le cadre de ma formation, qu'elle avait entrepris des démarches pour un résident afin qu'il puisse participer à sa sexualité. Cet établissement est le même que celui que m'avait conseillé la première infirmière-cheffe. Une amie m'a orienté sur le troisième home car elle le connaissait bien.

5.1.1 Échantillon

Afin de mieux comprendre l'échantillon choisi, voyons ce que cette notion signifie pour une enquête : un groupe de personnes déterminé ayant des liens avec le thème choisi, les objectifs et la question de recherche.

La réalisation des entretiens s'est déroulée auprès des personnes suivantes pour chaque EMS :

- L'infirmier ou l'infirmière cheffe
- L'animateur ou l'animatrice socioculturelle

Les trois homes me permettent de comparer les différentes approches sur la question et d'avoir ainsi plusieurs opinions en fonction du corps de métier. Ainsi, j'ai su ce qui est mis en place ou non par les établissements en matière de sexualité pour les résidents. Je souhaitais que mes données apportent concrètement une réflexion sur la philosophie d'accompagnement et sur quel point le travailleur social pourrait avoir un impact à l'avenir. J'aimerais que ma réflexion aboutisse à des pistes ou perspectives professionnelles que le travailleur social et/ou le personnel de l'EMS pourraient peut-être utiliser lors d'interventions en rapport avec la participation à la sexualité de la personne âgée.

5.2 Méthodes de collecte des données

L'entretien est l'outil que j'ai choisi d'utiliser comme technique de récolte de données, car il permet d'avoir un contact direct avec les personnes et d'échanger ainsi sur les points de vue de chacun. Le style d'entretien que j'ai décidé d'utiliser est celui du semi-directif. Cet outil semble le plus approprié à mon questionnement car il n'est ni trop ouvert, ni trop contraignant. Il permet d'aller plus loin dans la discussion et la réflexion, car la personne peut s'exprimer comme elle le désire dans le cadre donné par les questions et le temps à disposition. Ce type d'entretien convient davantage à une recherche qualitative comme la mienne.

Cette recherche n'est bien entendue pas représentative de tous les EMS en fonction du nombre restreint d'échantillons. Ce travail n'a donc pas de valeur scientifique.

❖ Avantages et inconvénients de l'entretien semi-directif

Pour l'entretien semi-directif, un des avantages est de pouvoir entrer en profondeur dans les thèmes en développant des idées comme cité précédemment. Il est vrai, qu'avec ce genre de procédé, la discussion est plus libre contrairement à l'utilisation d'un questionnaire. J'avais, naturellement, le guide d'entretien avec des « phrases de relance » afin de m'aider à avoir un entretien plus fluide et complet. Un autre avantage est, d'ailleurs, d'avoir une plus grande liberté de parole et d'adaptation

étant donné que ce sont des questions semi-ouvertes. La personne interrogée avait le loisir de développer les reprises comme elle le désirait.

Les inconvénients sont le fait que l'entrevue soit influencée par le contexte, par les perceptions de chacun, par le vécu de la personne, par la raison de la rencontre et le sujet, etc. L'intervieweur doit, d'ailleurs, faire attention et peser les mots afin que la personne puisse répondre sans trop d'influence. Un autre inconvénient, lié au précédent, serait que les réponses soient influencées par l'entrevue en elle-même car elle se réaliserait dans le cadre du travail de Bachelor. Les propos seraient donc altérés à cause de l'image véhiculée par la position et le rôle de chacun (Mayer, Saint-Jacques, & Turcotte, 2000).

5.3 Enjeux éthiques

En ce qui concerne l'anonymat, j'ai tenté de faire mon possible pour le préserver malgré le petit échantillon. Je nommerai les EMS par des lettres telles que : Home A, Home B et Home C. Je distinguerai également l'infirmier ou l'infirmière et l'animateur ou l'animatrice avec des lettres du même genre que leurs EMS respectifs. Bien entendu, ce point a été éclairci avant de débuter l'entretien afin que chacun soit sur la même longueur d'onde.

J'avais envisagé, dès le début, de réaliser ces entretiens de façon individuelle en fonction de la disponibilité des personnes interpellées. Si elles l'avaient désiré, j'aurai pu leur envoyer la grille d'entretien afin qu'elles puissent avoir une idée plus précise sur l'orientation des questions et de peut-être pouvoir préparer quelques exemples. Concrètement, je n'ai pas eu à le faire. Les personnes étaient très intéressées par ma thématique et ont eu la gentillesse de se libérer rapidement.

Une phase de test a bien sûr été nécessaire pour me préparer, ajuster les outils et notamment l'ossature de la grille d'entretien. Lors des rencontres, j'ai utilisé un dictaphone avec le consentement des personnes concernées, afin de conserver une trace de leurs propos et de l'idée précise qu'elles ont voulu transmettre. Ensuite, j'ai retranscrit les six entretiens qui ont tous duré environ une heure et demie.

J'avais prévu qu'il y ait un enjeu de pouvoir, lors de mes entretiens car, étant donné que ceux-ci ont servi à mon travail, les propos des personnes ont été pesés. De mon côté, j'ai fait attention à mes préjugés, mes valeurs et mes idées afin de rester le plus neutre possible. Je devais donc adopter une attitude ouverte, une écoute active et faire attention à mon langage non-verbal.

Avant d'aller plus loin, je vous présente brièvement les EMS et le rôle des six personnes interrogées afin de mieux comprendre certains exemples donnés dans le prochain chapitre. Les EMS A et B sont de petites structures ayant une capacité d'accueil allant de vingt à quarante résidents. Le home C est bien plus grand car il peut recevoir cent-quarante personnes âgées.

Concernant les infirmières-cheffes A et B, leurs rôles sont très divers car elles peuvent s'occuper des soins infirmiers, de l'intendance, de la réception, etc. L'infirmier-chef C a un rôle plus ciblé. En effet, il se décrit comme gestionnaire et non comme soignant car il a un grand intérêt pour la gestion du personnel et la mise en place de projets liés aux soins.

Pour l'animateur A et l'animatrice C, leurs rôles sont de développer des ateliers, des animations groupales et individuelles, des rencontres à l'intérieur et/ou à l'extérieur du home en partant des besoins et volontés des résidents. Le but étant d'amener de la vie dans l'EMS. L'animatrice B a le même rôle à une exception près. Elle s'occupe aussi des soins donnés à la personne âgée le matin. L'animation se déroule donc l'après-midi et elle a un temps limité (trente minutes) pour préparer ses activités journalières.

Dans tous les EMS, les soignants et les animateurs collaborent davantage ensemble en se rencontrant au minimum une fois par semaine pour échanger sur l'état actuel du résident, de ses besoins, désirs, des projets en cours, etc. De plus, avec la complexification de certaines situations à cause des troubles, ils échangent souvent ensemble.

6. Cadre empirique : Analyse de données

6.1 Thèmes ressortis des entretiens

Dans ce chapitre, les grands thèmes des entretiens sont ressortis. Régulièrement, quelques citations renforcent mes propos. Il se peut que les personnes interrogées aient quasiment les mêmes opinions à certains endroits. Néanmoins, chacune de leurs idées sont présentées car certaines se complètent. Avant de passer au thème suivant, des liens avec les notions théoriques sont explicités, après la présentation des propos des personnes interrogées. Si certains éléments proviennent d'une théorie autre que celle décrite dans le cadre théorique, la référence vous sera affichée directement entre parenthèses.

6.1.1 Représentation de la sexualité et de celle de la personne âgée en EMS

Tout d'abord et avant d'aller plus loin, il est nécessaire d'aborder, du point de vue des intervenants, la notion de sexualité et celle de la personne âgée en EMS.

❖ Pour les soins

L'infirmière A explique que : *« La sexualité démarre avec la tendresse. Je pense vraiment que la sexualité passe, à cet âge-là, par le toucher […] le besoin de plaire […] ».* Pour elle, il existe un manque au niveau du toucher car les personnes âgées ne sont plus que touchées par les soignants. De plus, ce geste est différent car « *…les soignants mettent des gants pour tout […] c'est un autre toucher […] ».* En ce qui concerne l'acte sexuel, il n'est parfois plus présent à cause des difficultés physiques survenant au grand âge. Mais d'autres aspects sont présents comme l'affectivité. Toutefois, dans cet EMS, elle explique que la sexualité n'est quasiment pas considérée car, souvent, les gens arrivent seuls et peu de couples se forment au home.

L'infirmière B rejoint sa confrère du home A en soulignant que la sexualité : « *[…] n'est pas que la génitalité […] »* et que, pour la plupart des résidents, l'affectivité est plus présente. Pour elle, ce qui prédomine est, *« […] la recherche d'attention, de gestes doux […] ».* L'entrée en EMS est liée à une perte d'autonomie physique ou psychique et les couples ont tendance à s'éloigner même si le personnel essaie de garder ce lien. Par exemple, lorsqu'une dame entre au home et a un conjoint, elle leur propose une clé de la chambre pour préserver leur intimité. Elle leur explique qu'il est important qu'ils puissent rester un couple. Mais elle souligne que pour les aînés, il est gênant de parler de sexualité. Elle l'illustre en disant que : *« Souvent la réponse est : "On verra plus tard." Ce ne sont pas leurs soucis de savoir s'ils auront une vie sexuelle épanouie au foyer. Mais plus savoir si on va être gentils ».*

L'infirmier C raconte que : *« La sexualité, c'est la vie et c'est vraiment la base de grandes parties de notre fonctionnement… ».* Il rajoute que : *« […] ça fait partie intégrante de l'être humain […] ».* Il est donc, pour lui, important de donner une place à la sexualité en EMS. Toutefois, il est rare d'en parler et d'essayer de trouver des stratégies pour répondre aux besoins sexuels. Même si un résident a des comportements particuliers, les soignants n'oseraient pas en parler ou ils en parleraient entre eux directement.

❖ Pour l'animation

Pour **l'animateur A**, la sexualité est *« […] un besoin qui a toujours été là et jusqu'à la mort ».* Il rajoute que : *« Ce n'est pas parce qu'on entre en EMS, qu'il n'y a plus rien ».* L'animateur rejoint les propos de sa collègue car la sexualité ne se parlait pas à l'interne, jusqu'à une conférence, du mois d'avril 2016, sur les besoins affectifs et sexuels des résidents. L'association valaisanne des infirmiers-chefs en EMS organise annuellement une rencontre autour d'un thème. Cet évènement aurait permis une sensibilisation et une ouverture d'esprit. Pour lui, *« Le changement a plus été dans la prise de conscience de la réalité. C'est-à-dire de comprendre que la personne âgée a encore des besoins sexuels à assouvir ».* Il complète en disant que : *« Les directeurs ont été plus sensibilisés suite à cette séance. Ils sont pour mettre des choses en place ».*

Pour **l'animatrice B**, la sexualité des aînés est tout à fait normale. Elle dit que : *« […] ça ne me choque pas si des personnes âgées ont des rapports sexuels ».* Par contre, dans l'EMS, c'est un sujet tabou. Elle explique justement que si deux personnes consentantes ont envie d'avoir des rapports, il serait difficile pour ses collègues soignants d'accepter cette réalité. Elle en avait, une fois, discuté avec eux et il en était ressorti que : *« […] pour eux, c'est dégueulasse. Le sexe est choquant pour les personnes âgées ».*

L'animatrice C rejoint les propos de son collègue et explique justement que la sexualité, *« […] est très tabou […] il n'y a pas beaucoup de discussions là-dessus […] ».* Ce fait est réciproque pour les personnes âgées qui seraient très pudiques. De par leur éducation, la sexualité reste *« cachée ».* L'animatrice raconte que les résidents ont énormément de retenue et une basse estime d'eux-mêmes. Justement, elle dit qu'ils ont *« ...peur d'oser estimer qu'ils ont le droit de donner un regard ou une caresse sur l'épaule ».* Se donner la main dans une activité comme la bio-danse, est déjà difficile. Pour l'animatrice, les aînés se disent : *« […] on est âgés, donc on n'est pas attirants. Et on n'a plus fait ce geste depuis très longtemps […] ».* De plus, elle a l'impression que la sexualité se traduit davantage par un besoin retenu de tendresse, l'envie d'être touché, embrassé, etc. Le besoin du rapport sexuel peut aussi être présent mais est, lui aussi, étouffé.

6.1.1.1 En lien

Tout d'abord, les six professionnels s'accordent pour affirmer que la sexualité est une vaste notion et qu'elle reste présente dans la vie de la personne âgée. En effet, comme déjà vu auparavant, celle-ci est difficile à définir car elle a diverses dimensions telles que la biologie, l'affectivité, la psychologie, etc. La sexualité n'est pas toujours vécue de la même manière car elle dépend de notre fonctionnement, notre éducation, nos valeurs, etc. De plus, plusieurs recherches, telles que celles réalisées au Canada en 2012, ont démontrées que pour les personnes âgées, la sexualité est toujours présente dans leurs vies et qu'elle est même mise en pratique.

Toutefois, quasiment tout le monde explique que la sexualité est plutôt orientée vers la tendresse et la recherche d'affection. Cette affirmation rejoint les propos de Charlotte Mémin, psychologue, qui explique que l'affectivité est l'autre versant de la sexualité et qu'elle serait plus importante pour les personnes âgées. De plus, le toucher est le sens qui diminuerait le moins avec l'âge. Et si le besoin d'affectivité n'est pas satisfait, l'aîné peut tomber dans la dépression. D'ailleurs, pour Abraham Maslow, le manque d'amour engendrerait des inadaptations ainsi que des psychopathologies. De plus, il serait intéressant de noter que selon Patrizia Anex, sexologue, un des stéréotypes sur les aînés seraient que la sexualité laisserait la place à la tendresse.

Une conférence sur les besoins affectifs et sexuels a été organisée par l'association valaisanne des infirmiers-chefs en EMS. Les intervenants du home A ainsi que les infirmiers du home B et C ont pu y participer. Cette rencontre a permis d'ouvrir le dialogue à ce niveau-là car la sexualité des résidents est prise en compte. Patrizia Anex rejoint cette ouverture d'esprit en expliquant que des dispositifs commencent à voir le jour et que des solutions peuvent être trouvées.

La sexualité reste, pour tous, un sujet tabou autant pour les professionnels que pour les résidents. En effet, pour Patrizia Anex, la sexualité l'est davantage pour celle de la personne âgée. L'animatrice C explique qu'elle l'est, en effet, plus pour les résidents car ils auraient grandi dans un milieu où la sexualité ne se parlait pas. D'ailleurs, ils peuvent être très pudiques et avoir une très basse estime d'eux-mêmes. Ces propos rejoignent ceux de Charlotte Mémin. Effectivement, pour elle, la sexualité a été, pendant longtemps, un thème secret et intime, dont on ne savait pas comment l'aborder. Les aînés plus âgés peuvent encore être imprégnés de la notion de pudeur, la gêne et la honte de parler de sexualité (Mémin, 2001, p. 189-196). De plus, il peut être difficile de se reconnaître car le corps change et la personne doit s'acclimater aux diverses évolutions. Pour Patrizia Anex, l'aîné croit qu'il faut camoufler ce corps car la société actuelle valorise davantage les plus jeunes. Ceci a un effet sur l'estime de soi car la personne âgée se dévaloriserait.

La sexualité, selon l'animatrice B, serait pour quelques soignants *« dégueulasse ».* Le Docteur Francesco Bianchi-Demichelli souligne le fait qu'il est vrai qu'il est difficile d'imaginer la

sexualité des aînés. D'ailleurs, les stéréotypes déjà présents sur leur sexualité s'ajouteraient à ce fait. C'est peut-être la raison pour laquelle les soignants n'osent pas trop en parler comme l'explique l'infirmier C.

La question qui se pose maintenant est la suivante : Comment cette notion est-elle prise en compte ? Quels sont les dispositifs existants en EMS? Il est intéressant de le découvrir en sachant que la sexualité reste un sujet délicat qui n'est concrètement pas beaucoup discuté entre professionnels.

6.1.2 Dispositifs en lien avec la sexualité dans les trois EMS

❖ Home A

L'infirmière et l'animateur se rejoignent en disant qu'aucun dispositif clair n'existe que ça soit dans le cadre de l'animation ou dans les soins. Mais ce n'est pas pour autant que rien n'est mis en place.

L'infirmière explique que : *« Maintenant, il n'y a pas de dispositifs car je n'ai pas eu réellement de demandes, voire pas du tout ».* Toutefois, **la chambre** pourrait en être un car elle leur est assurée comme un lieu privé et intime. Pour elle, le fait de considérer ainsi cet espace, *« […] peut englober la sexualité ».* Mais elle rajoute que *« ce n'est pas dit tel quel […] mais ça sous-entend quand même que derrière la porte du résident, c'est chez lui […] c'est comme s'il paie un loyer. »* L'important est que chaque personne conserve sa liberté de communiquer, de recevoir des visites, etc. L'accompagnement du résident doit rester dans le respect de la personne et de son autonomie.

L'animateur rejoint sa collègue en expliquant qu'il n'y a pas de dispositifs dans l'animation car ils ne sont pas directement confrontés à leur sexualité, contrairement aux soignants. Pour lui, les infirmiers ont une autre vision car ils sont souvent dans l'intimité de la personne. Malgré que la sexualité reste un sujet tabou, des **dispositifs implicites** existent, selon lui, à l'intention du personnel. Par exemple, il raconte que les soignants *« […] savent qu'il ne faut pas déranger un monsieur durant l'après-midi parce qu'il a des besoins et qu'il se masturbe […] ».* Rien de clair n'existe en la matière car ces règles sont transmises par oral.

D'ailleurs, dans la philosophie de l'accompagnement du résident, la notion de sexualité n'y figure pas. Mais il trouve qu'elle pourrait en faire partie. Toutefois, pour lui, *« […] ça ne va pas être possible d'intégrer un concept dans la charte qui dit que chaque personne a droit à une sexualité ou de mettre quelque chose en place ».* Selon lui, *« la mentalité n'a pas assez évolué […] ».* La conférence aurait ouvert un peu l'esprit du personnel mais pas suffisamment. Il pense, qu'avec la venue d'une nouvelle génération, des dispositifs seront créés autant au niveau du personnel que des résidents.

❖ Home B

L'infirmière et l'animatrice n'ont pas exactement la même vision en ce qui concerne les dispositifs existants dans l'EMS.

Selon **l'infirmière**, *« On est obligé de prendre en compte la sexualité des résidents car ça fait partie d'eux. On ne peut pas mettre de côté leur manière d'exprimer leur sexualité ».* La philosophie du home promulguerait le fait que le personnel doit respecter les désirs des personnes âgées. Elle est vague mais elle signifie que le personnel accueille les résidents tels qu'ils sont.

D'après elle, les dispositifs sont, entre autre, le fait d'avoir **des chambres indépendantes** dans lesquelles les résidents peuvent recevoir qui bon leur semble. Les personnes, qui n'ont pas de troubles trop importants, ont la possibilité **d'avoir une clé de leur chambre** et de pouvoir s'enfermer si elles veulent avoir des rapports. Cette possibilité n'est pas mise en avant. Elle est dite implicitement. Les soignants ne sont pas censés ouvrir la porte. S'ils entrent et que quelqu'un se masturbe ou a de la compagnie, ils doivent partir en refermant la porte discrètement. Toutefois, selon elle, *« Si une personne devait avoir une activité sexuelle, je pense qu'elle le ferait plutôt chez*

elle qu'ici ». Même si les personnes âgées le peuvent, elle pense qu'elles ont une certaine retenue du fait que quelqu'un puisse rentrer dans leur chambre.

L'infirmière B explique que : *« La seule règle générale est de dire qu'ils ont* ***le droit de vivre leur sexualité comme ils l'entendent****. Ça ne nous regarde pas,* ***pour autant que le rapport soit choisi et voulu.*** *».* D'ailleurs, elle intervient rapidement auprès des résidents si elle trouve que certains ne respectent pas cette règle.

Elle explique aussi que dans le **règlement**, *« Il est clairement stipulé que le personnel n'a pas à avoir de rapports sexuels avec les résidents. Et que si quelqu'un devait tomber amoureux, on lui proposerait de changer de site. Il faut qu'ils gardent un rôle professionnel. ».* Cette règle est, pour moi, un dispositif clair de l'EMS.

Toutefois, **l'animatrice B** explique que *« Ici, il n'y a rien qui est mis en place. Il n'y a pas d'offres du tout. La seule offre qu'on pourrait donner, c'est l'intimité dans leur chambre. ».* Ils garantissent donc **le respect, l'intimité et la tranquillité** dans leurs chambres. Il n'y a pas de questionnement à propos de la sexualité, excepté pour la situation d'un monsieur qui se masturbe souvent devant les soignants. Jusqu'à cet événement, aucun résident n'avait eu ce genre d'attitude. Le personnel n'avait donc aucune réflexion en la matière au niveau des dispositifs. Par rapport à ce monsieur, l'animatrice avait peur de venir au travail car elle ne souhaitait pas s'occuper de lui. Pour elle, *« Les règles protègent aussi l'équipe ».* Dans ce cas-là, l'observance est l'interdiction aux résidents de toucher les soignants et d'avoir des propos déplacés. Selon elle, *« Il faut juste leur dire qu'ils ont le droit à une sexualité. Mais que c'est quelque chose qui reste intime et privé et ils doivent aussi nous respecter. Nous, on n'a pas envie d'être en face de ça. ».*

❖ Home C

Cet EMS dispose davantage d'offres contrairement aux deux autres homes. L'infirmier et l'animatrice se complètent en expliquant des dispositifs que l'autre n'avait pas mentionnés.

L'infirmier explique que la philosophie de l'EMS, notée dans la charte, est de respecter **la liberté individuelle** de chaque résident. Mais pour lui, *« La liberté individuelle s'arrête là où commence celle des autres ».* Le personnel doit les prendre en compte afin de ne pas les troubler. Les soignants doivent aussi garantir leur protection. Par exemple, l'attitude d'une personne alcoolisée revenant au home et faisant du tapage dans les étages, n'est pas acceptée car elle dérange tout le monde. L'infirmier finit par dire que : *« La liberté est relative quand on vit en communauté. ».*

Pour revenir à la **charte**, la **notion de sexualité** avait été rajoutée, suite à la venue d'une professionnelle du SIPE[10], dans le courant de l'année 2015. Le SIPE sont des centres de consultation en Valais employant des professionnels en santé sexuelle et en consultation conjugale disponibles pour toutes interrogations liées à la sexualité, la vie affective et à la procréation.[11] Cette personne avait donc proposé d'enrichir leur charte avec cet élément pour montrer cette ouverture d'esprit. Le mot sexualité n'apparaît pas clairement mais est justement lié à la liberté individuelle du résident qui est expliquée ci-dessus.

Concernant **l'intervention du SIPE**, le personnel s'était réuni pour échanger sur les besoins sexuels du résident suite à certaines expressions. L'infirmier a organisé la venue de cette dame afin qu'elle leur parle de la sexualité en EMS. Ceci les avait aidés à répondre à plusieurs préoccupations, le but étant de tenter de répondre aux besoins de la personne âgée. Il en était ressorti que la sexualité, *« […] est un vrai problème de santé publique ».*

L'infirmier explique que les couples ont la possibilité de prendre une **chambre mixte** s'ils le désirent. De plus, comme pour le home B, chaque résident peut recevoir la personne qu'il désire et **fermer la porte de sa chambre à clé**, s'il souhaite avoir des relations sexuelles. Par contre, ils ne donnent pas de clé aux personnes atteintes, par exemple, de la maladie d'Alzheimer car elles

[10] Sexualité Information Prévention Éducation
[11] http://www.sipe-vs.ch/fr/ (Consulté le 14.02.2017)

risquent de s'enfermer et de ne plus pouvoir ouvrir. Pour l'infirmier, la chambre devient, en EMS, un lieu de vie car il y a la TV, la table, etc. Les résidents y reçoivent souvent des visites. Pour lui, *« […] le contexte, l'environnement font que ce n'est pas vraiment comme une chambre ».* Concrètement, ils sont chez eux.

Un dispositif qui avait été, une fois, organisé, est la venue d'une **assistante sexuelle** pour un résident suivi par une curatrice. Afin que tout le personnel sache que cette personne allait bénéficier de ces prestations, une annonce avait été faite à l'interne. Le personnel soignant était passé par le SIPE car ils ont des contacts avec la personne qui organise l'assistance sexuelle pour la Suisse romande. Cependant, la curatrice avait planifié la venue de cette personne avec le résident. L'infirmier rajoute que : *« De toute façon, il faut que quelqu'un paie et c'est elle qui doit gérer le porte-monnaie ».* Mais actuellement, en Valais, il n'y a plus de professionnel car celle, qui pratiquait, a arrêté ses activités. Ce monsieur s'est donc orienté vers *« une masseuse »* à l'extérieur du home. Il dit que : *« […] ça ne nous regarde pas vraiment car il ne la reçoit pas dans la chambre […] ça sort du cadre du home ».* Il rajoute que : *« Si quelqu'un veut faire appel à une assistante sexuelle, ce n'est pas interdit. Il y a toujours la possibilité de le faire ».*

L'infirmier explique que : *« La sexualité ne se limite pas à la masturbation, au physique ou à l'organe sexuel, il y a quand même tout l'aspect sensoriel qu'on a essayé de développer avec le* ***chariot sensoriel*** *».* Il comporte divers accessoires afin de stimuler les cinq sens. Il est souvent utilisé pour apaiser les personnes ayant des crises d'angoisse et/ou qui se sentent perdues. Il explique qu'*« il y a quand même une approche physique assez intime ».* Et de rajouter que : *« […] peut-être qu'à travers ce chariot, les besoins sexuels peuvent être apaisés […] ».*

Pour **l'animatrice C**, la philosophie de l'accompagnement serait que le résident soit *« […] le patron, le demandeur et le payeur ».* Le personnel doit répondre aux besoins vitaux ainsi que d'accompagnement dans les vœux et souhaits de la personne âgée. Cependant, elle aimerait faire plus pour les résidents et pense qu'il vaudrait mieux avoir plus d'animateurs pour rendre davantage l'EMS comme un lieu de vie. Elle aimerait un accompagnement différent et donc moins médicalisé.

Elle rajoute un dispositif supplémentaire qui est la mise en place d'une **clinicienne référente** disponible pour le personnel et les résidents en cas de problèmes liés, entre autre, à la sexualité. Si un résident a, par exemple, un geste déplacé envers le soignant qui ne sait pas comment gérer cette situation, celui-ci peut aller en discuter avec la clinicienne. Une sorte de protection est mise en place. Pour ce qui est du reste, il y a la **facilité de l'accès à la discussion** si une demande devait se faire. Elle rajoute que : *« En tout cas dans l'animation, on plaisante beaucoup mais on en parle très peu ».* Des règles sont dites par oral comme de laisser la personne si elle se masturbe. Mais rien n'est écrit. Elle explique, également, qu'il est déjà arrivé qu'un couple se forme en EMS et qu'ils aient eu le droit à leur intimité en ayant un **panneau inscrit** « Ne pas déranger ».

6.1.2.1 En lien

Le home A et B, n'ayant pas de dispositifs clairs, des indications existent, malgré tout, concernant certains résidents comme le fait de ne pas les déranger. Selon l'infirmière A et B, les chambres seraient une sorte de dispositif car elles leur sont assurées comme un espace privé et intime. Dans le home B et C, les résidents ont, en plus, la possibilité de s'enfermer. Cette éventualité n'est pas mise en avant car la sexualité ne serait pas très abordée. Nous avons déjà vu que, lors de l'entrée en EMS, l'enjeu est de préserver son identité. La chambre serait, pour les personnes âgées, un repère car elles peuvent l'aménager avec leurs effets personnels et recréer ainsi un chez soi.

Pour l'animateur A, des dispositifs seront développés grâce à la venue d'une nouvelle génération. En effet, Gérard Ribes conseille aux EMS de se préparer à la venue des personnes de l'époque des « baby boomer » car, pour elles, le développement sexuel et personnel est un élément important. Elles pourraient davantage exprimer leurs besoins sexuels contrairement à la génération actuelle.

Le personnel est parfois confronté aux propos déplacés des résidents. L'animatrice B avait peur d'aller travailler car elle ne souhaitait pas s'occuper d'un résident qui avait des attitudes et des

Rapport-Gratuit.com

intentions mal venues. En effet, Joël Goldenstein, directeur du home « Les Marronniers » à Genève ainsi qu'Eliana Crausaz, cheffe d'unité d'accompagnateurs à l'EMS « Mont Calme » à Lausanne, avaient expliqué, lors d'un reportage, que les résidents avaient parfois des propos gênants et déplacés pour les soignants qui pouvaient très mal le vivre. Cette réalité est valable pour plusieurs soignants dans d'autres cantons.

Pourtant, pour l'animatrice B, il suffit d'être au clair avec son rôle. Ceci rejoint Brigitte Longerich, rédactrice de « Soins infirmiers », qui explique que, pour la plupart des soignants rencontrés, une attitude professionnelle est nécessaire en explicitant les limites (Longerich, 2015, p. 61).

Pour revenir au home B, l'infirmière pense que les résidents se retiennent d'avoir des rapports car n'importe qui pourrait entrer dans la chambre à tout moment. Grâce à la recherche d'une étudiante, Patrizia Anex avait expliqué que, dans une journée, il pouvait avoir vingt passages par jour dans la chambre d'un résident en EMS. L'intimité d'un couple est donc plus compliquée. De plus, pour le Dr. Francesco Bianchi-Demicheli, l'absence d'activités sexuelles serait dû, entre autre, au manque d'occasions et d'intimité (Dr. Bianchi-Demicheli, 2013, p. 24).

Pour le home C, les dispositifs sont destinés aux résidents (assistance sexuelle, chambre, chariot sensoriel) et au personnel (clinicienne, intervention du SIPE). C'est le seul home qui a fait venir une assistante sexuelle comme pour le home « Les Marronniers » à Genève. D'ailleurs, selon Catherine Diserens, cette offre promulguerait l'autonomie sexuelle de la personne en prenant en compte son identité et son orientation sexuelle. Les prestations sont vastes et la pénétration n'est pas obligatoire étant donné que l'assistante sexuelle impose ses propres limites.

Selon les intervenants, certains dispositifs, souvent implicites, sont donc mis en place par les EMS. Toutefois, qu'en est-il de l'expression des besoins sexuels et affectifs des résidents ?

6.1.3 Expressions de la sexualité dans les trois EMS

6.1.3.1 Formes, manières et moments propices

❖ Home A

L'infirmière explique que, pour les hommes, l'expression de la sexualité passe déjà par l'érection durant les toilettes. L'attitude du soignant va donc être primordial et la question qui se pose est : *« Qu'est-ce que je fais de ça ?»*. Il peut arriver que les résidents fassent des blagues portées sur le sexe durant les soins car ce sont des moments très intimes. Mais l'infirmière pense qu'ils oseraient davantage avec les apprenties et les stagiaires car leurs attitudes seraient moins sûres. Entre résidents, elle a plutôt vu des attentions et non de la séduction. Pour **l'animateur**, la réalité est que certains résidents touchent les parties intimes du personnel soignant. Il dit justement : *« Imagine-toi : tu es en EMS et tu as des besoins. Lorsque la personne vient faire la petite toilette, les résidents essaient d'exprimer leur besoin à ce moment-là. Ils n'ont plus d'intimité en EMS »*. Pour lui, les gens se masturbent et fantasment énormément.

❖ Home B

L'animatrice explique que les aînés n'expriment pas clairement leurs besoins. Par exemple, pendant une période, une dame disait qu'il lui fallait des hommes et qu'il n'y en avait pas assez dans le home. Quant à **l'infirmière**, elle explique que plusieurs dames sont capables de dire qu'il est *« …dur de ne plus avoir de mari, de dormir seule… de ne plus sentir une peau contre la sienne… »*. Pour l'infirmière, ces expressions sont plutôt d'ordre affectif. Par contre, il existe aussi une autre forme d'expression de la sexualité mais qui résulte plutôt des effets d'une maladie. En effet, un jeune soignant est confronté, sous la douche, aux masturbations effrénées d'une dame ayant des démences.

❖ Home C

L'infirmier explique que les gens en EMS sont souvent seuls. Ils se masturbent et/ou font parfois des attouchements aux soignants. Toutefois, un monsieur a exprimé clairement son besoin sexuel

en demandant à une soignante de le toucher contre rémunération. Il a suffi de mettre au clair sur le fait que le personnel infirmier n'est pas là pour combler les besoins sexuels. **L'animatrice** a, quant à elle, entendu beaucoup d'histoires de veilleuses qui avaient surpris les résidents encore actifs sexuellement. Sinon, elle a aussi été confrontée à des dames jalouses car elles étaient amoureuses du même monsieur. Elle illustre ces situations en disant : *« […] j'ai déjà eu des crises de jalousie entre grands-mères parce qu'elles sont en majorité dans le home […] il y a peut-être nonante femmes pour trente hommes ».*

Suite à ces témoignages, il me semble maintenant important de constater si, effectivement, la possibilité de parler de leurs besoins leur est donnée. Il est une chose de l'exprimer, mais une autre de l'aborder librement.

6.1.3.2 Possibilité des résidents de discuter de sexualité avec le personnel

❖ Dans les soins

L'infirmière A explique que, sur le principe, la personne âgée peut parler de sexualité avec le personnel. Toutefois, si quelqu'un ne se sent pas à l'aise, il va déléguer. Cette option est claire au niveau des soignants. Elle pense qu'ils discutent directement avec le résident sans tout redire aux collègues. De plus, le personnel ne va pas induire la discussion. Elle souligne qu'il ne *« faut pas oublier que les personnes sont très ralenties et qu'elles ont peut-être de la peine à s'exprimer. Parfois, ce sont plutôt nous qui essayons de mettre le doigt sur les choses. Il y a moins d'expression spontanée. ».* De plus, pour elle, les personnes n'en parlent pas car elles ne se sentent peut-être pas désirables. Elle se demande aussi : *« Déjà est-ce qu'on ose en parler ? ».*

Pour **l'infirmière B**, le résident ne peut pas parler de sexualité avec tout le monde. Selon elle, ce n'est jamais par hasard si les personnes, même pour celles atteintes de démences, se confient aux membres du personnel. La personne âgée sait à qui s'adresser si l'envie d'en discuter survient. Puis, elle rajoute : *« Et moi, je ne demande pas à tous les soignants d'écouter la vie sexuelle des résidents, leurs envies ou fantasmes ».*

Pour **l'infirmier C**, les résidents pourraient parler de sexualité. Toutefois, selon lui, *« leur éducation et la honte les retiennent d'en parler ».* La religion aurait une grande influence car parler de sexualité serait mal et honteux. Quant à la possibilité qu'ils offrent, *« il faut en parler, dans la mesure où ils comprennent ».* Il explique la situation d'un monsieur qui s'était introduit, en pleine érection, dans le lit d'une dame. Ayant des troubles, il a été difficile d'en parler avec lui.

❖ Pour l'animation

L'animateur A rejoint sa collègue en disant : *« […] ça ne se parlait pas avant. Donc ce n'est pas en arrivant en EMS qu'ils vont parler de leur vie sexuelle et privée ».* Les personnes âgées seraient trop pudiques et en parleraient peut-être aux soignants de confiance. Toutefois, il trouve que l'animation est plus habilitée à le faire car les soins touchent trop à l'intimité des gens. Il dit que : *« Je me considère plus apte à parler de sexualité. On a un lien avec le résident qui est différent ».*

Pour **l'animatrice B**, la personne âgée a la possibilité d'en parler. Toutefois, certains professionnels ne pourraient pas entendre ce besoin. Elle dit : *« Si une personne vient me parler de sa sexualité, ça me ferait bizarre à moi aussi ».* Par rapport à la situation de la dame qui faisait beaucoup d'allusions sur les hommes, l'animatrice avait essayé d'en discuter avec elle. Mais elle dit que ça ne menait à rien car la gêne s'installait rapidement.

Pour **l'animatrice C**, elle pense que la personne âgée peut parler avec tout le monde de ses besoins sexuels. Mais elle se demande si c'est réellement important. Elle explique justement que : *« Dans dix ans, ça sera sûrement différent. Est-ce qu'on est obligé de poser un problème alors qu'ils ne se sentent pas d'en parler ?»* Pour elle, il ne faut pas trop entrer dans leur vie intime. S'ils veulent en parler, ils le feront, au moment voulu, avec la personne qui leur semble la plus adéquate. Néanmoins, elle donne la possibilité de se confier grâce au clown relationnel. Les gens se

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

livreraient bien plus au clown qu'à l'animatrice. Cette pratique est développée dans le prochain thème.

6.1.3.3 En lien

Nous pouvons constater que la sexualité s'exprime de différentes façons telles que les attouchements aux soignants, la masturbation cachée ou visible, les blagues portées sur le sexe, les allusions et même parfois une demande claire et sans détour. Comme vu dans la définition de l'OMS, la sexualité peut être exprimée de diverses manières car elle est influencée par les facteurs biologiques, culturels, psychologiques, etc. Elle diffère donc selon les personnes.

D'après l'exemple de l'infirmière A, les hommes auraient parfois une érection lors des toilettes. En effet, malgré le vieillissement physique, la réponse face à une stimulation sexuelle ne diminue pas. De plus, les résidents se masturberaient beaucoup à cause du célibat plus répandu. Ceci rejoint l'idée que les personnes âgées auraient une sexualité plus restrictive car ils seraient plus célibataires à cause, entre autre, du décès de leur conjoint. Selon moi, la personne s'autodétermine à travers la pratique masturbatoire. Ce point me renvoie donc à la notion d'auto-détermination. En effet, selon le modèle d'autodétermination de Wehmeyer (1998), ce concept comporte le fait de choisir par soi-même, de planifier, d'être conscient de la bonne ou mauvaise conséquence sur nous-même et d'être capable de le faire soi-même.

Selon l'infirmière C, les expressions sont plutôt d'ordre affectif comme pour la dame disant qu'il est dur de dormir seule depuis le décès de son conjoint. Selon Charlotte Mémin, la mort du mari a changé la vie de cette femme et le lien conjugal est reformulé à cause de cette absence douloureuse où la solitude se fait d'autant plus ressentir. L'idée de l'affectivité est aussi abordée par l'animatrice C à travers l'exemple des dames jalouses entre elles à cause de l'amour qu'elles porteraient au même homme. Ayant un réseau plus restreint, elles ont moins de possibilités de rencontrer quelqu'un. D'ailleurs, lors d'une émission TV, un directeur d'EMS rejoint cette idée en affirmant que, statistiquement, il y aurait moins d'hommes. Par ailleurs, ceci rejoint aussi Patrizia Anex car il est possible de tomber amoureux en EMS. Tant que l'on vit, l'amour a sa place. En effet, nous avons vu que l'EMS peut être un lieu de rencontres où la personne peut tomber amoureuse. Je tiens aussi à souligner que l'animatrice C a utilisé le terme de « grand-mère ». Ce mot me renvoie au vieillissement social car le rôle évoluerait, à partir de la retraite, à celui de grands-parents, ce qui peut leur conférer un sentiment d'utilité en soutenant les enfants. De plus, selon Gérard Ribes, lorsqu'une personne est considérée comme vieille, elle rentre dans la catégorie de grands-parents et non plus dans celle d'hommes et de femmes.

Toutefois, certaines personnes peuvent aborder ce sujet sans détour en faisant des avances aux soignants. Selon le Dr. Francesco Bianchi-Demicheli, ces attitudes peuvent refléter un sentiment de colère, une insatisfaction ou bien une tentative de capter l'attention (Dr. Bianchi-Demicheli, 2013, p. 24). Pour Charlotte Mémin, ces attitudes reflètent souvent un manque au niveau sexuel (Mémin, 2001, p. 189-196). Cependant, certaines manifestations pourraient parfois provenir de l'expression de la maladie. Toujours d'après le Dr. Bianchi-Demicheli, *« sexualité n'est pas toujours synonyme de santé »* (Dr. Bianchi-Demicheli, 2013, p. 24). Quelques troubles peuvent amplifier les expressions sexuelles et devenir délicates dans la prise en charge.

Quant à la possibilité de parler de sexualité, il ressort que les résidents pourraient le faire. Toutefois, ces situations se produisent rarement et les soignants n'abordent pas ce sujet. Même si le besoin est présent, les personnes ne trouvent pas les mots pour en parler (Mémin, 2001, p. 189-196). De plus, ce qu'il ressort est que, parfois, ce sont les soignants qui doivent approfondir certains sujets. En effet, selon Charlotte Mémin, l'entourage doit utiliser l'écoute active, décoder un langage métaphorique ou repérer le désir par le langage non verbal, des regrets, des plaintes répétitives, etc. De plus, souvent, il faut que la personne puisse être suffisamment à l'aise pour parler de sexualité (Mémin, 2001, p. 189-196).

À présent, découvrons comment réagissent les professionnels face à certaines situations. Ont-ils mis des choses en place ? Que font-ils concrètement ?

6.1.4 Pratiques professionnelles des six intervenants

Ce thème est la suite des dispositifs implicites de l'EMS qui font, pour moi, déjà partie des pratiques professionnelles puisqu'elles sont mises en œuvre par le personnel. Voici, ci-dessous, d'autres éléments supplémentaires liés à leurs pratiques.

❖ Dans les soins

Pour les trois professionnels, la pratique est très axée sur le toucher. Ils s'investissent personnellement afin que ce besoin puisse être comblé. Je vous présente leur avis car ils peuvent se compléter.

L'infirmière A explique qu'elle n'a jamais réellement été confrontée, dans cet EMS, à une situation au niveau de la sexualité du résident. Toutefois, si par exemple, quelqu'un souhaiterait faire appel à l'assistance sexuelle, elle donnerait tous les documents au résident avec toutes les références afin qu'il puisse lui-même faire les démarches. Néanmoins, *« à part l'assistance sexuelle, je ne vois pas ce qu'on peut mettre en place […] »*.

Le toucher étant important pour les aînés, l'infirmière estime que tenir la main et réaliser un massage, fait partie des offres que les soignants peuvent mettre en place quotidiennement. Pour elle, *« souvent, au final, les personnes se sentent seules… ce contact physique manque vraiment. »*.

En ce qui concerne l'estime de soi, l'infirmière pense que son rôle est de rebondir si, par exemple, une dame lui confie qu'elle n'est plus coquette. Elle essaie de lui proposer de porter des bijoux et de redonner un rythme à la personne qui, au fur et à mesure, va reprendre soin d'elle.

L'infirmière B explique que les soignants donnent la possibilité aux résidents de les toucher lorsqu'ils sont assis l'un à côté de l'autre sur un canapé, par exemple. Cette méthode aurait un effet très positif. Elle dit justement : *« C'est probablement ce qui fait qu'on a peu de comportements pour lesquels on doit vraiment intervenir parce qu'on est dérangé par des conduites sexuelles qui peuvent être gênantes et choquantes. »*

Par rapport à la situation d'un couple, elle avait proposé, une fois, à un monsieur qui rendait visite à sa femme, de mettre sur la porte une pancarte similaire à celle dans les hôtels en inscrivant dessus : *« ne pas déranger »*. Cette proposition n'avait pas abouti car le monsieur avait répondu : *« Vous imaginez, si je mets ça, tout le monde va savoir que j'ai un rapport avec ma femme. »*.

En ce qui concerne, certains actes des résidents comme la dame qui se masturbe sous la douche, le personnel se regroupe pour en discuter et savoir quelle attitude adopter. Elle rajoute aussi que : *« Avant chaque décision prise aux colloques, on se demande au nom de quoi on empêcherait un comportement ou frustrerait un résident. »*. Si certains actes ne dérangent pas les autres, tout le monde est gagnant.

Toutefois, elle explique que : *« La sexualité reste du domaine de l'intime. Je n'ai pas envie de fouiller là-dedans. Je pense que ça ne me regarde pas. »*. Par contre, si une fois le sujet est abordé, elle en profiterait pour faire naître une discussion.

Pour **l'infirmier C**, la sexualité se manifeste aussi sous la forme de tendresse et d'affection. Pour lui, ce sont des domaines dans lesquels les soignants peuvent répondre à travers le *« toucher tendresse »*. Toutefois, d'un point de vue éthique, cette intention reste, pour le soignant, difficile car la limite n'est pas claire. Il explique que : *« […] en général, les soignants sont plutôt réticents. Pour eux, c'est déjà un gros investissement pour leur intimité. »*. Pour lui, l'accompagnement est un soin, ce qui veut dire que : *« […] ce n'est pas juste tenir la main de quelqu'un pour marcher le long d'un couloir mais une présence, une relation »*. Les gens se sentent seuls et sont parfois très angoissés en EMS.

❖ Dans l'animation

En ce qui concerne les activités mises en place, ils essaient de les organiser en fonction des attentes des résidents. Elles varient souvent tout en gardant une régularité car les résidents sont parfois très perdus et ont besoin d'un rythme dans la semaine.

Tout d'abord, **l'animateur A** trouve qu'il est important de travailler sur la capacité des personnes âgées à faire des choix. Il explique qu'elles : *« […] vivent en communauté donc elles doivent respecter certaines règles qu'il n'y avait pas à la maison. La capacité de choix a diminué. ».* Même si elles peuvent être un peu désorientées, elles sont parfois capables de choisir leurs propres habits. Travailler en fonction du choix du résident évite l'infantilisation et valorise la personne.

Il donne l'exemple d'un monsieur qui vient, accompagné de sa femme, au foyer de jour. Au début, la dame ne voulait pas laisser seul son mari. Elle ne passait pas une bonne journée car, contrairement à lui, elle est très active. L'animateur explique qu'il a *« […] essayé de les séparer en mettant l'accent sur les besoins de la famille. Et au fur et à mesure, elle s'est détachée de son mari ».* Le but du foyer étant de soulager les proches durant un moment.

Dans une autre situation, il avait défendu le besoin sexuel d'un résident qui avait beaucoup de gestes déplacés envers les soignants. Il avait discuté avec la direction en proposant de faire venir une assistante sexuelle. Il dit que : *« L'infirmière-cheffe était du même avis que moi, mais pour la direction c'était exclu. ».* Cette tentative n'avait pas abouti.

En ce qui concerne **l'animatrice B**, des massages pour les mains, des soins du visage, manucures et soins des ongles sont organisés. Elle avait également essayé, sans succès, de proposer des massages pour le dos et les jambes. Elle dit que : *« J'ai l'impression que pour eux c'est trop intime. Il n'y a pas eu d'inscriptions du tout. ».* Pour elle, ce manque d'intérêt est dû aux complexes de la personne âgée.

Par rapport à la situation de la dame qui faisait beaucoup d'allusions sur les hommes, après avoir tenté de discuter avec elle, l'animatrice avait amené ce sujet lors de colloques sans succès. Elle explique que : *« Pour les autres, elle est portée là-dessus, ça dure une semaine et après ça part. Mais suite à cet entretien, je serai peut-être plus ouverte. Je n'ai jamais eu l'idée de me dire qu'à travers certaines expressions, les gens auraient des besoins sexuels. ».* Pour revenir à la dame, si la demande de rapport sexuel avait été faite, l'animatrice dit que : *« Je pense que je me serais sentie super mal à l'aise et coincée dans cette situation. ».* Elle aurait dû en parler aux soignants et elle se serait sentie gênée car, pour elle, l'idée de faire appel à un assistant sexuel ne serait ni envisagée ni acceptée.

Finalement, pour **l'animatrice C**, *« […] la sexualité, c'est la vie et la créativité... ».* Elle peut être présente dans le plaisir de manger, de sentir la chaleur du soleil sur sa peau, etc. Elle rajoute que : *«…c'est un peu dans ce sens que va notre accompagnement […] ».* Parfois, elle est un peu frustrée car elle aimerait mieux répondre à leurs désirs. Mais leur laisser de la place, pour les décisions, peut être plus compliqué qu'il n'y paraît. En effet, *« c'est aussi un gros boulot de les stimuler […] Souvent, ils vont répondre : "Tout va bien" ».* De nos jours, la génération des personnes âgées en EMS se contenterait de peu.

En ce qui concerne les activités, quelques-unes sont assez proches du corps comme la piscine et la bio-danse. D'ailleurs, le principe de bio-danse est de faire vivre le corps en se donnant la main, en se caressant les épaules, etc. Cette activité rentre dans le cadre de l'affectivité. Comme déjà expliqué, cet atelier n'est pas toujours évident pour tout le monde car les personnes âgées sont très pudiques. Elle dit qu'*« avec la bio-danse, les gens ont pu gentiment comprendre qu'ils avaient le droit de se rencontrer, de danser ensemble […] ».* Un atelier terre, très sensuel, est aussi organisé car ils peuvent faire des formes avec cette substance. Selon elle, *« on est tout le temps dans l'éveil varié […] par contre, on touche moins à l'information ou la discussion en groupe. ».*

Comme vu précédemment, l'animatrice C a une autre casquette qui est celle du clown relationnel. Cette méthode, propice aux confidences grâce au jeu de l'écoute et de la dédramatisation, est un

symbole indépendant du home. Par exemple, les personnes expliqueraient certaines situations comme celles dans lesquelles elles auraient aimé quelqu'un d'autre que leur mari ou épouse. Elle dit que : *« ...ça fait quand même partie de l'amour et de la sexualité ce genre de confidences. ».* Les résidents parlent moins à l'animatrice de ce genre de sujet car le groupe est trop présent à cause de la vie communautaire.

6.1.4.1 En lien

Nous pouvons constater que le toucher est prédominant dans les pratiques des deux corps de métiers. Étant donné qu'il semble être un manque, le personnel infirmier et social tentent de le combler grâce à un contact physique avec la main ainsi que les massages, les activités liées au corps et au toucher. La peau est un lieu d'échanges et d'émotions. La personne âgée a parfois tendance à entourer d'autres mains, symbole du toucher, dans la leur. Le besoin affectif étant important, il est nécessaire d'y répondre sous diverses formes (Mémin, 2001, p. 189-196). Toutefois, l'infirmier C souligne qu'il est parfois difficile car les soignants s'investissent dans leur propre intimité. En effet, selon Sophie Laublin, psychologue, collaborer avec les résidents demande une implication personnelle (Laublin, 2008, p. 35).

Pour la tentative des massages aux jambes et au dos, l'animatrice C attribuerait ce manque d'intérêt aux complexes que peuvent avoir les résidents. Selon Gérard Ribes, la personne peut se sentir étrangère et ne pas se reconnaître à cause des changements corporels. De plus, Patrizia Anex pense que la personne âgée voudrait cacher son corps car la société ne les valorise pas.

L'estime de soi est également touchée car, comme déjà vu, les aînés ne se sentiraient pas désirables. D'ailleurs, Pascal Tavier, licencié en sciences de l'éducation, diplômé en gérontologie et directeur d'une maison de repos, pense que l'aîné se sous-estime car il se focalise sur les changements et les défaillances plutôt que sur les aptitudes et les points forts (Tavier, 2003, p. 92). Pour Gérard Ribes, un gros travail est nécessaire afin de voir son corps de façon positive. Je dirais que les tentatives de l'infirmière A rejoignent ce travail en proposant à la personne de mettre un bijou. Grâce aux activités liées à la manucure, les soins du visage et les massages, l'animatrice B contribue aussi à l'amélioration de l'estime personnelle.

Il est intéressant de relever que, pour l'animateur A, il est nécessaire de travailler sur la capacité des personnes à réaliser des choix. En effet, selon Marie Marchand, l'institution et ses règles amoindriraient la capacité de décisions. Le bien-être personnel passe aussi par le sentiment de maîtrise. L'animateur tente de redonner aux personnes certains aspects de leur propre vie. Il souhaite éviter l'infantilisation et valoriser la personne au maximum. D'ailleurs, selon Sophie Laublin, une des formes d'infantilisation serait de ne pas prendre en compte l'avis du résident (Laublin, 2008, p. 34). Toutefois, il peut être difficile d'affirmer son besoin car ils ont appris à se contenter de peu.

Les activités de l'animatrice C et sa façon de concevoir les formes de la sexualité s'apparentent pour moi à de la sublimation. En effet, pour Charlotte Mémin, cette notion peut répondre à la sexualité d'une certaine manière. Le besoin étant reconnu, la personne trouve son plaisir ailleurs afin de ne pas être trop frustrée. Le personnel peut aider l'aîné à trouver de quelle façon et/ou dans quelles activités, elle peut satisfaire son besoin afin qu'il continue à avoir du plaisir (Mémin, 2001, p. 189-196).

À présent que nous avons une vue d'ensemble sur leurs pratiques, quels genres de difficultés peuvent-ils rencontrer ? Dans la grille d'entretien, j'avais abordé cette question sans pour autant mettre l'accent dessus. Toutefois, comme ce thème est revenu à plusieurs reprises, je trouve important de le présenter.

6.1.5 Difficultés liées à la sexualité du résident selon les professionnels

❖ Dans les soins

Pour **l'infirmière A**, les difficultés sont l'expression sexuelle des aînés ayant des troubles tels que les syndromes frontaux car ils n'ont plus de frein social. Dans cet EMS, une dame embrassait et touchait tout le monde. Elle pense clairement que : *« C'était plus lié à sa maladie que le besoin et la demande d'intimité. »*.

Elle raconte également une autre situation en lien avec des troubles, provenant d'un autre EMS, mais qui l'a beaucoup marqué. Un couple marié vivait dans le même home. Monsieur avait de gros besoins sexuels et était encore actif. Madame était atteinte de la maladie d'Alzheimer et ne comprenait plus ce qui lui arrivait. Une fois, lors d'un rapport sexuel, elle a crié et les soignants ont dû intervenir. Elle dit qu'*« on voyait qu'elle ne comprenait pas les demandes de son mari […] Elle n'était plus capable de lui dire non […] »*. Ils ont dû mettre en place un réseau avec les enfants et les médecins afin d'expliquer au monsieur la situation de sa femme. Cet évènement était très difficile pour les soignants et les enfants. Ils ont dû être confrontés à la sexualité de leurs parents, ce qui n'est, selon elle, pas évident. Pour les soignants, la difficulté résidait dans le fait que d'un côté, *« il y avait les besoins de Monsieur qui étaient vraiment importants […] et de l'autre côté, il fallait protéger cette dame qui finalement n'avait probablement plus les mêmes besoins qu'auparavant. »*. L'infirmière ne sait pas comment cette situation s'est poursuivie car elle était partie du home.

La situation qui suit pourrait se retrouver dans les pratiques professionnelles. Toutefois, elle est présente dans ce thème car elle comporte plusieurs difficultés.

L'infirmière B s'était mobilisée lors d'une situation provenant aussi d'un autre EMS mais tout autant marquant. Les soignants ne comprenaient pas que deux résidents aient un rapport sexuel. Ils disaient justement : *« C'est dégoûtant, comment osent-ils faire ça… »*. La situation était telle qu'elle avait dû contacter une dame du SIPE qui était venue expliquer que : *« Malgré leurs troubles, la question est de savoir s'ils sont consentants. »*. L'infirmière avait donc dû évaluer la capacité de discernement des deux personnes à ce sujet car une personne peut l'avoir pour un acte et non pour un autre. Les deux étaient consentants et avaient leur capacité de discernement. Surtout qu'il en était ressorti que : *« […] au niveau sexuel, c'était fleuri chez la dame. Les soignants doivent se faire une raison. En plus, le difficile de la chose est la réaction des familles qui disaient : "On vous a confié maman et vous n'êtes pas capables de l'empêcher d'avoir une relation sexuelle avec une autre personne." »*.

L'infirmière rejoint sa confrère du home A car, pour elle, une autre difficulté serait les résidents ayant des comportements sexuels « déviants » à cause de leurs troubles. Elle dit qu'elle est tout le temps confrontée à la sexualité des résidents mais *« malheureusement, plus quand ce sont des troubles du comportement »*. Justement, elle explique la situation d'un monsieur qui a sexualité désinhibée à cause d'une atteinte frontale. Une dame était même venue se plaindre car elle recevait beaucoup de propositions.

L'infirmier C explique qu'une des difficultés est l'entrée dans l'intimité du résident. Il raconte que : *« Les résidents peuvent être vite demandeurs de caresses. »*. Il est donc important de protéger le soignant face à ces demandes car les résidents ne sont pas les seuls à avoir besoin de respect.

Une autre difficulté, qui rejoint celle des deux infirmières, est celle de la capacité cognitive qui est altérée pour quelques personnes. Cette désinhibition *« peut provoquer un abus chez d'autres personnes en allant vers quelqu'un qui n'est pas consentant ou qui ne comprend pas. Donc où est la liberté individuelle ? Je pense que ce sont des choses auxquelles on sera de plus en plus confronté à cause du vieillissement de la population. »*. Ils n'ont pas d'outils pour ce genre de situation. Ils essaient de développer le fait de permettre à ces personnes de vivre des sensations comme le toucher, l'affection et la chaleur. L'infirmier explique que : *« L'être humain est un être sexué et vivant jusqu'à la fin. »*. Donc même si la personne n'a plus la capacité cognitive, elle

gardera toujours le besoin d'être touchée. Il dit aussi que : *« Ces personnes ont une grande capacité émotionnelle et sensuelle. ».*

Une toute autre difficulté est celle liée aux couples. Pour lui, la sexualité est souvent considérée comme un sujet de couple. Pourtant, en EMS, il n'y en a pas beaucoup car, selon lui, la vie y est beaucoup trop compliquée à cause des dépendances physiques et/ou au manque de capacités cognitives. Les personnes en EMS sont déjà dans le 4ème âge. Il est donc rare qu'une des deux personnes ne soit pas dépendante car un des critères d'entrée est de ne plus être autonome à la maison. La personne la plus autonome prendra la responsabilité de s'occuper de l'autre qui est dépendant de l'aide de quelqu'un. La question qui se posera est : *« Est-ce qu'on les met dans la même chambre ? »* Pour lui, il est important de protéger la personne en meilleure forme car le lien de dépendance est très fort dans un couple. Il rajoute : *« C'est vraiment embêtant si on regarde tout l'aspect affectif, social et physique de la sexualité. De prime abord, on se demanderait pourquoi on ne les mettrait pas dans la même chambre. ».*

❖ Dans l'animation

L'animateur A raconte une situation dans laquelle il avait dû intervenir dans le cadre du foyer de jour. En effet, deux personnes s'étaient rapprochées, s'embrassaient, etc. Le groupe les avait hué. Ne comprenant pas, il les avait questionnés et ils lui avaient répondu que, pour eux, ce nouveau couple était toujours marié malgré le décès de leurs conjoints. Il explique qu'avant, les gens se mariaient pour la vie. Après concertation avec son équipe, il avait décidé de séparer le couple en les mettant dans des activités différentes. Il annonce : *« Je me suis dit que je préfère maintenir la cohésion globale du groupe que de me focaliser sur le couple. ».* Il ne savait pas s'il avait pris la bonne décision. De plus, il se demandait si cette relation était réellement raisonnée étant donné que les deux avaient des troubles. Pour lui, *« […] ce genre de situation est toujours difficile en sachant que tu brides un peu le lien pour favoriser le groupe. ».*

L'animatrice B n'oubliera pas une situation provenant d'un autre EMS. Alors qu'elle allait chercher une dame dans sa chambre pour une activité, elle l'a surprise avec son mari en train de faire l'amour. L'homme était autonome. Mais la femme avait besoin d'aide pour tout et n'avait plus toute sa tête. Les questions, qu'elle s'était posées, sont : *« Est-ce que vraiment elle est consentante ? Qu'est-ce que ça veut dire, pour elle, ce qui est en train de se passer ? Est-ce qu'elle comprend ? Est-ce qu'elle a du plaisir ? ».* Pour elle, ce genre de questionnement était terrible. De plus, il était dur de savoir ce que la dame désirait car elle ne pouvait pas s'exprimer. Après avoir refermé la porte, elle avait été voir les infirmiers qui surveillaient un peu les allers et venues de ce monsieur. Cette dame n'arrivait pas à se tenir debout toute seule et les soignants avaient peur qu'elle chute. Ils ont essayé d'expliquer au monsieur que : *« Votre femme, peut-être, qu'elle n'a pas envie. ».* Elle pense qu'il n'a jamais vraiment compris car il avait lui aussi des troubles. De plus, il était peut-être dur de saisir que son épouse n'ait plus envie de rapports. Durant la journée, elle constatait que la dame avait des mouvements de recul lorsqu'il essayait de la toucher. Elle dit que : *« […] je sentais que ce n'était pas consenti […] je l'ai ressenti comme de l'abus […] je l'ai vraiment mal vécu. ».*

Une autre difficulté vis-à-vis de cette situation est le fait d'avoir été confronté à la sexualité des aînés. Elle dit que : *« Pour moi, mes parents ne font pas l'amour… Alors les personnes âgées encore moins […] c'était hallucinant qu'ils fassent encore l'amour à nonante ans. ».* Pour elle, cette situation a été choquante à plusieurs niveaux.

L'animatrice C explique qu'elle trouve que le personnel commence à ouvrir leur esprit. Le souci proviendrait davantage des familles qui ne voudraient pas que leurs parents rencontrent quelqu'un et aient une activité sexuelle. Elle se rappelle qu'il y a eu *« un ou deux couples qui s'était formé et les familles ont accusé tout le monde… et une dame a même dû partir du home. ».* Comme ils arrivent en EMS suite à des pertes au niveau cognitif et/ou physique, la famille prend beaucoup de décisions à propos des aspects de la vie du résident. Pour elle, les enfants *« […] ne veulent pas entendre que papa aurait quelque chose avec maman. ».* Elle rajoute aussi que : *« Ce n'est pas une*

évidence d'imaginer que ses parents ont une activité sexuelle à nonante ans. ». De plus, si le parent a un rapport avec quelqu'un qui n'est pas leur défunt père ou mère, la situation est encore plus délicate. Dernièrement, certains résidents divorcés ont un compagnon. Et les enfants, malgré qu'ils les connaissent, ne veulent plus que ce copain fréquente leur parent en allant leur rendre visite.

Une difficulté supplémentaire serait que les gens sont plus malades qu'avant. Elle dit justement que : *« […] grâce au réseau social extérieur, les gens entrent au foyer plus tard. Quand ils arrivent au home, ils ont besoin d'une attention plus accrue qu'avant […] ».* Trente ans plus tôt, l'EMS accueillait quelques personnes âgées qui sortaient du home à la rencontre de prostituée. Elle explique qu'à présent *« dans cette institution, ils n'ont plus autant de possibilités de sortir et de vivre ».*

6.1.5.1 En lien

La difficulté qui ressort le plus fréquemment est l'expression de la sexualité liée à un trouble. Les gens n'ont plus de frein social et ont des attitudes dérangeantes pour les autres. Selon le Dr. Semani, les troubles et les démences sont des facteurs pathologiques qui peuvent changer la manifestation de la sexualité. Les personnes atteintes de ces troubles peuvent avoir des comportements inadéquats liés à une hypersexualité ou une désinhibition (Dr. Semani, 2013, slide 10 et 12).

L'autre difficulté qui découlerait des troubles serait le doute sur la capacité de discernement de la personne à propos de sa sexualité. Tout d'abord, selon l'article 14 du code civil, la capacité de discernement est :

> *« Toute personne qui n'est pas dépourvue de sa faculté d'agir raisonnablement à cause de son jeune âge, ou qui n'en est pas privée par suite de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'ivresse ou d'autres causes semblables, est capable de discernement dans le sens de la présente loi. »* (Code civil suisse).

Deux conditions sont donc nécessaires : avoir les ressources intellectuelles suffisantes et la faculté d'agir raisonnablement.

L'infirmière B explique qu'une personne peut avoir la capacité pour un acte et non pour un autre. Lors de ma deuxième formation pratique, dans le Service de la Curatelle de Monthey, j'avais pu assister à une conférence sur la capacité de discernement. Il en était ressorti qu'elle peut être relative. D'ailleurs, d'après l'infirmière B, ils avaient les deux cette capacité de discernement. La dame avait eu beaucoup d'expériences sexuelles et ce sujet restait important pour elle. Ceci rejoint les propos de Patrizia Anex qui expliquait qu'une personne aura des rapports sexuels plus longtemps si elle avait bien développé sa sexualité durant sa vie.

Lié à cette capacité de discernement, le personnel peut avoir des doutes sur les intentions réelles du résident dans diverses situations telles que le couple marié et celle de la personne qui n'a plus de frein social. Dans tous les cas, la question de l'accompagnement qui se pose est la suivante : *« entre devoir de protection et mission d'accompagnement, comment garantir la sécurité de la personne sans ingérence dans sa vie privée et sans limitation de ses droits ? »* (Crochon & De Rugy, 2011, p. 29), comme pour le cas de la dame mariée atteinte d'Alzheimer. Pour moi, cette tension suppose de préserver l'autodétermination des personnes et de les protéger en même temps pour éviter des abus.

Pour revenir à l'expression de la sexualité liée à un trouble, selon le Dr. Bianchi-Demicheli, le personnel devra faire la part des choses et analyser si l'expression est la conséquence de la maladie ou bien le reflet du besoin sexuel et affectif. Il faudra aménager un temps de parole et d'écoute pour la personne âgée (Dr. Bianchi-Demicheli, 2013, p. 24). Ceci rejoint les propos de François Charlet, juriste spécialisé en droit des technologies et futur avocat qui explique que la capacité de discernement est présumée et qu'il faut démontrer le contraire en cas de doute. Toutefois, étant relative, il faudra l'analyser sur un acte précis et non de façon générale car englober l'incapacité sur

tous les actes risque d'enlever la liberté individuelle. Pour lui, la réponse dépendra des capacités cognitives de la personne.

Pour un couple marié où l'un des deux souffre de démences, la question est plus difficile. Pour lui, malgré plusieurs années de mariage, les relations sexuelles ne sont peut-être plus consenties. La pratique de rapports sexuels peut être interdite s'il s'avère que la personne est incapable de discernement sur ce point précis. Toutefois, il présente Elizabeth Edgery, psychologue clinique, qui explique que, pour le cas de l'Alzheimer, sa capacité de discernement peut varier d'un jour à l'autre.[12]

Finalement, selon Marianne Wolfensberger, analyser la capacité de discernement pour une personne souffrant de démence n'est pas aisé car selon elle :

> *« Au fond, c'est à chaque fois le droit à l'autodétermination et la protection de la personne qui se font face. Aussi, la capacité ou l'incapacité de discernement ne repose finalement presque jamais sur une certitude absolue. »* (Wolfensberger, 2014, p. 4).

Dans la situation présentée par l'infirmière B, elle explique que les soignants trouvaient dégoûtant que deux personnes âgées aient des rapports sexuels. Elle avait dû faire intervenir quelqu'un de l'extérieur car cette attitude prenait de grosses proportions. En effet, selon le Dr. Bianchi-Demicheli, les soignants peuvent être une barrière à l'expression sexuelle des personnes âgées en EMS.

Une autre difficulté est celle de l'animatrice B qui a exprimé qu'elle a vraiment mal vécu la situation présentée, ci-dessus, car, en plus, d'avoir été confronté à leur sexualité, l'idée que le rapport n'était pas consenti la mettait mal à l'aise. Selon Sophie Duesberg, psychothérapeute analytique, collaborer avec les aînés ne va pas sans utiliser nos perceptions inconscientes. Le fait d'être confronté à la sexualité de deux personnes âgées renvoie à l'intimité des parents dont l'enfant est exclu. La personne peut avoir un sentiment de transgression et se sentir ainsi coupable.[13]

Selon l'animatrice C, les familles auraient beaucoup d'impact et beaucoup de place dans la vie de leur parent. En effet, selon Bruno Dal Palu, psychologue et docteur en psychanalyse, lorsque la personne âgée devient de plus en plus dépendante, le statut des enfants évolue à celui de parents. Il y a un inversement des rôles. Les familles auront un deuil à faire. Ils vont nier la réalité et veulent le meilleur pour leurs parents. Ce faisant, ils peuvent devenir maltraitants car souvent les décisions s'ont prises en fonction de leur propre perception (Dal Palu, 2012, p. 43-44).

Une autre difficulté présentée par l'infirmier C'est le fait que la sexualité serait souvent considérée comme un sujet de couple. En effet, selon Charlotte Mémin, la sexualité renvoie à la relation qu'il y a entre deux personnes (Mémin, 2001, p. 189-196). De plus, l'aîné est confronté à divers changements et l'enjeu consiste à garder l'image que l'on a de soi. Au vu des pertes, la personne peut entrer dans un processus de dépendance avec son conjoint. Un équilibre peut être trouvé car l'autre va préserver son identité et vice-versa. Si la personne dépendante le devient davantage avec le temps, cette évolution forcera la personne en meilleure santé à prendre encore plus de responsabilité (Ribes & Abras-Leyral & Gaucher, 2007, p. 43).

Une difficulté abordée par l'animatrice C serait que les personnes âgées actuelles ont plus de soucis de santé lorsqu'ils rentrent en EMS. Elles ont moins de possibilité de sortir du cadre du home, ce qui peut être, selon elle, une difficulté pour la pratique de la sexualité. En effet, selon Stefano Cavalli, sociologue et chercheur, la politique actuelle est le maintien à domicile grâce au réseau médico-social. Du coup, la personne entre en EMS quand elle n'est plus capable d'être seule chez elle à cause des soucis de santé.

[12] https://francoischarlet.ch/2015/une-personne-atteinte-dalzheimer-consent-elle-valablement-a-rapport-sexuel/ (Consulté le 18.11.2016)
[13] http://upccf.be/spip.php?article200 (Consulté le 18.11.2016)

Rapport-Gratuit.com

Ayant pris connaissance de ces difficultés, quelles sont les marges de manœuvre des divers professionnels ? Au vu de leurs pratiques, de l'expression sexuelle et de leur perception de la sexualité, quels sont leurs rôles ?

6.1.6 Marge de manœuvre des six professionnels

❖ Dans les soins

L'infirmière A pense que sa marge de manœuvre réside dans le fait d'être transparente et claire avec les résidents. Pour elle, *« […] on a toutes les marges de manœuvre qu'on veut du moment qu'on est clair. »*. Il faudrait également toujours faire attention à la famille car, d'une certaine façon, ils ont confié leur parent au home. Pour illustrer ses propos, elle annonce ceci : *« […] je ne pense pas qu'on pourrait faire appel à une assistante sexuelle, sans informer la famille s'il n'a pas la capacité de discernement. »*. Elle expliquerait au résident son rôle et ce que sa demande impliquerait du point de vue économique, familial, etc. Elle ferait participer la personne à ce projet.

En ce qui concerne **l'infirmière B**, son devoir est *« […] de protéger nos résidents contre les avances sexuelles qui ne seraient pas les bienvenues. »*. Toutefois, en ce qui concerne la venue d'un professionnel de l'assistance sexuelle, les décisions seraient prises par les membres du conseil de fondation au même titre qu'Exit. Elle explique justement que : *« Je ne peux pas tout décider seule car, dans la maison, il y a l'exécutif (personnel), et le décisionnel (les membres du conseil de fondation). »*. Si elle devait faire appel à ces professionnels, elle se renseignerait d'abord auprès du SIPE par rapport aux prestations existantes. Puis, elle informerait son directeur qui en discuterait avec le conseil. Elle ferait participer la personne âgée *« au coup par coup »*. Elle rajoute que : *« Dans chaque situation, on essaie de voir comment la personne peut être bien sans que ce soit dérangeant pour les autres »*. Une des limites qui s'impose par rapport à sa marge de manœuvre est le respect de la vie privée du résident. Un soignant est tout le temps dans l'intimité d'autrui. Il est donc encore plus important d'avoir une attitude respectueuse afin que *« l'intimité psychique soit préservée »*. Une autre limite est la nécessité d'avoir l'approbation du conseil.

L'infirmier C tente de trouver des solutions avec la personne âgée dans la mesure où la personne a la capacité cognitive suffisante à ce sujet. Il pense qu'il a une grande marge de manœuvre tant que le respect, par rapport aux autres résidents ainsi que leur sécurité, est préservé. Il trouve que : *« L'accompagnement du résident fait partie de ma fonction et mon cadre est d'essayer de répondre à ses besoins. »*. Néanmoins, avant toute chose, il en parlerait au directeur. Ensemble, ils décideraient de la mise en place des dispositifs. Il explique que, le plus important, est d'avoir cette ouverture d'esprit. Il finit par dire : *« Donc, on doit aussi, en pratique, être capable d'être ouvert d'esprit et de faire des variantes. Je m'adapte à la personne, c'est l'objectif. »*.

❖ Dans l'animation

La marge de manœuvre de **l'animateur A** se trouverait dans le fait de sensibiliser et d'ouvrir la discussion. Pour lui, il faudrait simplement plus en parler. Il explique qu' *« actuellement, je n'ai pas une grande marge de manœuvre »* car, pour lui, il faudrait que la direction, les soins et l'animation soient du même avis. Il dit justement que : *« Si on n'est pas d'accord les trois, ça ne peut pas se faire. »*. Si une personne âgée parle de son besoin sexuel, il serait prêt à entrer dans le sujet et à trouver des solutions avec elle. Mais d'un autre côté, il dit que : *« […] ça me fait peur aussi […] Imaginons qu'une résidente me demande quelque chose et, qu'au final, je sais que ça ne va pas être possible de mettre en place […] »*. Pour lui, la personne aura osé s'exprimer sur un sujet tabou. Et il devra entreprendre des démarches auprès de la direction qui pourrait être réfractaire. Il rajoute que : *« Si la direction dit non, je ne peux rien faire. »*. Il se sentirait coincé dans cette situation.

L'animatrice B explique que sa marge de manœuvre est limitée aux massages qu'elle pourrait proposer. Selon elle, ils font partie de la sensualité et les personnes combleraient un peu leur manque. Elle pourrait proposer l'assistance sexuelle. Elle trouverait des solutions avec la personne âgée. Si un résident aimerait bénéficier des prestations de l'assistance sexuelle, elle irait en discuter

avec l'infirmière-cheffe. Toutefois, elle ne pense pas que son rôle soit de faire les démarches comme de téléphoner. Au niveau hiérarchique, elle explique qu'en tant qu'animatrice, *« c'est un peu comme si je parlais dans le vide… Ce n'est pas ça bien sûr mais c'est mon impression… Les soins priment toujours, ce qui est normal. ».* Elle n'insisterait pas auprès des soignants pour mettre en place une prestation.

Pour **l'animatrice C**, sa marge de manœuvre est le fait d'ouvrir et d'inviter la personne âgée à parler de ses besoins. Elle explique qu'il peut avoir des moments de partage au sein de l'animation. Toutefois, si un dispositif devait se mettre en place suite à l'expression claire d'un besoin sexuel, elle ne collaborerait pas toute seule avec le résident. Elle dit que : *« C'est une histoire de collaboration avec la famille, les soignants, la direction, etc. ».* Ce genre de sujets doit être traité en réseau et il est important que tout le monde soit sur la même longueur d'onde. Elle n'aurait pas une marge de manœuvre plus grande que les autres. Pour finir, elle rajoute que : *« je me prends un peu pour quelqu'un qui défend la personne âgée, sa liberté, son plaisir, etc…. pour moi, ça fait partie de ma place. ».*

6.1.6.1 En lien

Ce qu'il ressort est que le travail en réseau est important afin de prendre des décisions. En ce qui concerne les animateurs, ils se sentiraient coincés et n'auraient pas une très grande marge de manœuvre si le travail en réseau n'est pas mis sur pied avec la famille, la direction, les soins et l'animation. Selon, Joëlle Mottint, le travail en réseau devient inévitable à cause de la complexification des situations. De plus, prendre en considération tous les aspects d'une situation n'est pas possible par rapport aux limites des domaines d'activités liés au corps de métier. Une autre raison est de pouvoir partager avec plusieurs personnes afin de ne plus avoir la seule responsabilité d'assumer les émotions liées à la situation ainsi que les démarches (Mottint, 2008, p. 1).

L'infirmière B et C reviennent à plusieurs reprises avec la notion de respect. Selon Eliane Christen-Gueissaz, professeure associée à l'Institut de Psychologie de Lausanne et responsable de l'Unité de recherche et d'intervention en gérontologie, le respect est le fait d'accueillir l'autre tel qu'il est en la considérant comme une personne pouvant prendre ses propres décisions (Christen-Gueissaz, 2008, p. 2).

Pour moi, une notion, qui ressort et qui n'est pas explicitée clairement par les intervenants, est celle de la bienveillance. Je la ressens dans les propos de l'infirmière B qui dit qu'il faut avoir une attitude respectueuse lors des toilettes pour préserver l'intimité psychique. Selon le code éthique dans la pratique des soins (2003), elle est présente depuis longtemps dans les pratiques infirmières. Elle contribue au bien-être, défend et garantit sa sécurité, ses intérêts, etc. Ce qui va dans le sens de la bienveillance est le fruit du travail interdisciplinaire. Ceci rejoint donc l'importance du travail en réseau (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2003, p. 13-14).

Les six professionnels feraient participer la personne âgée en trouvant des solutions ensemble dans la mesure du possible. Ceci rejoint le concept d'autodétermination déjà abordé auparavant. De plus, cette notion sous-entend que le personnel collabore avec la personne et non pour elle. En effet, selon Manon Masse et Jean-Louis Korpès, permettre l'autodétermination consiste, entre autre, à : donner les informations utiles, déterminer avec la personne les limites et ressources de son choix, laisser la personne faire seule les démarches, etc.

Comme le souligne l'infirmière A, elle ferait appel à la famille si la personne n'a pas totalement ses capacités cognitives. Regula Eugster-Krapf, infirmière, formatrice d'adultes et en santé sexuelle et coach personnel, souligne qu'en ce qui concerne les rapports sexuels des résidents, le personnel n'a pas le droit d'informer la famille si les deux personnes ont la capacité de discernement (Eugster-Krapf, 2013, p. 25). Néanmoins, l'infirmière A prendrait quand même en compte la famille pour ce genre de sujet car elle leur a, en quelque sorte, confié leur parent. D'ailleurs l'animatrice C rejoint l'infirmière A en incluant la famille dans le réseau. Regula Eugster-Krapf explique justement que

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

lorsque la famille représente le résident pour ses affaires administratives, les proches doivent être informés des coûts qu'engendrent certaines prestations (Eugster-Krapf, 2013, p. 25).

Nous avons une vue d'ensemble sur les marges de manœuvre qui peuvent être très ressemblantes. Pour finir cette partie, je vous propose de prendre connaissance de l'avis des personnes interviewées quant à la place du travail social en EMS au niveau de la sexualité des résidents.

6.1.7 Place du travail social, dans un EMS, en lien avec la sexualité du résident

Dans ce thème, je m'intéresse de façon globale à la place du travailleur social en lien avec la sexualité du résident qu'il soit externe et/ou interne à l'EMS. D'autres professionnels peuvent graviter autour de la personne âgée tels que le curateur d'un résident qui lui fait part de ses besoins, l'assistant social de Pro Senectute qui accompagne une personne à l'entrée en EMS, etc. Il est donc pertinent, entre autre, de savoir s'il arrive au personnel de collaborer avec des professionnels sociaux externes.

❖ Pour les soins

L'infirmière A explique qu'il leur arrive de faire appel à Pro Senectute pour certaines questions liées au budget par exemple. Il lui arrive de collaborer ponctuellement avec des curateurs également. Par rapport aux besoins sexuels et affectifs des résidents, elle dit : *« Je ne vois pas tellement qu'est-ce que les travailleurs sociaux pourraient faire […] Je ne vois pas tellement pourquoi ils traiteraient des besoins sexuels […] ».* De plus, les demandes seraient plus de l'ordre du maintien de son réseau familial car les personnes âgées auraient peur de se sentir abandonnées.

Toutefois, pour elle, le curateur aurait un rôle dans la sexualité, par rapport aux questions financières. Elle explique que : *« Je pense que c'est notre rôle […] Si la personne dit non, il n'y a pas besoin de faire intervenir quelqu'un d'autre. ».* Toutefois, si l'EMS devait développer des offres, la vision de plusieurs professionnels serait bénéfique.

Pour **l'infirmière B**, les travailleurs sociaux auraient un rôle en matière de sexualité de la personne âgée. Par exemple, elle explique qu'une assistante sociale aura un travail plus conséquent lorsque la personne vit à domicile. Et lorsque les gens intègrent un EMS, son rôle serait de les accompagner en les aidant à poursuivre une sexualité, s'ils l'expriment. Toutefois, un travailleur social externe n'aurait pas sa place dans cet EMS car *« les gens sont déjà beaucoup sollicités pour répondre aux besoins de boire et manger ».* D'autres besoins priment. Elle explique que : *« […] ça nous servirait à rien d'avoir un travailleur social […] Je pense que sinon tout le monde aurait sa place mais après c'est : Qui va financer ? ».* Si un professionnel du social travaille dans cet EMS, le prix de pension doit être augmenté et les assureurs ne paient peut-être pas. Ils financent tout ce qui se rapporte à boire, manger, respirer, etc. Toutefois, si quelqu'un du travail social devait venir au home, elle imaginerait son action à travers de petites interventions comme une conférence, une collaboration avec les soignants et l'animation afin d'échanger sur : *« Comment au quotidien, on peut aller mieux dans ce sens-là ? Sans que les personnes soient mal à l'aise parce qu'on irait dans un sujet trop intime. ».*

L'infirmier C explique qu'il ne collabore pas avec les travailleurs sociaux externes à l'EMS. Il lui arrive seulement d'avoir des contacts avec les curateurs, si nécessaire. Il pense aussi qu'ils peuvent avoir un rôle en orientant le résident sur le réseau et les prestations possibles. Néanmoins, il trouve que la sexualité : *« […] ne passe pas forcément par le réseau social. La sexualité, c'est aussi une affaire très individuelle. ».* Concrètement, il ne sait pas ce qu'un travailleur social pourrait apporter de plus au home. Par contre, comme pour l'infirmière A, il dit que tout ce qui peut apporter des idées nouvelles ou d'autres points de vue est le bienvenu.

❖ Pour l'animation

L'animateur A trouve que le travailleur social a un rôle en matière de sexualité en EMS car cette personne de confiance et de référence est là pour le bien-être des personnes au-delà des soins. Toutefois, il ne comprend pas pourquoi l'EMS en aurait besoin car les animateurs sont déjà présents. Il explique que la venue de cette personne devrait se faire suite à la demande d'un résident. Il dit justement que : *« il est difficile de faire participer quelqu'un de l'extérieur si ce n'est pas une demande du résident […] ».* Si cette personne travaillait dans l'EMS, ses tâches ne seraient pas précises car, pour lui, il faut collaborer au cas par cas avec la personne âgée. Personne n'est plus à même pour intervenir auprès de la sexualité du résident car le lien de confiance est primordial pour pouvoir en discuter.

L'animatrice B rejoint l'avis de l'animateur A car le travailleur social aurait aussi un rôle en matière de sexualité par rapport à l'écoute. Elle serait prête à collaborer avec quelqu'un d'externe si l'objectif du home est d'instaurer des projets vis-à-vis des besoins sexuels et affectifs du résident. Elle trouve que la venue de quelqu'un d'externe pourrait être bénéfique car cette personne pourrait observer les pratiques afin de percevoir d'autres demandes et de donner des pistes d'action pour approfondir certaines situations. Les tâches du travailleur social dans un EMS seraient de déceler les demandes et faire accepter à l'équipe l'idée que la sexualité des personnes âgées est normale. Elle dit justement que : *« Le maximum est déjà de faire accepter cette idée […] Je ne pense pas qu'il pourrait aller plus loin que ça. ».*

Pour **l'animatrice C** les travailleurs sociaux auraient aussi un rôle en matière de sexualité en donnant la possibilité de s'exprimer, de défendre le résident et son besoin et même d'éduquer le personnel à accepter la sexualité des aînés. Si dans cet EMS, des offres sont mises en place en matière de sexualité, ils vont faire appel à quelqu'un d'externe qui connaît probablement mieux le sujet. Pour elle, *« On est obligé de travailler avec les travailleurs sociaux externes parce que les gens se spécialisent de plus en plus. ».*

Mais elle se demande si ce besoin doit être traité en tant que projet car la vraie demande du résident est l'affectivité. Elle explique qu'elle voit ce message dans les yeux des résidents : « *Tu sais moi, j'ai encore envie d'aimer […] Malgré moi, j'ai encore tout ça […] ».* Et elle rajoute qu'il y a même parfois un : *« excuse-moi, ça devrait pas mais c'est comme ça […] ».* Les aînés sont souvent surpris de constater qu'ils ont encore des besoins et des envies malgré leur âge avancé et les normes de la société actuelle. Il faudrait donc travailler d'abord sur cet aspect avant de passer à l'acte sexuel pur.

6.1.7.1 En lien

Pour les soins, le travailleur social aurait un rôle en matière de sexualité du résident pour : orienter le résident grâce à sa connaissance du réseau (infirmier C) et veiller à la poursuite de prise en charge au niveau sexuel (infirmière B). Effectivement, les méthodes du travailleur social sont variées et différentes d'un professionnel à l'autre en fonction de leur approche, du contexte et de leur mission. Une des ressources peut être le réseau et la connaissance des organisations (Avenir social, 2014, p. 5).

Toutefois, le travailleur social n'apporterait pas grand-chose de plus à l'EMS. En effet, l'infirmière A pense que ce sujet est plutôt de l'ordre des soins. Pour l'infirmière B, les besoins sexuels sont secondaires par rapport à ceux de la nourriture. En effet, étant incapable de rester seuls à domicile, la raison principale de l'entrée des personnes en EMS est qu'elles ont besoin de soins infirmiers.[14]

Néanmoins, remarquons que, pour les deux infirmières et l'infirmier, le travailleur social serait le bienvenu pour apporter un autre regard sur l'EMS et amener des propositions au personnel. D'ailleurs, un des objectifs du travail social est de contribuer au changement qui accorde à la personne concernée les conditions de satisfaction de ses besoins. Dans ce contexte, il peut analyser

[14] https://www.vs.ch/web/ssp/ems (Consulté le 23.11.2016)

la situation et proposer des pistes d'actions dans la mesure de ses compétences (Avenir social, 2014, p. 4-5).

Pour l'animation, le travail social a un rôle en matière de sexualité des résidents pour surtout défendre son droit et son besoin. Malgré qu'il ne voie pas l'utilité de la présence d'un travailleur social externe en EMS, l'animateur A pense qu'il aurait un rôle en matière de sexualité car il peut avoir un autre lien avec la personne et toucher plusieurs aspects de sa vie contrairement aux soignants. En effet, les domaines d'actions du travail social sont très larges. De plus, il peut collaborer avec la personne sur plusieurs types de difficultés comme la santé, la socialisation, le handicap, etc. (Avenir social, 2014, p. 3-7).

L'animatrice B pense que le travailleur social accompagne le résident dans son quotidien et qu'il peut avoir un rôle à jouer dans sa sexualité grâce à l'écoute. Il pourrait avoir sa place en EMS. Ses tâches pourraient être de l'ordre de : percevoir certains besoins non explicités verbalement, proposer des pistes d'actions et sensibiliser le personnel à la sexualité des résidents. Il est vrai que le travailleur social est amené à analyser, évaluer et aborder les affaires dans un objectif commun. En fonction du contexte des situations, il peut, entre autre, sensibiliser grâce à une prévention, éclairer sur certains aspects, droits, devoirs et/ou notions inconnues pour autrui si nécessaire, essayer d'intégrer les personnes au processus d'un objectif, etc. (Avenir social, 2014, p. 5). De plus, pour Pascal Tavier, le travail social aurait sa place dans les EMS, lors de la mise en place d'un projet de vie, pour le développement des axes tels que le collectif, l'environnement et l'individuel (Tavier, 2003, p. 93-95).

Pour l'animatrice C, le travailleur social peut défendre le besoin sexuel du résident, en parler avec lui et sensibiliser le personnel pour ouvrir davantage l'esprit. Ceci me ramène au code de déontologie du travail social, qui dit que : *« Les professionnels du travail social fondent leur action sur le respect de la dignité inhérente à chaque personne et sur le respect des droits qui en découlent. »* (Avenir social, 2010, p.8). De plus, rajoutons que toujours selon le code, il est dit qu'un des objectifs est : *« […] d'accompagner, éduquer ou protéger les êtres humains tout en encourageant, garantissant, stabilisant et maintenant leur développement »* (Avenir social, 2010, p. 6).

6.2 Vérification des hypothèses

Hypothèse n° 1 : L'EMS met en place peu de dispositifs concrets et adaptés aux besoins de la personne en matière de sexualité.

a. L'EMS met peu de dispositifs en place, dans le cadre de la chambre du résident, tels que l'installation d'une affiche « ne pas déranger » devant la porte.

b. Dans la mesure du respect de la vie collective, les dispositifs restent peu développés comme l'aménagement d'une chambre avec un lit double que la personne ou un couple pourrait réserver.

La formulation de cette première hypothèse sous-entend que l'EMS prend en compte la sexualité de ses résidents. Toutefois, ce sujet étant un tabou, la mise en place de dispositifs reste rare.

Conformément aux différents entretiens, il en est ressorti que, malgré la reconnaissance de l'existence de besoins sexuels chez les personnes âgées, des dispositifs apparents n'existent pas réellement. De surcroît, les possibilités ne sont pas explicitées clairement. Étant donné que les résidents ne formulent aucune demande en matière de sexualité, le sujet n'est pas traité. En outre, étant tabou, peu de discussions sérieuses voient le jour avec les résidents et peu de réflexions existent entre collègues.

Néanmoins, la chambre serait une forme de dispositif car cet endroit leur est assuré comme un espace privé. De plus, si les résidents le désirent, ils peuvent fermer la porte à clé et ainsi avoir davantage d'intimité. Les personnes âgées font ce qu'elles veulent à l'intérieur tant que personne

d'autre ne soit ni gêné ni mis en danger. Ils s'autodéterminent dans leur chambre (masturbation par exemple) et le personnel ne s'en mêle pas car la sexualité est considérée comme étant un sujet intime et personnel. Néanmoins, des demandes ont déjà été formulées par des résidents car il est déjà arrivé que des lits aient été placés côte à côte ou qu'un panneau ait été accroché sur la porte pour ne pas y entrer. De plus, il existe quand même des règles claires comme de ne pas avoir de relations sexuelles avec les résidents, le respect et la préservation de la vie intime, de la liberté individuelle et de l'autonomie. **(Sous-hypothèse a)**

La liberté et le respect des résidents sont importants pour tous les EMS. Toutefois, pour ne pas troubler ni déranger les autres, les dispositifs ne sortent pas beaucoup du cadre de leur chambre. De plus, auparavant, la sexualité n'était pas abordée et restait du domaine privé. Le regard des autres influence donc leur façon d'y participer et la visibilité de certains dispositifs peut susciter une gêne et une retenue chez les aînés. La sexualité reste souvent cachée. Par ailleurs, comme certaines expressions découlent d'une maladie, une attention particulière est adressée aux résidents afin de les préserver. Comme déjà dit, la liberté s'arrête là où débute celle des autres. D'ailleurs, soulignons que les dispositifs restent individuels car il n'y a pas de chambre rose réservable pour tous. La sexualité est un aspect de la vie qui n'a pas besoin d'être dévoilé à tout le monde. **(Sous-hypothèse b)**

Finalement, tout le monde pense qu'à l'avenir des dispositifs verront le jour car une nouvelle génération, peut-être plus exigeante, entrera au home. En effet, les aînés de nos jours, se contenteraient de peu. Pour l'instant, les offres actuelles sont amplement suffisantes et personne ne les modifierait par rapport aux demandes réelles. Je trouve que les dispositifs sont concrets mais peu clairs et surtout peu explicités aux résidents. Étant donné que ce sujet n'est pas abordé avec eux, je ne saurai pas dire s'ils sont adaptés à leurs besoins. Puisqu'une gêne existe, ils le sont peut-être, d'une certaine manière, car les offres, parfois vagues, peuvent laisser la place à l'autodétermination (masturbation).

Cette hypothèse est donc confirmée.

Hypothèse n° 2 : Le personnel infirmier et social ont une certaine marge de manœuvre concernant la pratique de la sexualité des résidents.

a. Les professionnels trouvent des solutions, au cas par cas, pour combler le manque de dispositifs.

Cette seconde hypothèse formule l'idée que les professionnels en EMS ont un rôle en matière de sexualité des résidents et qu'ils peuvent aider la personne à l'exprimer et à la pratiquer.

Chacune des personnes interviewées considèrent qu'elles peuvent avoir une grande marge de manœuvre en matière de sexualité des résidents tant que le respect de la vie privée de tous soit maintenu. D'ailleurs, puisque les dispositifs sont peu clairs, le personnel s'adapte et octroie une certaine liberté aux résidents en laissant, par exemple, quelqu'un dans sa chambre pour se masturber, en mettant en place des activités pour le besoin du toucher, en sensibilisant et en ouvrant la discussion à ce sujet, etc. Ce sont, entre autre, des dispositifs implicites car ils sont propres à chacun. À travers les pratiques des soins et de l'animation, les rôles de chacun se déterminent en fonction des besoins et envies des résidents.

Bien entendu, cette marge de manœuvre prend en compte celle des autres professionnels en incluant la personne âgée. En effet, la collaboration de la direction, des soins, de l'animation et aussi des familles en cas de représentation du parent pour les affaires administratives et de doutes sur la capacité de discernement, serait indispensable si un dispositif devait se mettre en place. D'ailleurs, ceci ressort fortement auprès de l'animation qui considère que le travail en réseau est essentiel.

À mon avis, ils ne trouvent pas réellement de solutions pour combler le manque de dispositifs car, pour l'instant, il n'est pas nécessaire d'en développer d'avantage. Ils composent, au cas par cas, car

la sexualité est différente pour tous et peut s'exprimer de diverses façons. De plus, la maladie pouvant altérer ce besoin, chaque action est réfléchie de manière individualisée en fonction du contexte, de la capacité de discernement des résidents, de la maladie, etc. Le personnel s'adapte et trouve des solutions lorsque la situation et/ou l'expression sexuelle se présente et devient surtout problématique. De plus, soulignons que l'idéal, pour les six intervenants, serait que les offres s'instaurent suite aux demandes et besoins des résidents. Ainsi, un étalage de dispositifs n'est pas nécessaire. **(Sous-hypothèse a)**

Cette hypothèse est confirmée. Cependant, pour être plus juste, il faudrait reformuler la sous-hypothèse ainsi :

En fonction, entre autre, du contexte, de l'expression sexuelle et de la capacité de discernement du résident, les professionnels trouvent des solutions, au cas par cas, car chaque situation est unique.

Hypothèse n°3 : Le personnel infirmier et social offrent la possibilité aux personnes âgées d'aborder le sujet de la sexualité.

a. Le personnel prend en compte les besoins sexuels du résident.
b. La personne âgée peut échanger avec le personnel en fonction de sa situation ou de sa capacité de discernement.
c. Dans l'optique que la personne âgée participe à sa sexualité, elle trouve des solutions en collaboration avec le personnel infirmier et social.

Cette troisième hypothèse sous-entend l'idée qu'il est donné à la personne de s'autodéterminer par rapport à sa propre sexualité. En fonction des situations, la personne peut trouver des solutions avec le personnel en qui elle a confiance.

Comme la personne âgée a toujours des besoins sexuels, ils ont été observés durant les toilettes, à travers certains propos, propositions, gestes, etc. Afin de faire participer et/ou combler le besoin lié, entre autre, au toucher et à la sexualité physique, des actions sont mises en place telles que les activités de l'animation, les moments de soins, l'intervention du SIPE, la venue d'une personne de l'assistance sexuelle, etc. Leur sexualité ne peut pas être mise de côté. **(Sous-hypothèse a)**

D'après les entretiens, la personne âgée a, en principe, la possibilité de parler de ses besoins sexuels et affectifs. Par contre, étant pudique à cause, entre autre, de son éducation, elle n'en parle pas. Ce sont plutôt des expressions liées à l'affectivité qui ressortent le plus. Rajoutons que si elle se confie, ce ne sera qu'avec une personne digne de confiance. De plus, le professionnel, qui n'est pas à l'aise pour accueillir les propos des résidents, va déléguer. Dans tous les cas, le personnel veillera à garder une attitude professionnelle en étant au clair avec son rôle. La sexualité, étant considérée comme un sujet privé et intime, le personnel ne va pas induire la discussion sans raison. De surcroît, si le résident n'a pas une capacité de discernement suffisante, il sera bien plus difficile d'aborder ce thème. **(Sous-hypothèse b)**

Conformément aux entretiens, le personnel trouve des solutions avec la personne âgée en fonction de son état de santé et du contexte environnemental. Néanmoins, il est nécessaire que la personne ait toutes ses capacités cognitives pour pouvoir échanger avec les professionnels. Toutefois, le réseau (famille, infirmiers, animation, direction) devra y participer également. Aucunes décisions ne seraient prises sans en avoir informé la hiérarchie et la famille si nécessaire. **(Sous-hypothèse c)**

Finalement, je n'utiliserai pas le terme d'« offrir » dans la formulation de cette hypothèse car elle sous-entend que le personnel met en avant le fait que les résidents peuvent en parler s'ils le désirent. Toutefois, ils le font lorsque les situations se présentent. Bien entendu, les résidents peuvent parler de sexualité mais cette possibilité n'est pas explicitée. D'ailleurs, ils n'ont peut-être même pas connaissance de cette éventualité.

Pour moi, cette hypothèse est partiellement confirmée. Pour être plus juste, je la reformulerai ainsi:

Le personnel infirmier et social sont parfois disponibles pour aborder le sujet de la sexualité avec les résidents en fonction de la situation et du contexte environnant.

Hypothèse n° 4 : Le travail social a sa place dans le fonctionnement d'un EMS et influence de près ou de loin la mise en place de dispositifs liés à la sexualité des personnes âgées.

Cette quatrième et dernière hypothèse défend l'idée que le travailleur social a sa place dans un EMS et peut avoir un rôle en matière de sexualité des résidents. Ce professionnel englobe l'animateur mais aussi une personne externe tel que le curateur, l'assistant social de Pro Senectute, etc.

Le travail social a, de toute manière, sa place dans le fonctionnement d'un EMS étant donné qu'il y a des animateurs socioculturels. Toutefois, il en ressort que les soins ont une place primordiale et j'ai l'impression que l'animation est sous-estimée. À présent, les deux corps de métiers collaborent ensemble car les situations deviennent complexes. Ils échangent sur l'état de santé des personnes, de leurs besoins et de ce que l'animateur peut mettre en place. Les animateurs peuvent influencer les dispositifs mais n'osent parfois pas entreprendre des démarches car, si la direction et les soins ne sont pas en accord avec eux, ils n'auraient probablement pas une grande marge de manoeuvre.

La nécessité de la venue d'un travailleur social externe serait plus difficile. Les avis des professionnels des deux corps de métiers restent mitigés. Du côté des soins, d'autres besoins priment comme ceux de boire et manger. Ils ne voient pas ce que les professionnels du social apporteraient de plus, à part amener des idées pour leurs propres pratiques et le développement d'autres dispositifs. Du côté de l'animation, tout le monde est d'accord sur le fait que le travailleur social a un rôle en matière de sexualité à travers l'écoute des besoins, la défense du droit des résidents, la sensibilisation du personnel qui aurait de la difficulté à envisager la sexualité des personnes âgées, etc.

Pour moi, le travailleur social accompagne en effet le résident à travers son objectif en utilisant ses propres ressources, en développant, si besoin, de nouvelles compétences, en l'orientant grâce à la connaissance du réseau et en utilisant celui-ci pour trouver des solutions. Il fait le pont entre la personne et son environnement en entreprenant des démarches avec elle afin que ses besoins et droits soient respectés. Pour moi, il ne travaillerait pas tout seul mais bien tous ensemble.

La vérification de cette hypothèse est plus ou moins confirmée. En effet, le travailleur social a un rôle en matière de sexualité et peut influencer la mise en place de dispositifs étant donné que, pour tous, il apporterait un regard externe vis-à-vis de la situation. Mais cette venue serait ponctuelle et devrait dépendre de la demande du résident. Finalement, pour moi, le rôle d'un travailleur social peut être méconnu et cette personne devrait défendre son rôle et expliciter son utilité.

6.3 Réponse à la question de recherche

Rappelons-nous, d'abord, de ma question de recherche afin de faire un lien avec les informations recueillies lors des rencontres avec les six professionnels :

« Qu'est-ce qui est mis en place institutionnellement et pratiquement par les établissements médico-sociaux, en Valais, pour que le résident puisse exprimer et participer à sa sexualité ? »

La sexualité a toujours une place importante dans la vie de la personne âgée. Néanmoins, elle s'oriente énormément autour de l'aspect affectif et le besoin de toucher et d'être touché. Avec la conférence de l'association valaisanne des infirmiers-chefs en EMS, en avril 2016, sur les besoins affectifs et sexuels du résident, une ouverture d'esprit s'est fait ressentir. La sexualité, étant un

sujet tabou, cet événement était un premier pas pour détruire les non-dits et mythes. Toutefois, des démarches sont encore à entreprendre pour sensibiliser le personnel ainsi que les familles qui ont un grand pouvoir de décision. D'ailleurs, ce point est celui qui est le plus ressorti lorsque la place du travail social a été abordée en entretien. Le travailleur social pourrait, d'abord, attirer l'attention du personnel au sujet de la sexualité des résidents. Oser en parler casse les préjugés. Si personne ne le fait, la sexualité restera un sujet difficile.

Malgré l'ouverture d'esprit des six professionnels, peu de dispositifs institutionnels existent. Comme déjà dit, la sexualité n'est pas beaucoup abordée car les résidents ne font pas beaucoup de demandes claires. De plus, les soignants n'oseraient peut-être pas en parler suite aux tentatives d'attouchements des aînés. Toutefois, des offres sont bel et bien mises en place par les EMS.

En voici quelques-unes :

- Notion de sexualité comprise dans la charte (home C)
- Chambre considérée comme un espace intime et privé dans lequel la personne fait ce qu'elle veut (tous les homes)
- Utilisation de la clé pour s'enfermer et avoir plus d'intimité (home B et C)
- Panneau accroché sur la porte afin d'indiquer qu'il ne faut pas entrer (home B et C)
- Appel à l'assistance sexuelle si le besoin se fait ressentir (tous les homes)
- Clinicienne référente disponible pour échanger lors de difficultés incluant celles liées à la sexualité (home C)
- Chariot sensoriel pouvant combler le besoin de toucher et d'être touché (home C)

Pour moi, l'attitude respectueuse avait souvent été présentée comme un dispositif institutionnel. Le personnel doit protéger et respecter l'intimité des personnes âgées ainsi que répondre à leurs besoins dans la mesure du possible. Pourtant, pour moi, cette attitude est propre à chacun et fait donc partie des pratiques professionnelles en EMS. D'ailleurs, je peux, à présent, vous en présenter quelques-unes mises en place par le personnel afin que la personne âgée participe à sa sexualité.

- Activités liées au corps, aux échanges, au toucher (animatrices B et C)
- Tentatives de discussion autour d'un besoin affectif et sexuel (animateurs A, B et soignants B, C)
- Travail sur l'estime de soi pour redonner envie aux résidents de prendre soin d'eux (soignante A)
- Précisions sur le rôle professionnel des soignants en particulier (animatrice B, soignants B, C)
- Demande d'intervention de professionnels du SIPE lors de questionnements (soignants B et C)
- Toucher tendresse des professionnels (soignants A, B, C et animatrices B, C)
- Utilisations du réseau des professionnels pour, entre autre, l'assistance sexuelle (tous les homes)
- Colloque et concertations entre professionnels du même EMS, lors de situations délicates (tous les homes)

Finalement, la sexualité reste un sujet individuel si elle ne dérange personne. La responsabilité est donnée aux résidents ayant les capacités cognitives suffisantes pour s'autodéterminer en la matière et d'assouvir à leurs propres besoins sexuels. La sexualité en EMS est abordée lorsqu'elle résulte de problèmes liés à des troubles ou à des démences. Beaucoup de questions éthiques surgissent lorsque des doutes sur la capacité de discernement subsistent. Elle est aussi abordée lorsqu'elle

choque certaines personnes lors d'attouchements et/ou des avances mal venues des résidents. Rien n'est clair car rien n'est vraiment discuté ouvertement. De plus, les professionnels en EMS n'ont pas d'outils et de dispositifs pour l'expression sexuelle résultant d'une maladie. D'ailleurs, je pense qu'il est plus facile de travailler sur l'aspect affectif de la sexualité car il peut être à la portée de plusieurs professionnels. De plus, j'ai l'impression que l'acte physique est immédiatement rattaché à la sexualité lorsque ce sujet est abordé alors que, comme vu dans la partie théorique, elle est bien plus complexe.

Ces situations évolueront très certainement grâce à la venue d'une prochaine génération en EMS. Les professionnels devront s'adapter et peut-être que de nouveaux dispositifs et pratiques verront peut-être le jour.

Rapport-Gratuit.com

7. Bilan de la recherche

7.1 Perspectives professionnelles

La sexualité en EMS reste un sujet délicat à aborder à cause de diverses barrières. Nous avons vu, dans la partie théorique et empirique, que la famille, le manque d'argent et les stéréotypes peuvent être des barrières à la mise en place de solutions comme l'assistance sexuelle. Il existe d'autres obstacles tels qu'un sentiment de culpabilité provenant des personnes âgées à cause des représentations et/ou de leur entourage et l'absence de politique interne sur la sexualité et l'intimité au sein de l'établissement.

Il faudrait changer les représentations sur la sexualité des personnes âgées ou handicapées et leur reconnaître leur besoin affectif et sexuel. Ceci est un premier pas important dans la prise en charge quotidienne des résidents en EMS. L'idéal serait que même la famille change de regard sur la sexualité et aide à trouver des solutions si nécessaire (Crochon & De Rugy, 2011, p. 28).

Pour ce faire, Patrizia Anex nous donne quelques pistes d'actions. La première prise de conscience est en lien avec sa propre sexualité en se demandant : Est-ce qu'on a envie de se dire, au bout d'un certain âge, que nous n'avons plus le droit à la sexualité ?

La deuxième piste d'action est de se rendre compte que nos parents et nos grands-parents ont eu une sexualité car sinon nous ne serions pas de ce monde. Il faut donc ouvrir le plus possible le dialogue pour tenter de comprendre les besoins d'autrui (Ma Radio RTS. On en parle, Émission du 11.06.2015).

De plus, si je me réfère à la charte sur l'amour, la sexualité et le handicap, l'éthique professionnelle de tous les membres du personnel d'un établissement, qui accompagnent et agissent dans divers aspects de la vie de la personne, vise entre autre à :

- Être ouvert sur la question de la sexualité des personnes.
- Adopter une attitude d'écoute et une compréhension d'autrui tout en veillant à sa sécurité et au respect des libertés et des limites de la personne (Charte, Amour, Sexualité et Handicap, 2012, p. 8).

Ces pistes d'action sont aussi valables pour les travailleurs sociaux qui ne sont pas à l'abri des stéréotypes. Je pense qu'il faut en être conscient afin de travailler sur ces idées préconçues pour être au plus juste dans l'accompagnement et faire attention à ce qu'elles n'influencent pas la collaboration. Il faut accueillir la personne comme elle est et reconnaître toutes les dimensions qui la composent. La posture adoptée des travailleurs sociaux est très importante ce qui inclut de reconnaître ses propres ressources et limites. Ceci est valable pour le personnel en EMS car laisser les stéréotypes prendre le dessus ne permettrait pas au professionnel d'écouter les besoins exprimés parfois de façon ambiguë ou maladroite.

D'ailleurs, je trouve que le travail social a sa place dans les homes comme l'assistante sociale de Pro Senectute ou un curateur qui accompagne une personne âgée en EMS. Selon la définition du travail social explicitée en 2000 à Montréal à l'occasion d'un congrès international des écoles du travail social, ce métier servirait :

> *« [...] à promouvoir le changement social, la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines et la capacité et la libération des personnes afin d'améliorer le bien-être général. Grâce à l'utilisation des théories du comportement et des systèmes sociaux, le travail social intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement. Les principes des droits de l'Homme et de la justice sociale sont fondamentaux pour la profession. »* (Avenir social, 2014, p. 2).

Le professionnel du social informe et oriente les personnes dans le cadre de sa fonction. Il ne travaille pas tout seul et utilise les ressources de chacun pour répondre à un problème social. Par contre, il faut défendre son rôle et expliquer son utilité, non seulement en EMS, mais partout

ailleurs. En effet, certains soignants ne savaient pas à quoi servirait un travailleur social dans un home.

En ce qui concerne les dispositifs en EMS, les professionnels reconnaissent qu'ils sont peu développés. Toutefois, ils ne trouvent pas nécessaire d'en instaurer de nouveaux. Malgré tout, lors des entretiens, ils m'ont expliqué quel serait l'idéal des dispositifs et des pratiques professionnelles. Il est important de prendre en compte tous les avis. Avant de vous présenter mes idées, voici celles des six professionnels :

- Rester à l'écoute des gens et de leurs besoins (Infirmière A)
- Avoir un lit plus grand, garantir au résident que personne n'ouvre la porte malgré l'absence de panneau et avoir une personne référente à l'EMS pour les besoins sexuels (Infirmière B)
- Chambre rose possible de réserver pour des moments intimes (Infirmier C)
- Dispositif discret pour vivre leur sexualité en toute intimité (Animateur A)
- Rencontrer la personne de l'assistance sexuelle en dehors du home pour préserver la vie communautaire (Animatrice B)
- Oser parler de la sexualité avec le résident pour briser le silence et développer des activités liées à l'affectivité, la tendresse, etc. (Animatrice C)

À présent, en ayant en tête les pistes d'actions de Patrizia Anex ainsi que l'avis des personnes rencontrées, je vous laisse découvrir mes idées sur les perspectives possibles d'instaurer.

- L'animatrice C rédige un journal mensuel où se trouve quelques jeux, des informations comme les naissances, les sorties, les activités, etc. Je trouve que c'est un bon moyen pour entretenir un lien entre les résidents et l'animation. Toutefois, je rajouterais des informations en lien avec le vieillissement, les changements corporels, etc. De plus, une rubrique pourrait être instaurée afin de permettre aux résidents de participer au fonctionnement du home. Ils pourraient y inscrire leurs propositions pour améliorer la vie en EMS. Leurs besoins seraient pris en considération d'une autre façon.

Bien entendu, cette idée exclue les personnes étant plus limitées dans leur expression écrite. J'en propose donc d'autres, ci-dessous, qui incluraient toutes les personnes âgées.

- Comme l'avait si bien dit l'infirmière B, il serait intéressant d'avoir une personne de référence dans chaque EMS en ce qui concerne, entre autre, les besoins sexuels et affectifs. Elle pourrait intervenir lors d'attouchements et propos déplacés. Elle discuterait avec le résident sur la raison de ces gestes et ce qui serait possible de mettre en place. Pour les situations incluant les résidents ayant des troubles, cette personne pourrait faire appel, si nécessaire, à un autre professionnel tel qu'un sexologue ou un médecin.
- Afin de garantir à tout le monde l'accès à certaines prestations comme l'assistance sexuelle, le travailleur social pourrait réaliser des recherches de fonds afin que l'argent ne soit pas un frein à leur épanouissement sexuel et affectif. En effet, comme l'EMS « Les Marronniers » à Genève, il serait intéressant de développer certains axes.
- Comme pour le home C, l'idée serait vraiment de souligner, dans la charte mais aussi dans le journal mensuel, l'ouverture d'esprit de l'établissement sur la sexualité de leurs résidents. Mettre en avant ce fait peut rassurer la personne âgée qui saurait qu'elle pourrait parler de divers sujets sans gêne.
- Pour le personnel, je proposerais une supervision semestrielle afin de pouvoir échanger sur les thèmes que les soignants et les animateurs auraient envie de partager. Ensemble, ils pourraient trouver des solutions. Ce serait une occasion d'aborder certains tabous comme la sexualité. De plus, ils prendraient du recul sur la pratique et pourraient peut-être voir une situation sous un autre angle.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

- Une autre piste à l'intention du personnel pourrait être l'instauration d'une charte institutionnelle. Plusieurs professionnels se retrouvent dans un EMS et ils peuvent avoir une approche différente en fonction de leurs rôles et fonctions. Cet outil permettrait de mettre d'harmoniser les pratiques pouvant, pour l'instant, varier d'une personne à l'autre en fonction de sa propre perception de la sexualité. Cette charte permettrait également de préciser la mission du home auquel le personnel devrait adhérer.

7.2 Réajustements et limites de la recherche

Comme déjà dit auparavant, j'avais prévu initialement d'interroger deux professionnels de deux EMS. Puis, suite au conseil de l'infirmière A, j'ai décidé de rajouter un home supplémentaire car le personnel avait développé quelques dispositifs en matière de sexualité. Cependant, malgré ce rajout, l'échantillon reste petit car je n'ai pas interrogé tous les professionnels des EMS en Valais. Pour répondre à ma question de recherche, j'aurais pu interroger les aides-soignantes qui sont aussi en contact avec l'intimité du résident. Néanmoins, je pense que les thèmes, qui revenaient à chaque fois lors des entretiens, sont bien mis en évidence. Ils m'ont permis de répondre à ma question de recherche ainsi qu'à mes hypothèses.

En ce qui concerne les entretiens, ils ont été très intéressants. Malgré que les réponses puissent parfois se ressembler, chaque personne amenait un élément et une réflexion supplémentaire. Chaque entretien a donc été différent. Toutefois, j'avais l'impression que certaines réponses étaient réfléchies en fonction de mon profil d'étudiante à la HES en travail social. Ceci me renvoie aux désavantages d'un entretien semi-directif décrits dans la méthodologie. J'ai également dû, à plusieurs reprises, beaucoup illustrer mes questions car les professionnels ne les comprenaient pas toujours tout de suite. Leurs réponses ont peut-être été biaisées étant donné que j'orientais leurs réflexions.

Bien entendu, pour aller plus loin que ma question de recherche, il aurait été intéressant d'interroger les personnes âgées. J'aurais pu réaliser un questionnaire anonyme pour les résidents afin d'identifier leur satisfaction sur les dispositifs en lien avec leur sexualité et leurs propositions d'amélioration en la matière. Par contre, cette méthode engloberait seulement les personnes ayant des capacités cognitives suffisantes. Pourtant, la sexualité des aînés est davantage visible lorsqu'elle est l'expression de maladies. J'imagine qu'il ne doit pas être évident d'interroger les personnes qui n'ont peut-être pas leur capacité de discernement en la matière. De plus, il aurait probablement fallu avoir l'accord des familles. Néanmoins, leurs avis auraient été intéressants pour dépasser le cadre de ma question de recherche.

Le cadre du travail de Bachelor étant limité, je n'ai pas pu approfondir la réflexion autour de la capacité de discernement du résident sur sa sexualité. Il en est ressorti qu'elle est un problème qui peut poser beaucoup de questions éthiques. De plus, dans ma deuxième formation pratique, lors de la conférence sur *« Les limites du discernement, Droits et devoirs des curatrices et curateurs face au principe d'autodétermination »*, il en était ressorti que la vérification de la capacité de discernement pouvait aussi être réalisé par quelqu'un d'autre que le psychiatre ou le médecin. En effet, le travailleur social tel que le curateur peut donner une appréciation compte tenu du fait qu'il collabore de façon plus rapprochée avec le bénéficiaire. D'ailleurs l'infirmière B a fait elle-même ce test pour deux résidents. Il serait intéressant de découvrir les façons de procéder lorsque l'accompagnement pose un problème sur le principe d'autodétermination (laisser vivre la sexualité du résident librement) et de protection de la personne (éviter les abus lorsque le doute subsiste sur la volonté réelle de la personne âgée par rapport, entre autre, aux rapports physiques).

7.3 Bilan professionnel et processus d'apprentissage

Le choix de ce thème s'est fait naturellement par rapport à mon parcours professionnel ainsi que mes expériences vécues dans les soins en lien avec la sexualité des personnes. Grâce à cette recherche, j'ai pu faire un état des lieux actuels sur les dispositifs ainsi que les pratiques concrètes du personnel en EMS par rapport à la sexualité des résidents. Ce travail m'a donc été utile à

plusieurs niveaux car il éclaire une certaine réalité dans les homes, il met en lumière plusieurs difficultés en lien avec la sexualité et il donne des pistes de réflexion et d'action utiles à tous les professionnels qui sont en contact avec cette population. De plus, les EMS sont des lieux de vie dans lequel les animateurs socioculturels rythment aussi le quotidien des résidents. Il est donc naturel de traiter ce sujet du point de vue du travail social.

D'autre part, ayant des expériences professionnelles dans chaque corps de métier du social ainsi que dans la santé, ce travail me fait réaliser que j'ai acquis plusieurs casquettes qui me permettent d'avoir une vision plus globale sur, entre autre, la sexualité des personnes. En effet, étant notre propre outil de travail, mon vécu ainsi que les compétences acquises dans les différents domaines font de moi la professionnelle actuelle. Toutes mes expériences font que je suis sensibilisée, entre autre, au domaine médical et social et que la collaboration est pour moi primordial afin de compléter les différentes approches.

De plus, le processus de ce travail a été très intéressant au niveau des apprentissages théoriques et aussi au niveau de l'enrichissement réflexif. Je ressors avec davantage de bagages théoriques et d'expériences grâce à cette recherche. En effet, ma perception sur la notion de sexualité a évolué car je ne pensais pas qu'elle pouvait être si complexe.

Le bilan que je peux faire au niveau professionnel est que, quel que soit le besoin de la personne, le travailleur social se doit d'être ouvert, de mettre de côté ses stéréotypes et de l'accompagner en privilégiant sa liberté personnelle. En effet, il peut arriver à tous les professionnels d'être confrontés à un besoin sexuel et affectif d'une personne. Même si le sujet est tabou, il faut pouvoir accueillir la personne et son besoin sans la juger. De plus, il doit essayer de changer certaines représentations en sensibilisant les gens. Les travailleurs sociaux ne sont pas des experts mais ils peuvent l'orienter et défendre son besoin auprès de la direction d'un établissement par exemple.

Mon regard a changé par rapport aux pratiques des professionnels en EMS en matière de sexualité. Pour moi, ils ne prenaient pas en compte leurs besoins sexuels et aucun dispositif n'existait vis-à-vis de la situation présentée au début de cette recherche. Avec les entretiens, j'ai pu constater qu'il y avait une vraie réflexion autour de la sexualité, l'affectivité et la liberté laissée à chaque résident dans son espace, c'est-à-dire sa chambre.

Si un travailleur social devait intervenir dans un home et développer des dispositifs, il collaborerait avec tout le personnel. Et si j'étais amenée à le faire, j'aurais une vision différente de leurs pratiques ainsi que quelques pistes d'actions. Tout le monde a des expériences en la matière et même si le sujet est délicat, cela ne veut pas dire qu'aucune réflexion n'a eu lieu et que rien n'est mis en place. Ce constat rejoint le travail en réseau qui est une vaste notion et qui a été brièvement abordé dans ma recherche. En effet, cette pratique devient inévitable au jour d'aujourd'hui par rapport, entre autre, à la complexification des situations et le besoin de coordonner les pratiques généralistes et spécialisées pour le bon déroulement du projet de la personne. Le travail en réseau implique donc la coopération de chaque partenaire en transmettant des informations utiles et nécessaires, en décidant tous ensemble des objectifs communs, etc. Il faut connaître sa propre mission ainsi que celle des autres afin de savoir les limites du rôle de tout un chacun, de pouvoir se réunir concrètement, d'évaluer le processus compte tenu des résultats obtenus suite aux démarches, etc. (Mottint, 2008, p. 1-5).

En outre, au début, je ne prenais pas du tout en compte le fait que la maladie puisse altérer la sexualité. À présent, je pense qu'il ne faut pas tout généraliser car elle se présente différemment pour tout le monde. De plus, lorsqu'un doute sur la capacité de discernement est présent, les professionnels se retrouvent dans des postures délicates. Ce problème me renvoie à la tension au niveau de l'accompagnement que j'avais déjà eu lors de ma dernière formation pratique. Dans une situation de violence, j'avais envie de protéger la personne qui se faisait violentée et je ne comprenais pas qu'elle veuille rester dans cette situation. Pour finir, j'en étais venue à la conclusion que le travailleur social accompagne la personne et respecte ses choix même s'ils nous paraissent absurdes. Par rapport à la sexualité de la personne âgée, je pense qu'il faut reconnaître

cette dimension, prendre le temps et analyser la situation s'il y a un doute sur sa capacité de discernement.

Finalement, malgré tous les bilans que nous pouvons faire, cette recherche m'a confirmé que chaque situation est complexe et que nous ne pouvons rien banaliser ou englober. De plus, après quelques années de pratique, j'aimerais travailler dans un milieu comme le planning familial en suivant, d'abord, une formation continue en la matière.

7.4 Bilan personnel

Tout d'abord, j'ai pris beaucoup de plaisir à réaliser cette recherche. Mon intérêt pour ce thème reste intact. Il est vrai que j'ai été submergée par le stress et la pression lorsque j'ai été confronté à certains délais. Heureusement, j'ai pu me concentrer, m'adapter à la situation et essayer d'être la plus rigoureuse possible. Malgré mes gros moments de stress et de doutes, je suis satisfaite du travail produit car il me semble complet. J'ai pu apprendre à gérer le stress autrement en agissant rapidement et concrètement. De plus, dernièrement, suite au décès de ma maman, j'ai dû prendre sur moi afin de me concentrer sur ce travail et de le finaliser de la meilleure manière. Je pense que j'ai développé davantage de compétences qui me seront utiles quel que soit le domaine où je me retrouverai. Je suis d'ailleurs impatiente et prête pour de nouvelles expériences qui vont davantage remplir mon bagage de ressources professionnelles et personnelles.

Par ailleurs, je suis contente d'avoir rencontré les six professionnels qui m'ont tous apporté des éléments intéressants à mon analyse et qui m'ont permis d'étayer ma réflexion. Même si mon sujet se limite à la sexualité des résidents en EMS et aux dispositifs et pratiques existants, certaines réflexions peuvent être utiles dans ma pratique professionnelle ainsi que dans ma vie. En effet, même si un sujet est tabou, je souhaite recevoir la personne en mettant mes idées préconçues de côté afin de pouvoir créer un vrai lien de confiance et de surtout être authentique.

Comme déjà dit, je ne pense pas qu'il faille avoir un panel de dispositifs. Au début, je pensais qu'il était nécessaire d'avoir pleins de propositions pour la personne âgée qui aimerait combler ce besoin. J'ai réalisé que ces situations pouvaient être comme les autres. C'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des réponses à tout et que la collaboration avec la personne va permettre de faire émerger certaines solutions. Toutefois, l'idéal serait que les normes de la société concernant les personnes âgées évoluent davantage afin de, peut-être, faciliter l'expression de ce besoin.

Néanmoins, cette étude ne me permet pas de tout comprendre et d'être experte en matière de sexualité de la personne âgée. Ce travail m'a permis d'aller à la rencontre de professionnels de deux corps de métiers collaborant dans le même espace et avec la même population. Cette recherche m'a permis aussi d'avoir une vision plus large en prenant en compte les approches de deux domaines différents qui ne sont autre que la santé et le social. De plus, j'ai pu tempérer certaines opinions et approfondir ma réflexion en dépassant le cadre de ma question en introduisant des thèmes non pensés initialement. Les situations peuvent être complexes et les dispositifs apportent quelques solutions. Toutefois, il est important de garder l'esprit ouvert afin de s'adapter à la personne âgée.

8. Sources

8.1 Livres et ouvrages

- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2003) « L'éthique dans la pratique des soins ». SBK – ASI. Berne.
- BEE, H. & BOYD, D. (2008). *Les âges de la vie, Psychologie du développement humain*. Canada. Edition Pearson Education, Inc. 3ème édition.
- BOZON, M. (2009). *Sociologie de la sexualité.* Paris. Edition Armand Colin. Collection « Domaines et approches ».
- Code civil suisse. (2013). Edité par la Chancellerie fédérale. Confédération suisse.
- LANGIS, P. & GERMAIN, B. & NORMANDEAU, D. & ROSS, M. (2015). *La sexualité humaine.* 2ème édition. Bruxelles. Edition De Boeck. Collection « Ouvertures psychologiques ».
- LAPRIE, B. & MINANA, B. (2014). *Prendre en compte la sexualité de l'usager en institution médico-sociale.* Issy-les-Moulineaux. Editeur ESF. Collection « Les guides Directions ».
- MANOUKIAN, A. (2011). *La sexualité des personnes âgées, Soins et perte d'autonomie.* France. Editions Lamarre.
- MARQUET, J. (dir.). (2004). *Normes et conduites sexuelles, Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires.* Louvain-la-Neuve. Editions Académia Bruylant. Collection « Famille, Couple, Sexualité ».
- MASLOW, A. (2013). *L'accomplissement de soi.* Paris. Edition Eyrolles.
- MAYER, R. & SAINT-JACQUES, M. & TURCOTTE, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale.* France. Gaëtan Morin Editeur.
- RIBES, G. (2009). *Sexualité et vieillissement, Comprendre et anticiper les évolutions.* Lyon. Editions Chronique sociale. Collection « Comprendre les personnes, l'essentiel ».
- SHARPE, J., Présidente de l'IPPF. (2008). *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF, Le choix ouvre sur un monde de possibilités.* Royaume-Uni.
- SIMON, M. (1982). *Comprendre la sexualité aujourd'hui, La sexualité aux regards des sciences pour une sexualité à visage humain*. 3ème édition. Lyon. Edition Chronique sociale.

8.2 Articles, rapports, présentations et brochures

- Avenir social. (2010). *Code de déontologie du travail social en Suisse*. *Un argumentaire pour la pratique des professionnel-le-s.* Suisse.
- Avenir social. (2014). « Profil des professionnel-le-s du travail social ». {Format PDF}. Suisse. Récupéré du site : http://www.avenirsocial.ch/fr/cm_data/AS_Berufsbild_FR_RZ_low_28.10.14.pdf
- BOZON, M. & LERIDON, H. (1993). « Les constructions sociales de la sexualité ». *Sexualité et sciences sociales : les apports d'une enquête. Persée.* Récupéré du site : http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1993_num_48_5_4095
- CARADEC, V. (2009). « L'expérience sociale du vieillissement », *Idées économiques et sociales (N°157).* Editeur Réseau Canopé. {Format PDF}. *Cairn.info.* Récupéré du site : http://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2009-3-page-38.htm

- Charte. (2012). *Amour, sexualité et handicap, Cadres éthique et juridique.* 1ère édition. Insos. Genève.
- CHRISTEN-GUEISSAZ, E., (2008). « Le respect en EMS ». Eclairages. Bulletin de l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS). {Format PDF}. Récupéré du site : http://www.avdems.ch/fileadmin/documents/avdems.ch/pdf/Site_AVDEMS/Eclairages/2008.5-ECLAIRAGES_NO_14-LE_RESPECT_EN_EMS.pdf
- COURTOIS, R. (2007). « Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches ». HAL, archives-ouvertes. {Format PDF}. Récupéré du site : https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/182747/filename/1998-Conceptions_et_definitions_de_la_sexualite.pdf
- CROCHON, F. & DE RUGY, H. (2011). « Comment accompagner la vie affective et sexuelle des personnes handicapées en établissement ? ». En débat. Union sociale.
- DAL PALU, B. (2012). « Une personne âgée dépendante reste un sujet désirant ». C.E.R.A.S. Revue Projet. Cainr.info. Récupéré du site : https://www.cairn.info/revue-projet-2012-1-page-43.htm
- DARNAUD, T. (2007). « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques ». Edition Fond. Nationale de Gérontologie. Collection « Gérontologie et société ». Récupéré du site : http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-3-page-91.htm
- DELBES, C. & GAYMU, J. (1997). « L'automne de l'amour : la vie sexuelle après 50 ans ». *In : Population, 52ème année, n°6.* {Format PDF}. *Persée.* Récupéré du site : www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1997_num_52_6_6518
- DENIS, P. (2005). « Un aspect de la sexualité infantile à la période de latence ». Edition Cazaubon. *Cairn.info*. Récupéré du site : http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2005-5-page-33.htm
- DISERENS, C. A. (21.05.2016). « Vie affective, intime et sexuelle de la personne vivant en EMS, L'assistance sexuelle ». AVICEMS. Suisse. {Format PPT}.
- Dr. BEFFA, F. & RISUELO, M. (2015). « Besoin affectif et sexuel en EMS ». Curaviva. {Format PPT}. (Consulté le 12.10.2015). Récupéré du site : https://www.hfgemeindeanimation.ch/files/9CGK7JF/14.01.15_13.30_f_beffa_risuleo.pdf
- Dr. BIANCHI-DEMICHELI, F. (2013). « La question de la sexualité des personnes âgées reste délicate ». Sexualité en EMS. Forum Médical. Genève. {Format PDF}. Récupéré du site : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5xQFCc0FlFYJ:www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php%3Ffile_id%3D11451+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ch
- Dr. SEMANI, D. (2013). « Réflexions éthiques sur la sexualité de la personne âgée à l'Hôpital, en EHPAD et MDR ». EHPAD 'La compassion'. 2ème rencontre inter éthique. {Format PPT}. (Consulté le 15.11.2016). Récupéré du site : https://www.yumpu.com/fr/document/view/17253069/dr-semani-reflexions-ethiques-sur-la-sexualite-de-la-compassion
- EUGSTER-KRAPF. R., (2013). « Les désirs sexuels des résidents défient les professionnels des EMS : Les institutions doivent lever les tabous ». CURAVIVA. {Format PDF}. Récupéré du site : https://www.curaviva.ch/files/QF02AD1/RS_2013_juin_22_25_La-sexualite-des-residents.pdf
- GIRAUD, F. (2009). *« Michel BOZON, Sociologie de la sexualité »,* {Lecture en ligne}, Les comptes rendus. *Lectures.revues.org.* Récupéré du site : http://lectures.revues.org/797. (Consulté le 16.10. 2015).

- HERVY, M.-P. (2001). « Le Vieillissement : De qui est-ce l'affaire ? ». Edition : L'esprit du temps. Collection « Champ psychosomatique ». {Format PDF}. *Cairn.info.* Récupéré du site : http://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2001-4-page-23.htm
- LAUBLIN, S. (2008). « L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique ». Martin Média. Le journal des psychologues. Cairn.info. Récupéré du site : http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-3-page-34.htm
- LEZE, S. (2003). « Michel Bozon, Sociologie de la sexualité ». {Lecture en ligne}. *L'Homme.revues.org.* Récupéré du site : http://lhomme.revues.org/19632 (Consulté le 19.09.2015).
- LONGERICH. B. (2015). « Vivre sa sexualité en EMS, La liberté d'être soi ». Santé et société. Soins infirmiers. SBK. Suisse
- MARCHAND, M. (2008). « Regards sur la vieillesse ». Edition Martin Média. Collection « Le journal des psychologues ». *Cairn.info.* Récupéré du site : http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-3-page-22.htm
- MASSE, M. & KORPES, J.-L. (2013). « L'autodétermination en question, compte-rendu de l'après-midi de réflexion du 22 janvier 2013 ». {Format PDF}. Récupéré du site : http://www.fondation-ensemble.ch/fileadmin/user_upload/documents/journal/Journal_13_Autodetermination_compte_rendu.doc.pdf
- MEMIN, C. (2001). « Sexualité, affectivité, sensorialité et grand âge ». Gérontologie et société. Fond. Nationale de Gérontologie. Cairn.info. Récupéré du site : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-3-page-189.htm
- MONOD, S. & SAUTEBIN, A. (2009). « Vieillir et devenir vulnérable ». Revue Médicale Suisse.
- MOTTINT, J., (2008). « Le travail en réseau : travailler ensemble pour optimaliser les pratiques au profit de tous ». Centre d'expertise et de ressources pour l'enfance. {Format PDF}. Récupéré du site : http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf/Travailler_le_social_en_reseau.pdf.
- PANORAMA. (2015). Office fédéral de la statistique. *Population.* Suisse. {Format PDF}. Récupéré du site : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.234523.html (Consulté le 15.09.2015)
- RIBES, G., & ABRAS-LEYRAL, K., & GAUCHER, J., (2007). « Le couple vieillissant et l'intimité ». Fond. Nationale de Gérontologie. Gérontologie et société. Récupéré du site : https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-3-page-41.htm
- TAVIER, P. (2003). « Maisons de repos : Instauration des projets de vie et intégration du travail social ». De Boeck Supérieur. Pensée Plurielle. Cairn.info. Récupéré du site : www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2003-2-page-87.htm
- THIBAULT, N. (2009). « Vieillissement des populations et des individus ». Editeur Réseau Canopé. Collection « Idées économiques et sociales (N°157) ». *Cairn.info.* Récupéré du site : http://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2009-3-page-4.htm
- Université Médicale Virtuelle Francophone. (2008-2009). « Le vieillissement humain ». Support de cours. {Format PDF}. Récupéré du site : http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf
- WOLFENSBERGER. M. (2014). « La capacité de discernement dans le contexte des démences ». Association Alzheimer Suisse. Yverdon-les-Bains. {Format PDF}. Récupéré du site : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-

tRzzNegrpcJ:www.alz.ch/index.php/aspects-juridiques-et-financiers.html%3Ffile%3Dtl_files/PDFs/PDF-F-Infoblatt/IB_163_F_35%2520Urteilfaehigkeit.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ch

8.3 Émissions TV et radio

- Canal 9. L'antidote. (19.01.2015). « Entrée en EMS : Home sweet home ». {Reportage TV}. Récupéré du site : http://canal9.ch/entree-en-ems-home-sweet-home/ (Visionné le 02.10.2016).
- GALPIN, B. Mise au point. (22.06.2014). « Vie intime en EMS ». {Reportage TV}. Récupéré du site : http://www.rts.ch/play/tv/mise-au-point/video/vie-intime-en-ems?id=5951346 (Visionné le 05.10.2016).
- Ma Radio. RTS, On en parle. (05.06.2014). « La sexualité des personnes âgées ». {Emission radio}. Récupéré du site : http://www.rts.ch/la-1ere/programmes/on-en-parle/5869077-la-sexualite-des-personnes-agees-05-06-2014.html (Ecouté le 06.10.2016)
- Ma Radio. RTS, On en parle. (11.06.2015). « L'amour en EMS ». {Emission radio}. Récupéré du site : http://www.rts.ch/la-1ere/programmes/on-en-parle/6818138-l-amour-en-ems-11-06-2015.html (Ecouté le 07.10.2016)
- Ma RTS. Spécimen. (11.08.2013). « La sexualité chez les personnes âgées ». {Passage d'une émission TV}. Récupéré du site : http://pages.rts.ch/emissions/specimen/4282480-moi-vieux-jamais.html#timeline-anchor-segment-4396244 (Visionné le 05.11.2016)
- PEKMEZ, S. & REBETEZ, W. Temps présent. (15.09.2016). « Sous la couette des Romands ». {Reportage TV}. Récupéré du site : http://www.rts.ch/emissions/temps-present/societe-moeurs/7915244-sous-la-couette-des-romands.html (Visionné le 15.09.2016)
- RTBF.BE, Sans Chischis. (13.07.2010). « Un âge limite pour le sexe ? ». {Emission TV}. Récupéré du site : http://www.rtbf.be/tv/emission/detail_sans-chichis/rubriques/sante/article_un-age-limite-pour-le-sexe?id=2351&emissionId=38 (Visionné le 10.10.2016)
- RTBF.BE TV. Sans chichis. (19.08.2016). « Sexualité à tout âge ». {Emission TV}. Récupéré du site : http://www.rtbf.be/tv/emission/detail_sans-chichis/rubriques/sante/article_sexualite-a-tout-age?id=4750353&emissionId=38 (Visionné le 12.10.2016)

8.4 Sites internet

- Canton du Valais. « Soins en établissement médico-social (EMS) ». Site officiel du Valais. Récupéré du site : https://www.vs.ch/web/ssp/ems (Consulté le 04.10.2016)
- CHARLET. F. (2016). « Une personne atteinte d'Alzheimer consent-elle valablement à un rapport sexuel ? » Récupéré du site : https://francoischarlet.ch/2015/une-personne-atteinte-dalzheimer-consent-elle-valablement-a-rapport-sexuel/ (Consulté le 18.11.2016)
- Confédération suisse, Conseil fédéral. (2012). « Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ». Récupéré du site : https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19500267/index.html (Consulté le 07.10.2015)
- DUESBERG. S. (2008). « Sexualité et affectivité de la personne âgée ». Union professionnelle des conseillers conjugaux et familiaux. Récupéré du site : http://upccf.be/spip.php?article200 (Consulté le 21.11.2016)
- GIROUD, V. & ORTIZ, M. (2013). « Derrière la magie du mot 'autodétermination' ». Récupéré du site : http://www.reiso.org/spip.php?article3095 (Consulté le 15.11.2016)

- Organisation mondiale de la santé. « La définition de la santé de l'OMS ». Récupéré du site : http://www.who.int/about/definition/fr/print.html (Consulté le 26.11.2015)
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. « Définition de la santé sexuelle ». Récupéré du site : http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition (Consulté le 01.12.2015)
- Pro Senectute, plus forts ensemle. « Financement EMS, Vivre en institution ». *Pro Senectute.* Récupéré du site : http://www.fr.prosenectute.ch/cours-formation/financement-69.html (Consulté le 04.10.2016)
- SANTE SEXUELLE Suisse. Récupéré du site : https://www.sante-sexuelle.ch/fr/qui-sommes-nous/ (Consulté le 08.10.2015)
- SIPE, centres de consultation. « Sexualité, Information, Prévention, Éducation ». Récupéré du site : http://www.sipe-vs.ch/fr/ (Consulté le 14.02.2017)
- TREMBLAY, S. « La sexualité humaine et ces multiples facettes ». *Objectif couple, centre de consultation conjugale*. Récupéré du site : http://www.objectif-couple.com/texte-thematique/001-sexualite-humaine.php (Consultée le 09.10.2015)
- ZELLER, A. (2014). « Sexualité en Ehpad : Attention, sujet tabou ». Blog d'un sexologue. Cours de sexologie et actualités sur la sexualité. Récupéré du site : http://www.blogdunsexologue.com/sexualite-en-ehpad-attention-sujet-tabou (Consulté le 10.10.2016)

Rapport-Gratuit.com

9. Annexe

9.1 Les grilles d'entretien

Entretien avec l'infirmier ou l'infirmière cheffe du EMS

Lieu et date : _____

Remarques:

_____
_____
_____

Questions :

1) Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet EMS ? Pouvez-vous m'expliquer votre rôle et votre travail dans l'EMS ?

A) Image de la personne âgée au niveau de sa sexualité

2) Comment considérez-vous la personne âgée ?

3) Comment considérez-vous la sexualité de la personne âgée en EMS ? Pensez-vous qu'elle puisse encore avoir une sexualité ? Qu'entendez-vous par sexualité ?
   - Si oui, sous quelles formes et de quelles manières, se présenteraient-elles (caresses, baisers, tendresse, sexe, autres MAIS aussi lieu, moment) ?
   - Si non, quelles en seraient les raisons ?

B) Dispositifs du EMS

4) Quelle est la philosophie de l'EMS par rapport à l'accompagnement des résidents ? Où est-elle marquée ? Est-il question de sexualité et en quels termes ?

5) Quels sont les dispositifs (règles et/ou offres) de l'EMS en lien avec la sexualité et la vie affective ? Envers qui s'adressent-elles ? Qu'est-ce qui est permis ou non, où (chambre, autres), avec qui ? Jusqu'où et par rapport à quoi ?

6) Quel est votre avis au sujet des dispositifs mis en place ? Sont-ils suffisants et, si oui, en quoi ? Si vous le pouviez changeriez-vous quelque chose ?

7) Le home fait-il participer les résidents à leur sexualité ? Comment ? Pour quoi ? Dans quelle mesure et de quelle manière le home prend-t-il en compte les besoins sexuels du résident ?

La personne âgée peut-elle discuter librement avec tout le monde, y compris vous, de ses besoins (affectifs et sexuels entre autre) ?

8) Par exemple, pour les personnes étant en couple, est-ce qu'ils auraient l'opportunité d'avoir des moments d'intimité dans le home s'ils en faisaient la demande ?
   - Si oui, à qui devraient-ils s'adresser ? Les couples sont-ils séparés ou peuvent-ils avoir une chambre pour deux ?
   - Si non, comment devraient-ils procéder ? Que proposeriez-vous ?

- **Demandes des personnes âgées**

9) Quels sont les besoins et les demandes (si tel était le cas) les plus courantes exprimés par les résidents ?

C) Pratiques professionnelles

10) Dans votre pratique, vous êtes-vous déjà confronté à des situations par rapport à la sexualité des résidents ?
   - Si oui, pouvez-vous m'en dire plus : exemples de situations rencontrées ?
   - Plus précisément, sous quelles formes, dans quels contextes et envers qui ces situations se sont-elles présentées ? Avez-vous déjà été témoin de gestes en la matière entre résidents ? Des attentions entre eux, de la complicité ou une sexualité ?
   - Si non, comment pensez-vous qu'ils satisfassent leurs besoins en la matière ?

11) Les résidents, vous ont-ils déjà fait part de demandes particulières liées à leur besoin sexuel et affectif (exemples) ?
   - Si oui, sous quelles formes (comme faire des blagues sur le sexe, tenter de toucher les fesses du sexe opposé, autres), dans quel contexte et envers qui ?
   - Qu'avez-vous ressenti ? Et que lui avez-vous répondu ? Référez-vous, à ce moment-là, aux règles institutionnelles ? Comment gérez-vous ces situations ?
   - Si non, en parlent-ils à quelqu'un d'autre (animation, famille, autre) ? L'expriment-ils d'une autre façon ?

12) Intervenez-vous auprès de la personne âgée par rapport à ses besoins, autre que médical, dans le cadre de votre accompagnement ?
   - Si oui, lesquels sont-ils ?
   - Et plus précisément, êtes-vous déjà intervenu par rapport à leur besoin sexuel et affectif, autre que médicalement (exemple) ? Si oui, qu'avez-vous mis en place ?
   - Si non, pensez-vous qu'ils n'osent pas vous parler à cause de votre statut ? Et à qui pourraient-ils en parler (direction, animation, famille, autre) ?

13) Est-ce que les personnes âgées vous ont parfois demandé quelque chose qui ne faisait pas partie des offres de l'EMS, en la matière ?
   - Si oui, lesquelles étaient-elles (exemple) ?

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

14) Êtes-vous déjà sorti du cadre de votre accompagnement pour défendre le droit ou le besoin d'un résident en matière de sexualité ? Dans quel cadre ? Avez-vous la possibilité de parler de telles questions à l'interne de votre institution ?
   - Si non, dans quel contexte êtes-vous sorti du cadre de votre accompagnement ?

15) Quelle est votre marge de manœuvre, selon vous, en matière de sexualité des résidents ? Que pouvez-vous faire concrètement dans votre pratique ? Que pouvez-vous proposer au résident ? Jusqu'où pouvez-vous aller (rôle et ses limites) ?

16) Avez-vous déjà rencontré des difficultés avec la personne âgée en ce qui concerne ses besoins en matière de sexualité ? Et en particulier ceux liés à sa vie privée ?
   - Si oui, lesquelles étaient-elles et comment avez-vous procédé ? Trouveriez-vous une solution avec l'aide de la personne âgée ?

17) Si un résident souhaite avoir recours à un assistant sexuel, comment cela se passerait-il ? Pouvez-vous faire quelque chose ?

18) Dans l'idéal, comment imagineriez-vous les offres en EMS, en matière de sexualité? Pensez-vous qu'on peut instaurer d'autres propositions pour répondre aux besoins sexuels des personnes âgées ?

D) Place du travail social

19) Travaillerez-vous à l'heure actuelle avec d'autres travailleurs sociaux que ceux à l'interne qui sont les animateurs ? En quoi ? Pensez-vous qu'ils auraient un rôle en matière de sexualité des résidents ? Si oui, en quoi ?

20) Pensez-vous qu'un travailleur social externe, autre qu'un animateur, aurait sa place dans cet EMS pour défendre les besoins du résident notamment en matière de sexualité ? Quel pourrait être ses tâches au sein de l'EMS ?
   - Si oui, collaboreriez-vous facilement avec cette personne en ce qui concerne les besoins sexuels ? Quelle serait selon vous sa marge de manœuvre ?
   - Si non, quelle en est la raison ? Et comment procéderiez-vous dans la mise en place d'offres spécifiques à la sexualité ? En auriez-vous le temps ?

Entretien avec l'animateur ou l'animatrice du EMS

Lieu et date : _____

Remarques:

_____
_____
_____

Questions :

1) Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet EMS ? Pouvez-vous me décrire votre rôle et votre travail dans l'EMS ?
2) Collaborez-vous, souvent, avec le personnel infirmier en ce qui concerne l'accompagnement des résidents ?
   - Si oui, dans quel domaine en particulier ? Si non, quelles en seraient les raisons ?

A) Image de la personne âgée au niveau de sa sexualité

3) Comment considérez-vous la personne âgée ?

4) Comment considérez-vous la sexualité de la personne âgée en EMS ? Pensez-vous qu'elle puisse encore avoir une sexualité ? Qu'entendez-vous par sexualité ?
   - Si oui, sous quelles formes et de quelles manières se présenteraient-elles le plus souvent (caresses, baisers, tendresse, sexe, autres, MAIS aussi lieu, moment) ?
   - Si non, quelles en seraient les raisons ?

B) Dispositif du EMS

5) Quelle est la philosophie de l'EMS par rapport à l'accompagnement des résidents ? Où est-elle marquée ? Est-il question de sexualité et en quels termes ?

6) Quels sont les dispositifs (règles et/ou offres) de l'EMS en lien avec la sexualité et la vie affective ? Envers qui s'adressent-elles ? Qu'est-ce qui est permis ou, non, avec qui, jusqu'où et par rapport à quoi ?

7) Quel est votre avis au sujet des dispositifs mis en place ? Sont-ils suffisants et en quoi ? Si vous le pouviez, changeriez-vous quelque chose ?

8) Le home, fait-il participer les résidents à leur sexualité ? Comment ? Pour quoi ? Dans quelle mesure et de quelle manière le home prend-t-il en compte les besoins sexuels du résident ? La personne âgée, peut-elle discuter librement avec tout le monde, y compris vous, de ses besoins (affectifs et sexuels entre autre) ?

- **Demandes des personnes âgées :**

9) Quelles sont les besoins et les demandes (si tel était le cas) les plus courantes exprimés par les résidents ?

C) Pratiques professionnelles

10) Dans votre pratique, vous êtes-vous déjà confronté à des situations par rapport à la sexualité des résidents ?
    - Si oui, pouvez-vous m'en dire plus : exemples de situations rencontrées ?
    - Plus précisément, sous quelles formes, dans quels contextes et envers qui ces situations se sont-elles présentées ? Avez-vous déjà été témoin de gestes en la matière entre résidents ? Des attentions entre eux, de la complicité ou une sexualité ?
    - Si non, comment pensez-vous qu'ils satisfassent leurs besoins en la matière ?

11) Les résidents, vous ont-ils déjà fait part de demandes particulières liées à leur besoin sexuel et affectif (exemple) ?
    - Si oui, sous quelles formes (par exemple, faire des blagues sur le sexe, tenter de toucher les fesses du sexe opposé, autres), dans quels contextes et envers qui ?
    - Qu'avez-vous ressenti ? Et que lui avez-vous répondu ? Référez-vous, à ce moment-là, aux règles institutionnelles ? Comment gérez-vous ces situations ?
    - Si non, en parlent-ils à quelqu'un d'autre (soins infirmiers, famille, autre) ?

12) En général, quel genre d'activités, proposez-vous ? Sont-elles en lien avec leurs envies, désirs ? Comment choisissez-vous les activités ?
    - Est-ce qu'elles varient souvent d'une semaine à l'autre ?
    - Avez-vous déjà mis en place des activités en lien avec le corps, les notions d'affectivité, d'amour, de sexe ?

13) Par exemple, pour les personnes étant en couple, comment les prenez-vous en compte dans la mise en place d'activités ?
    - Auraient-ils l'opportunité de faire une activité seul à seul dans le cadre de l'animation socio-culturelle ? Si oui, comment mettriez-vous cela en place ? Si non, quelles sont les raisons ?

14) Êtes-vous déjà intervenu par rapport aux besoins sexuels et affectifs des résidents ?
    - Si oui, qu'avez-vous mis en place et comment avez-vous procédé (exemples) ?

15) Est-ce que les personnes âgées vous ont parfois demandé quelque chose qui ne faisait pas partie des offres de l'EMS en la matière ? Et de vos offres dans le cadre de vos activités ?
    - Si oui, lesquelles étaient-elles (exemple) ?

- Si non, pensez-vous qu'ils n'osent pas vous parler à cause de votre statut ? Et à qui pourraient-ils en parler (soins infirmiers, famille, autre) ?

16) Êtes-vous déjà sorti du cadre de votre accompagnement pour défendre le droit ou le besoin d'un résident en matière de sexualité ? Dans quel cadre ? Avez-vous la possibilité de parler de telles questions à l'interne de votre institution ?

17) Quelle est votre marge de manœuvre, selon vous, en matière de sexualité des résidents ? Que pouvez-vous faire concrètement dans votre pratique ? Que pouvez-vous proposer au résident ?

18) Avez-vous déjà rencontré des difficultés avec la personne âgée en ce qui concerne ses besoins en matière de sexualité ? Et en particulier ceux liés à sa vie privée ?
    - Si oui, lesquelles étaient-elles et comment avez-vous procédé ? Trouveriez-vous une solution avec l'aide de la personne âgée ?
    - Si non, comment l'expliqueriez-vous ?

19) Si un résident souhaite avoir recours à un assistant sexuel, comment cela se passerait-il ? Pensez-vous que vous pourriez faire quelque chose ?

20) Dans l'idéal, comment imagineriez-vous les offres en EMS, en matière de sexualité? Voudriez-vous changer quelque chose et que proposeriez-vous ? Pensez-vous qu'on peut instaurer d'autres propositions pour répondre aux besoins sexuels des personnes âgées ?

D) Place du travail social

21) Travaillez-vous à l'heure actuelle avec d'autres travailleurs sociaux ? En quoi ? Ont-ils un rôle en matière de sexualité selon vous ? En quoi ?

22) Pensez-vous qu'un travailleur social externe, aurait sa place dans cet EMS pour défendre les besoins du résident, notamment en matière de sexualité ? Quel pourrait être ses tâches ?
    - Si oui, collaboreriez-vous facilement avec cette personne en ce qui concerne les besoins sexuels? Quelle serait selon vous sa marge de manœuvre ?
    - Si non, quelle en est la raison ? Et comment procéderiez-vous dans la mise en place d'offres spécifiques à la sexualité ? En auriez-vous le temps ?